

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

KAROLÍNA GROFOVÁ

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Využití omezovacích prostředků v ošetrovatelské praxi  
Karolína Grofová

Bakalářská práce  
2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Grofová**  
Osobní číslo: **Z12013**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Využití omezovacích prostředků v ošetrovatelské praxi**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran


Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


1. DAVIES, Gill. Kompletní historie medicíny. 1. vyd. Brno: cPress, 2013. ISBN 978-80-264-0099-8.
2. MARX, David. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-802-4717-159.
3. PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a J. MACH. Lege artis v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-802-4751-269.
4. SVOBODOVÁ, Dita. Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2015

**Prohlašuji:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 24. 4. 2015.

Karolína Grofová

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala Mgr. Ochtinské za odborné vedení a pomoc s vytvořením této bakalářské práce. Taktéž bych chtěla poděkovat Mgr. Lindě Pospíšilové, se kterou jsem konzultovala překlad anotace do anglického jazyka.

## **ANOTACE**

Teoretická část práce se zabývá využitím omezovacích prostředků ve zdravotnictví v různých formách a shrnuje náležitosti a rizika, které s sebou tato indikace nese. Zabývá se také historií užití omezovacích prostředků a současnými výzkumy. Praktická část se zabývá postojem sester k omezovacím prostředkům a jejich subjektivních pocitech v souvislosti s jejich užíváním.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

omezovací prostředky, zdravotnictví, hospitalizace, bezpečnost

## **TITLE**

The utilization of restrictive means

## **ANNOTATION**

The theoretical part of the work deals with using of restrictive means in health care in various forms and it summarizes formal ordinations and risks required to using restraints in general. It also deals with history of using restraints and contemporary research. Practical part deals with attitude of nurses to restrictive means and their subjective feelings in connection with their utilization.

## **KEYWORDS**

restrictive means, health care, hospitalization, safety

## Obsah

ÚVOD .....	12
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
1 Omezovací prostředek .....	14
1.1 Restriktivní opatření .....	14
1.2 Historie .....	15
1.3 Druhy omezovacích prostředků .....	16
1.3.1 Úchop .....	16
1.3.2 Ochranné pásy .....	17
1.3.3 Terapeutická izolace .....	17
1.3.4 Síťové lůžko .....	17
1.3.5 Ochranný kabátek .....	18
1.3.6 Použití psychofarmak .....	18
1.3.7 Hospitalizace bez souhlasu pacienta .....	18
1.3.8 Postranice .....	19
1.3.9 Fixace pacienta .....	19
2 Kompetence zdravotníků a zásady péče o pacienta v restrikci .....	21
2.1 Rozhodnutí o použití omezovacího prostředku .....	21
2.2 Úloha sestry u pacienta s restrikcí .....	21
2.3 Zásady spojené s užíváním omezovacích prostředků .....	21
2.3.1 Obecné zásady .....	21
2.3.2 Zásady péče o pacienta v průběhu restrikce .....	22
2.3.3 Péče o pacienta po ukončení restrikce .....	23
2.3.4 Náležitosti dokumentace .....	23
3 Preference druhu omezení ve vybraných zemích a jejich komplikace .....	24
3.1 Preference druhu omezení .....	24
3.2 Komplikace spojené s užíváním omezovacích prostředků .....	24
3.2.1 Fyzické komplikace .....	25
3.2.2 Psychické komplikace .....	25
4 Alternativní metody k omezovacím prostředkům .....	26
4.1 Opatření preventivního charakteru .....	26
4.2 Úloha přístupu k pacientovi .....	27
5 Etické aspekty používání omezovacích prostředků .....	29



5.1 Etické principy ve zdravotnictví .....	29
5.1.1. Autonomie .....	29
5.1.2. Beneficence .....	30
5.1.3 Non maleficence.....	30
5.1.4 Justice .....	30
5.2 Princip dvojího efektu .....	31
6 Související legislativa .....	32
6.1 Mezinárodní smlouvy.....	32
6.2 České právní normy .....	32
<b>II VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
7 Provedený výzkum .....	34
7.1 Metodika výzkumu.....	34
7.2 Výzkumné otázky.....	35
7.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	35
7.4 Dotazník .....	35
8 Prezentace výsledků dotazníkového šetření .....	37
8.1 Výsledky jednotlivých otázek v dotazníku .....	37
9 Diskuze .....	55
9.1 Výzkumná otázka č. 1: Jak se indikuje použití omezovacího prostředku na pracovištích dotazovaných sester? .....	55
9.2 Výzkumná otázka č. 2: Závisejí osobní přístup dotazovaných sester k omezovacím prostředkům spíše na délce pracovního poměru ve zdravotnictví nebo spíše na dosaženém vzdělání? .....	56
9.2.1 Výhrada svědomí.....	56
9.2.2 Vztah k postranicím.....	57
9.3 Výzkumná otázka č. 3: Který omezovací prostředek bude dotazovanými sestrami shledán jako nejvíce kontroverzní a který jako nejčastěji používaný? .....	57
9.3.1 Nejvíce kontroverzní omezovací prostředek .....	57
9.3.2 Nejčastěji používaný omezovací prostředek .....	58
9.4 Výzkumná otázka č. 4 Jaké mají dotazované sestry povědomí o legislativních úpravách souvisejících s omezovacími prostředky?.....	59
9.4.1 Kompetence k indikaci .....	59
9.4.2 Zápis do dokumentace.....	60

9.4.3 Frekvence kontrol.....	60
9.4.4 Celkové hodnocení znalostí sester .....	61
10 Závěr .....	63
Soupis bibliografických citací .....	65
Přílohy:.....	68
Příloha 1 Dotazník.....	69
Příloha 2: Grafické výstupy dat vztahující se k výzkumným otázkám.....	73

## Seznam ilustrací a tabulek

### Seznam obrázků:

Obrázek 1 Graf setkání respondentů s omezovacími prostředky z hlediska typu oddělení .....	37
Obrázek 2 Graf setkání respondentů s konkrétními druhy omezovacích prostředků .....	38
Obrázek 3 Graf nejčastějších důvodů k restrikci na odděleních respondentů .....	40
Obrázek 4 Graf setkání s poškozením pacienta v důsledku restrikce .....	41
Obrázek 5 Graf setkání s (subjektivně) neodůvodněnou restrikcí .....	42
Obrázek 6 Graf respondentova řešení (subjektivně) neodůvodněné restrikce .....	43
Obrázek 7 Graf setkání s poškozením pacienta kvůli nepoužití restrikce (subjektivně) .....	44
Obrázek 8 Graf týmové spolupráce při indikaci omezovacího prostředku .....	45
Obrázek 9 Graf názorů na legislativní zařazení postranic do omezovacích prostředků .....	48
Obrázek 10 Graf frekvence kontrol pacienta v restrikci .....	51
Obrázek 11 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů .....	52
Obrázek 12 Graf délky zaměstnání respondentů ve zdravotnictví .....	53
Obrázek 13 Graf rozložení respondentů podle typu oddělení .....	54
Obrázek 14 Graf využití výhrady svědomí v souvislosti s restrikcí – rozložení odpovědí z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondenta .....	73
Obrázek 15 Graf využití výhrady svědomí v souvislosti s restrikcí – rozložení odpovědí dle délky respondentovy praxe ve zdravotnictví .....	74
Obrázek 16 Graf názorů na nejméně přijatelný omezovací prostředek – rozložení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů .....	75
Obrázek 17 Graf názorů na nejméně přijatelný omezovací prostředek – rozložení z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví .....	76
Obrázek 18 Graf zápisu restrikce do zdravotnické dokumentace – rozložení odpovědí z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů .....	78
Obrázek 19 Graf stanovení frekvence kontrol pacienta v restrikci – rozložení odpovědí z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů .....	80
Obrázek 20 Graf stanovení frekvence kontrol pacienta v restrikci – rozložení odpovědí z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví .....	81

## **Seznam tabulek:**

Tabulka 1 Frekvence využití omezovacích prostředků na odděleních respondentů.....	39
Tabulka 2 Využití výhrady svědomí v souvislosti s restrikcí.....	46
Tabulka 3 Nejméně přijatelný omezovací prostředek.....	47
Tabulka 4 Kompetence NLZP k indikaci restrikce.....	49
Tabulka 5 Zápis omezení do zdravotnické dokumentace .....	50
Tabulka 6 Týmová spolupráce při indikaci restrikce – rozložení odpovědí dle typu respondentova oddělení .....	73
Tabulka 7 Kompetence NLZP k indikaci restrikce – rozložení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů.....	77
Tabulka 8 Kompetence NLZP k indikaci restrikce – rozložení z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví.....	77
Tabulka 9 Zápis restrikce do zdravotnické dokumentace – rozložení odpovědí z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví .....	79

## ÚVOD

Využití omezovacích prostředků v jakékoliv podobě bylo, je a pravděpodobně vždy bude kontroverzním a velmi ožehavým tématem. Na jedné straně stojí Práva pacienta a etické principy nejen zdravotnické, ale i ryze lidské, které jsou zakořeněné v každém z nás. Na straně druhé je bezpečnost pacienta samého, bezpečnost ostatních pacientů a v neposlední řadě samozřejmě i bezpečnost zdravotnického personálu. Názory na to, kdy a do jaké míry využít omezovacích prostředků u daného pacienta se různí spolu s povahou každého jednotlivého zdravotnického pracovníka, proto nelze využít omezovacího prostředku pouze na základě vlastního uvážení vzniklé situace, nýbrž je bezpodmínečně nutné řídit se platnými zákony a následnými ustanoveními České republiky vztahujícími se k této problematice a také pravidly *lege artis*. (Ptáček a kol., 2013, s. 145), (Sovová, 2011, s. 85-93)

Toto téma jsem si zvolila především z následujících důvodů: zajištění bezpečnosti pacienta po dobu hospitalizace je úkol někdy více než nesnadný a v některých případech ho lze zajistit pouze omezením pacienta v jeho volném chování. Tento akt s sebou ale nese riziko iatrogenního poškození pacienta. Příčinou může být jednak nevhodně zvolený omezovací prostředek a jednak omezení pacienta v případě, kdy to není nezbytně nutné a tedy poškození jeho lidských práv a to se všemi etickými i právně-legislativními následky (Ptáček a kol., 2013, s. 144). Za postup *non lege artis* se může považovat zmíněné neindikované užití omezovacího prostředku, ale také jeho neužití v indikovaném případě, pokud následně dojde k poškození pacienta, kterému by bylo možno se vyhnout některým restriktivním opatřením. Je tedy mnohdy jen tenká hranice mezi zajištěním bezpečnosti pacienta a jeho ohrožením v případě nesprávného využití omezovacího prostředku - z tohoto důvodu má zdravotnický personál nelehký úkol zaujmout profesionální postoj k takové situaci, který může být ovlivněn řadou faktorů - tento aspekt bude více rozpracován ve výzkumné části této bakalářské práce.

Také z historického hlediska je zajímavé, nakolik se postoj k omezovacím opatřením měnil v očích tehdejší společnosti, co se považovalo za správné tehdy v porovnání s dnešním vnímáním lidskosti a nakolik důkladné poznání různých onemocnění změnilo pohled na pacienta a jeho postavení ve společnosti.

Cílem teoretické části práce je shrnout:

- druhy omezovacích prostředků a indikace k jejich použití
- ošetrovatelskou problematiku související s omezovacími prostředky
- etickou problematiku používání omezovacích prostředků

Cílem výzkumné části této práce je:

- zjistit postoj sester k omezovacím prostředkům a případně také to, zda na něho mají vliv faktory jako úroveň dosaženého vzdělání nebo délka zaměstnání ve zdravotnictví
- ověřovat teoretické znalosti respondentů z oblasti legislativních náležitostí a kompetencí při používání prostředků vedoucích k omezení volního pohybu pacienta

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Omezovací prostředek

*„Omezovacími prostředky se rozumí prostředky k omezení pacienta ve volném pohybu. Jedná se o úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami určenými zdravotnickým pracovníkem, pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném (sítovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak. Lze je použít výjimečně v případě, že člověk svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí, a jejich použití je omezeno na nezbytně nutnou dobu, ve které trvá toto ohrožení.“ (Anon, 2012)*

Dle jiného popisu „jsou omezovací prostředky takové prostředky, jejichž účelem je omezení rizik souvisejících s psychomotorickým neklidem a agresivitou pacienta/klienta.“ (Česká asociace sester, 2008)

### 1.1 Restriktivní opatření

Dle zákona 372/2011 Sb. lze k omezení volného pohybu pacienta ve zdravotnickém zařízení použít úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v sítovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy nebo kombinace těchto prostředků (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Mezi nejběžnější stavy, které jsou provázeny ohrožujícím chováním pacienta, patří: psychotické stavy s reakcí pacienta na vlastní halucinace či bludy, kdy chybí náhled na situaci a dochází tak k ohrožení pacienta samého či jeho okolí, dále sebevražedné tendence u pacientů depresivních či psychotických, stavy po intoxikaci, organické psychosyndromy, stavy po epileptickém záchvatu, asociální chování při hormonálních disharmoniích ve smyslu poporodní deprese nebo v případě neúnosné situace, kdy člověk čelí velkému traumatu a násilí se objevuje jako reakce na strach nebo ztrátu kontroly nad situací (Marková a kol., 2006, s. 113).

Dalším důvodem pro omezení pohybu pacienta je prevence jeho pádu při snížené schopnosti vlastního pohybu a celkové soběstačnosti nebo u stavů výrazné zmatenosti.

## 1.2 Historie

Použití omezovacích opatření u nemocných bylo v historii často zneužíváno anebo i záměrně užíváno k jejich trestání. Nejmarkantnější změny se v souvislosti s omezováním pacientů odehrály na poli psychiatrie. Podle Jiřího Rabocha (Ptáček a kol., 2013, s. 145) lze přístup k duševně nemocným pacientům rozdělit do dvou hlavních proudů, které se napříč dějinami vzájemně prolínaly a v návaznosti na aktuální filozofii společnosti různě dominovaly. První přístup je přístup restriktivní a vyčleňující, druhý je přístup začleňující, medicinizující. Celkový pohled na nemocné a nemoc obecně byla ovlivněna náboženstvím nebo filozofickými směry, které tehdejší společnost většinou uznávala. Už ve starověkém Řecku existovaly speciální domy, kde se duševně nemocní lidé uspávali s vírou, že spánek je uzdraví a oni se probudí vyléčení. Ve starém Římě zase využívali výboje rejnoka elektrického za účelem léčby neurologických potíží pacienta. Ve východním světě se již v 8. století budovaly speciální objekty, ve kterých se duševně nemocní léčili. Jednalo se o různé druhy hydroterapie, aromaterapie nebo akupresury. Tento přístup se přitom v Evropě vyskytuje až v 18. století, kdy se lidé namísto slepé víry a hledání d'ábla mezi sebou samými začali více zajímat o fakta a vědu. Dospění k tomuto postoji bylo ale značně komplikované. Ve spisech Aula Cornelia Celsa z poloviny prvního století před naším letopočtem jasně převažuje přístup vyčleňující - podle autora musí být duševně nemocný zkrocen hladem, bitím, nebo okovy. Podobného názoru byli i dominikánští mniši na konci 15. století a z jejich myšlenek vzešlo dílo Kladivo na čarodějnice, jenž dalo podnět k pronásledování lidí s jakýmkoliv odlišnostmi a v hledáčku extrémních vyznavačů této myšlenky se tak často ocitali i lidé s abnormálními projevy z důvodu různých onemocnění. Neklidní nemocní nebo duševně nemocní byli často označováni za posedlé d'ablem, což v tehdejší křesťanské době ve svém důsledku znamenalo nutnost je za spojení s d'ablem trestat. Nemocní byli v lepších případech věznění, v horším byli podrobováni mučení, přikovávání ke stěnám své vězeňské kobky a držení o hladu. I další osud těchto lidí byl nemilosrdný - často následovalo další mučení a smrt. Na našem území se největší éra čarodějnických procesů odehrála na Moravě v druhé polovině 17. století (Ptáček a kol., 2013, s. 145-153).

Ve středověku také vznikaly tzv. věže bláznů, které byly součástí městského opevnění. Existují i záznamy o tzv. lodích bláznů, což by se dalo označit za formu středověké detence (Petr a Marková, 2014, s. 25-26).

Změnu ve smýšlení přináší v době renesance Johann Weyer, učitel lékařství v Kolíně nad Rýnem, který hájil postoje proti démonologii. O největší změnu v přístupu k duševně



nemocným se postaral na přelomu 18. a 19. století francouzský lékař Philipp Pinel. Ten, po svolení Konventu, změnil dvě vězeňská zařízení na psychiatrické nemocnice, kde zavedl v té době přelomový režim. Místo toho, aby nemocné nechal o hladu přikované ke zdi, zařídil terapeutický režim sestávající z psychologicko-pedagogických metod a léčby prací, čímž vytvořil základ pro dnešní přístup k psychiatricky nemocným. Tento nadějný rozvoj zmařilo smýšlení nacistických stoupenců na počátku 20. století a jejich postoj k "méněcennosti". Mezi důsledky nově vydaných zákonů byly: násilná sterilizace duševně nemocných osob, eutanazie na dětských odděleních z důvodu původu nebo zavraždění 180 000 psychiatrických pacientů z důvodu ušetření peněz státního rozpočtu (Petr a Marková, 2014, s. 31).

Druhá polovina 20. století se stala přelomovým obdobím nejen v technologických postupech ale naštěstí i opět v přístupu k nemocným. Došlo k rozvoji psychiatrie jako lékařského oboru a v pojetí pacienta jakožto bytosti se složkami bio-psycho-sociálními a spirituálními. Léčba je založena na důkazech a vědeckých poznatcích ze všech souvisejících oborů a práva pacienta jsou chráněna mezinárodními smlouvami a národními ustanoveními. (Ptáček a kol., 2013, s. 145-153; Davies, 2013, s. 48, 52-53, 92-96, 100; Šedivec, 2008; Petr a Marková, 2014, s. 24-27)

### **1.3 Druhy omezovacích prostředků**

Omezovací prostředky jsou legislativně vyjádřeny v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (o zdravotních službách). Dělíme je na fyzické, mechanické a farmakologické. Mezi fyzická omezení řadíme úchopy a specifické hmaty, které provádí proškolený personál. Do mechanických omezení řadíme kurty, síťová lůžka a využití izolační místnosti. Farmakologické omezení spočívá v uklidnění pacienta pomocí specifických skupin farmak – nejčastěji se jedná o neuroleptika, sedativa a antipsychotika (Venglářová, 2007, s. 53).

#### **1.3.1 Úchop**

Úchop je fyzickým omezením pacienta, při kterém zdravotnický pracovník nebo jiná osoba pověřena poskytovatelem zdravotní péče použije specifické hmaty v případě, kdy pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí. Toto omezení trvá po nezbytně nutnou dobu, zpravidla dokud nenastoupí účinek současně podaného zklidňujícího farmaka (Marková a kol., 2006, s. 123).

### **1.3.2 Ochranné pásy**

Jedná se o krátkodobé omezení pacienta v lůžku při využití ochranných pásů/popruhů. Ve zdravotnictví je využíváno vícero typů ochranných pásů. Řadíme mezi ně břišní pásy s magnetovým zámkem, pásy na suchý zip nebo kožené řemínky. Tyto prostředky jsou aplikovány na končetiny, trup nebo hlavu. Cílem je zabránění zranění pacienta nebo vytažení zavedených invazivních vstupů. Indikací pro tento typ restriktivního opatření je akutní psychomotorický neklid, projevy autoagrese nebo stavy, které pravděpodobně vyústí ve zmíněné stavy. Ochranné popruhy na trup lze využít i mimo lůžko pacienta. Můžeme se setkat s použitím na vlastní žádost pacienta. (Marková a kol., 2006, s. 117-120; Svobodová, 2008, s. 31)

### **1.3.3 Terapeutická izolace**

Specifickým typem restrikce je terapeutická izolace. Spočívá v umístění pacienta do samostatné místnosti k tomu určené. Tato místnost by měla splňovat specifická kritéria. Jedná se o místnost uzavřenou, do které nemají přístup ostatní pacienti a návštěvy, musí být pro pacienta bezpečná, tedy je nutno z ní eliminovat veškeré rozbitné či jinak rizikové předměty. Dalším požadavkem je tepelný a světelný komfort pro pacienta a v neposlední řadě možnost monitorace chování pacienta. Indikací je ohrožování nebo výrazné obtěžování ostatních pacientů na oddělení, v krátkodobé perspektivě neřešitelné chování snižující vlastní lidskou důstojnost pacienta, riziko ohrožení zdraví ve smyslu zneužití přítomných předmětů, dále pak psychomotorický neklid za současného ohrožování okolí nebo nedodržení režimu při infekčních a parazitárních onemocněních - zde je nutný soudní příkaz. Může se také užit na vlastní žádost pacienta. (Marková a kol., 2006, s. 120-121; Svobodová, 2008, s. 31)

### **1.3.4 Síťové lůžko**

V médiích často omílaným tématem je užití síťového lůžka. Síťové lůžko je speciální lůžko opatřené speciální sítí po celém svém obvodu a stropu a je uzamykatelné. Používá se při stavech psychomotorického neklidu, který se opakovaně nedaří farmakologicky ovlivnit nebo při závažných stavech zmatenosti spojené s rizikem poranění. (Marková a kol., 2006 s. 122; Svobodová, 2008, s. 31)

### 1.3.5 Ochranný kabátek

Ochranný kabátek, jinak také zvaný svěrací kazajka, se používá téměř výhradně u psychiatrických pacientů. Díky svému tvaru dochází k eliminaci pohybu pouze horních končetin pacienta. Používá se nejčastěji u pacientů s projevy sebepoškozování (Marková a kol., 2006, s. 123).

### 1.3.6 Použití psychofarmak

Ideální vlastnosti léku určeného ke zvládnání neklidu by mělo být minimum nežádoucích účinků a lékových interakcí, rychlý nástup účinku a dostupnost v různých lékových formách, přičemž je preferováno perorální podání (Petr a Marková, 2014, s. 180).

Před podáním léku je vždy nutné posoudit klinický stav pacienta, možné kontraindikace a nežádoucí účinky konkrétního farmaka. Podle aktuálního stavu pacienta po podání léku a průběhu jeho účinkování je třeba dále hodnotit a eventuálně upravovat léčebné prostředky a postupy (Petr a Marková, 2014, s. 180-181).

Nejčastěji užívanými psychofarmaky u psychomotoricky neklidných, agitovaných a agresivních pacientů jsou: diazepam (Diazepam, Apaurin), klonazepam (Rivotril), haloperidol (Haloperidol), levomepromazin (Tisercin) a tiaprid (Tiapridal) (Petr a Marková, 2014, s. 179-180).

Při neklidu v rámci odvykacího stavu se doporučuje použití diazepamu, klonazepamu nebo tiapridu. U psychomotorického neklidu vzniklého v důsledku psychóz se doporučuje kombinace Haloperidolu a Apaurinu, nebo atypická neuroleptika. Při neklidu a agitovanosti geriatrických pacientů se doporučuje tiaprid, melperon (Buronil), haloperidol a piracetam (Petr a Marková, 2014, s. 179).

### 1.3.7 Hospitalizace bez souhlasu pacienta

*„Pacienta lze hospitalizovat bez jeho souhlasu v případě, kdy mu bylo pravomocným soudem nařízeno ochranné léčení formou lůžkové péče, nebo je mu nařízena izolace, karanténa či léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví, nebo je podle trestního řádu či občanského soudního řádu nařízeno vyšetření zdravotního stavu. Dále je hospitalizace bez souhlasu pacienta možná, v případě, když pacient bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševních poruch či touto poruchou trpí; event. je pod vlivem návykové látky. (...) Stejně podmínky se týkají hospitalizace bez souhlasu zákonného zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům.“ (Petr a Marková, 2014, s. 70)*

Postup při hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu je následující: Jestliže pacient nedá souhlas s hospitalizací do 24 hodin od přijetí do zdravotnického zařízení, je lékař povinen

ve stejném časovém intervalu uvědomit obvodní soud, že se jedná o nedobrovolnou hospitalizaci (při splnění výše uvedených důvodů k hospitalizaci bez souhlasu pacienta). Stejně pravidlo platí i v případě, kdy pacient je hospitalizován dobrovolně, ale v průběhu jeho léčby dojde k situaci, kdy je pacient omezen ve svém volném pohybu či styku s okolím. Soud následně zahajuje řízení, ve kterém přezkoumá, zda byla nedobrovolná hospitalizace oprávněná. O tom vydá do sedmi dnů rozhodnutí spolu s vysvětlením postupu pro odvolání. Pokud soud shledá, že nedobrovolná hospitalizace byla v daném případě oprávněná, pokračuje proces řízením o vyslovení přípustnosti dalšího držení pacienta v daném zařízení. Na základě znaleckého posudku nezávislým znalcem v oboru pak rozhodne, zda a na jak dlouhou dobu je další držení pacienta přípustné. Toto rozhodnutí soud vysloví do tří měsíců od výroku přípustnosti převzetí do zařízení. Maximální doba držení, kterou soud může schválit, je jeden rok. Lékař po vlastním uvážení může pacienta propustit i dříve, než je doba schválená soudem (Petr a Marková, 2014, s. 71-72).

Problematikou nedobrovolné hospitalizace a názoru pacientů a jejich příbuzných v různých fázích léčby se zabývá studie EUNOMIA (Ptáček a kol., 2013, s. 147).

### **1.3.8 Postranice**

Jedním z nejběžněji používaných mechanických prostředků jsou postranní zábrany jako součást lůžka. V České republice se z hlediska legislativních úprav mezi omezovací prostředky neřadí a jsou chápány spíše ve smyslu bezpečnostního prostředku, který má zabránit pádu pacienta a jeho následkům. V některých jiných státech Evropské unie, jako např. ve Velké Británii, jsou však postranice považovány za omezovací prostředek a jejich použití je tedy i legislativně jinak upraveno (Jůn, 2013).

Indikací pro jejich použití může být riziko pádu pacienta při jeho volném pohybu na lůžku, dále pak jako prevence pádu pacienta z lůžka při jeho úpravě. Někteří pacienti o nastavení postranic žádají sami, protože mají větší pocit bezpečí (Svobodová, 2008, s. 31).

### **1.3.9 Fixace pacienta**

Fixování pacienta je, podobně jako postranice, ochranné opatření, jehož cílem je zabránit poranění pacienta. Toto opatření se však neřadí mezi omezovací prostředky. Jedná se o krajní řešení rizika pádu, kdy není možno zajistit soustavný dohled u pacienta a zabránit tím nebezpečí jeho poškození, přičemž musí být splněny následující indikace a nesmí být přítomny následující kontraindikace. Indikací pro použití je riziko pádu pacienta nebo riziko

související s pohybem pacienta při probíhající infuzní terapii. Fixaci pacienta nelze použít v případě, kdy pacient projevuje psychomotorický neklid nebo tendence k sebepoškozování. V tomto případě o způsobu provedení a délce trvání fixace rozhoduje sestra, která tyto informace také pacientovi poskytne. Samotná fixace spočívá v omezení břišním pásem v křesle či v lůžku nebo ve fixaci jedné končetiny. Ošetrovatelská péče během a po ukončení fixace se odvíjí od délky jejího trvání a stavu pacienta – během fixace sestra průběžně kontroluje stav pacienta a poskytuje mu potřebnou ošetrovatelskou péči, sleduje utažení použitých popruhů a jejich správné vypodložení. Pacientovi je v případech delší doby trvání omezení umožněno protáhnout končetiny, projít se apod. Po ukončení krátkodobé fixace není obvykle potřeba zvýšený dohled; ten by ale měl být poskytován u gerontopsychiatrických pacientů, kteří bývají fixováni k eliminaci rizika pádu (Marková a kol., 2006, s. 124-125).

## **2 Kompetence zdravotníků a zásady péče o pacienta v restrikci**

Kompetence pracovníků ve zdravotnictví obecně upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kompetence ve vztahu k restriktivním opatřením jsou popsány v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

### **2.1 Rozhodnutí o použití omezovacího prostředku**

Použití omezovacího prostředku je citelným zásahem do intimity pacienta a jeho lidských práv. Přistoupit k volbě restrikce jako adekvátního způsobu zajištění pacienta lze jen v případě, kdy selžou nerestriktivní opatření. Použití a výběr druhu omezovacího prostředku je plně v kompetenci lékaře. V naléhavých případech, kdy není lékař přítomen na pracovišti a mohlo by dojít ke zranění pacienta či jeho okolí, může o použití omezovacího prostředku rozhodnout i sama sestra s podmínkou, že musí lékaře neprodleně informovat a ten následně restrikce do dokumentace indikuje a náležitě zdůvodní (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Je nutno si definovat, proč má být omezovací prostředek užit – nelze jej použít v případě prostého neklidu pacienta nebo usnadnění péče o něj. Vždy je třeba pátrat po příčině neadekvátního chování pacienta a samozřejmě ji i v případě identifikace odstranit. Jestliže odstranitelná příčina nežádoucího a zároveň rizikového chování pacienta není nalezena, objevuje se prostor pro užití omezovacích prostředků (Věstník MZ, 2009, s. 5-6).

### **2.2 Úloha sestry u pacienta s restrikcí**

*„Sestra je koordinátorem a supervizorem ošetrovatelského týmu v péči o pacienta, jehož stav vyžaduje použití omezovacího prostředku. Je schopna rozpoznat situace, kdy je použití omezovacího prostředku nezbytné, řídí postup personálu během omezení pacienta a následnou ošetrovatelskou péči.“ (Petr a Marková, 2014, s. 38)*

### **2.3 Zásady spojené s užíváním omezovacích prostředků**

Zásady správného použití omezovacího prostředku v jakékoliv formě si musí osvojit každý zdravotnický pracovník. Je to nezbytně nutný předpoklad pro to, aby nedocházelo ke vzniku nežádoucích událostí v souvislosti s jejich používáním; tím spíše, když jejich použitím se snažíme vzniku nežádoucích událostí zabránit.

#### **2.3.1 Obecné zásady**

Aplikace omezovacího prostředku jakéhokoliv typu je výrazným zásahem do svobody a práv

člověka. Je tedy nutno zacházet s omezovaným pacientem citlivě a podle postupů lege artis. Přestože ne každý pacient, u kterého se přistoupí k restrikci je schopen vsříbat a objektivně hodnotit předkládané informace, zdravotnický personál by nejprve měl pacientovi nabídnout možnost nechat se dobrovolně omezit. Jestliže je nutný fyzický nátlak, musí být celý proces proveden profesionálně. Indikovaný prostředek je třeba předem připravit; v případě, že pacient není v pokoji sám, jsou ostatní pacienti požádáni o přesun do jiné místnosti. Následně zdravotník pacientovi vysvětlí pro něj co nejsrozumitelnější formou důvod omezení, jeho druh a předpokládanou dobu trvání. Vlastní omezení je prováděno zpravidla tak, aby pacient byl co možná nejméně stresován a aby byla zajištěna jeho důstojnost v maximální možné míře. Při aktivním odporu pacienta se často nedaří současně zajistit optimální komfort pacienta. Je tedy nutné toto napravit ihned poté, co je pacient omezen a nadále kontrolovat stav lůžka a omezovacího prostředku po celou dobu trvání restrikce. Pacient v průběhu restrikce by měl být na pokoji sám a to z několika důvodů. Jednak proto, aby nedošlo k vyvolání negativního psychického stavu ostatních pacientů či pacienta v omezení, nebo aby nedošlo k odstranění omezovacího prostředku ostatními pacienty a také proto, aby omezený pacient nemohl být ostatními pacienty napaden. Zdravotnický personál musí stav pacienta s restrikcí kontrolovat v pravidelných intervalech. Z dosahu takového pacienta musí být eliminovány veškeré předměty, které by mohly představovat nebezpečí – jedná se především o skleněné hrnky, vázy a jiné rozbitné předměty a také příbory. (Marková a kol., 2006, s. 118-119; Švarc, 2008, s. 245)

### **2.3.2 Zásady péče o pacienta v průběhu restrikce**

Pacientovi v restrikci se věnuje zvýšená péče. Intervaly pro kontrolu pacienta v omezení jsou společně s intervencemi určeny lékařem a zapsány ve zdravotnické dokumentaci. O každé změně projevů nemocného je zdravotnický pracovník povinen informovat lékaře. Sestra měří v pravidelných intervalech výšku krevního tlaku, frekvenci srdečního tepu, dechovou frekvenci a saturaci krve kyslíkem, sleduje celkový stav pacienta, jeho vědomí, projevy jeho onemocnění a stav a prokrvení končetin - zejména v souvislosti s použitím kurtů. Důležité je zajistit pacientovi jeho aktuální potřeby, které nemůže, ať kvůli restrikci nebo vinou onemocnění, vykonat sám. Pacient musí být správně hydratován, proto je nutno alespoň orientačně sledovat jeho příjem tekutin a jídla. V návaznosti na příjem je třeba zajistit pacientovu potřebu vyprazdňování. Oblast hygieny zahrnuje péči o tělo jako celek, péči o dutinu ústní, ošetření kůže a podle potřeby výměnu osobního a ložního prádla. Velmi

důležité je dbát na prevenci dekubitů. Zdravotník musí zajistit vypodložení predilekčních míst a vypodložení ochranných pásů, kontroluje stav lůžka a stav kůže pacienta, pacienta také v případě snížené soběstačnosti polohuje. Dále pečuje o dýchací cesty pacienta, sleduje jejich průchodnost zejména s ohledem na zahlenění či možnou aspiraci, kontroluje stav omezovacích prostředků a jejich bezpečné použití, snaží se vyvolat v pacientovi pocit bezpečí a empaticky s ním komunikuje. Podle potřeby podává pacientovi vysvětlení a celkově jedná eticky a profesionálně – pacient často zapomíná na své chování, ale velmi dobře si pamatuje chování zdravotníků. (Venglářová, 2007, s. 55; Marková a kol., 2006, s. 118-119; Věstník MZ, 2009, s. 5-6)

Je také důležité hodnotit, zda již nepominuly důvody k užití restrikce nebo by aktuálně bylo vhodnější zvolit jiný typ omezení. Toto zdravotnický pracovník konzultuje s ostatními členy ošetrovatelského týmu. (Marková a kol., 2006, s. 118-119; Věstník MZ, 2009, s. 5-6)

### **2.3.3 Péče o pacienta po ukončení restrikce**

Po ukončení omezení pacienta restriktivním opatřením se pacient nadále zvýšeně sleduje v závislosti na jeho stavu. Děje se tak proto, aby se včas podchytily případné komplikace v jeho zdravotním stavu, které mohly být vyvolány mimo jiné i užitím omezovacího prostředku. Důležitá je také péče o pacienta v psychické rovině tak, aby se dosáhlo navázání či přebudování vzájemného vztahu zdravotník-pacient potřebného k pokračování v léčebném režimu (Marková a kol., 2006, s. 119).

### **2.3.4 Náležitosti dokumentace**

Stejně jako veškeré jiné zdravotnické úkony i úkony spojené s omezovacími prostředky musí být vedeny ve zdravotnické dokumentaci. Tato dokumentace musí být pravdivá, vždy opatřená datem a časem, vždy musí mít podpis a jmenovku, musí být čitelná, psána v českém jazyce, jednoduchá, věcná, pravidelně doplňovaná, bez zbytečných zkratk, vždy dostupná a stručná (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 15).

Dokumentace týkající se restrikce má obsahovat informace o tom, kdo rozhodl o užití omezovacích prostředků, jaký druh restrikce se indikuje, důvod použití omezovacího prostředku, dobu, kdy k omezení došlo, dobu ukončení omezení, frekvenci kontrol vitálních funkcí zdravotnickými pracovníky a lékařem a také výčet případných zranění pacienta nebo zdravotnického personálu (Věstník MZ, 2009, s. 5-6).



### **3 Preference druhu omezení ve vybraných zemích a jejich komplikace**

Názory na to, kdy a za jakých podmínek konkrétní omezovací prostředky je vhodné využít, se liší i v závislosti na kulturně-historických souvislostech, což se odráží v legislativních úpravách a dalších nařízeních jednotlivých zemí.

#### **3.1 Preference druhu omezení**

Největší rozdíly v tom, co je kde považováno za humánní či nehumánní metodu, je dobře patrné zejména na užití terapeutické izolace a kurtování, což je předmětem studie Prof. Steinerta ze společnosti EViPRG (The European Violence in Psychiatry Research Group).

V Anglii je použití kurtování považováno za nehumánní postup a je nahrazováno fyzickým držením pacienta a to zpravidla do doby, než dojde ke zklidnění pacienta (obvykle po aplikaci zklidňujících farmak). Následně bývá pacient umístěn na izolační místnost. V případech, kdy je tento postup nemožný – např. při stavu delirium tremens, kdy by bylo pacienta potřeba takto držet i několik dní, je možno využít kurtování, přičemž se musí zároveň zažádat o svolení soud.

Izolace pacienta je zakázána v Dánsku, zatímco Švédsko a Holandsko tuto metodu preferují - obdobně jako ve Švýcarsku, kde izolaci dává přednost 2/3 zařízení. Naopak je tomu v Německu, kde je preferováno kurtování, a izolace se ve více jak polovině zařízení nikdy nepoužívá. USA považuje obecně omezovací prostředky za adekvátní a nepostradatelné a využívá je u 1/4 svých psychiatrických pacientů, přičemž používanější metodou je izolace než kurtování (Švarc, 2008, s. 243-244).

#### **3.2 Komplikace spojené s užíváním omezovacích prostředků**

Omezovací prostředky jsou opatřením poslední volby, tedy v situacích, kdy není možno si již poradit jinak. Když už je ale použito, musí se dbát na to, aby bylo použito správně a byly dodrženy všechny zásady prevence komplikací.

Pokud se komplikace ve spojení s použitím omezovacích prostředků vyskytnou, jedná se o tzv. nežádoucí (mimořádnou) událost, kterou je nutno zaznamenat a také adekvátně řešit.

### **3.2.1 Fyzické komplikace**

Nejčastějšími fyzickými komplikacemi jsou: poranění pacienta nebo zdravotníků v průběhu omezování pacienta, poranění pacienta vzniklé přílišným utažením nebo nedostatečným vypodložením popruhů, poruchy prokrvení nebo inervace, vznik trombózy, odřeniny, aspirace, pneumonie, vznik dekubitů, poranění pacienta cizím předmětem nebo jiným pacientem (Petr a Marková, 2014, s. 179-180).

### **3.2.2 Psychické komplikace**

Použití omezovacích prostředků s sebou ale nese i riziku komplikací duševních. Mezi nimi se mohou vyskytovat: traumatizace pacienta v důsledku izolace, narušení terapeutického vztahu pacient-zdravotník nebo psychická traumatizace vyplývající z omezení (Petr a Marková, 2014, s. 179-180).

## 4 Alternativní metody k omezovacím prostředkům

*„Mnoho zdravotnických zařízení používá omezovací prostředky, aby zabránila pacientům vytáhnout si kanylu, či jiné invazivní vstupy, bojovat s personálem či jinak zasahovat do terapie. Ovšem použití omezovacích prostředků může vést i ke zvýšení výskytu pádů. Proto se organizace začaly snažit, aby našly alternativy k omezovacím prostředkům, které riziko pádů snižují a zvyšují bezpečnost pacienta.“ (Marx, 2007, s. 55)*

Jedná se o metody, kterými zdravotníci řeší danou nepříznivou situaci a snaží se jimi předejít použití omezovacích prostředků. Teprve při selhání těchto metod a za předpokladu, že situace se nezměnila nebo se dokonce ještě více zhoršila, se přikročuje k restrikci.

### 4.1 Opatření preventivního charakteru

Vzhledem k tomu, že omezující ochranná opatření se využívají také jako prevence pádu pacienta, je na místě hledat pomůcky a postupy, které by vedly ke snížení rizika pádu a zároveň dovolily pacientům samostatně se pohybovat po daném zařízení. Mezi dnes již zaběhnuté způsoby eliminace pádu patří již samotné zhodnocení jeho rizika, které se provádí při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení a je součástí ošetřovatelské anamnézy - např. zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta dle Conleyové (Svobodová, 2008, s. 9).

V závislosti na zhodnocení míry rizika by mělo následovat plánování péče pro individuální rizikové faktory konkrétního pacienta. Dle stavu a přání pacienta mohou následovat další způsoby eliminace rizika pádu, spočívající např. v: nácviku přesunu a chůze, posilovacím cvičení, poskytnutí vhodných pomůcek k chůzi, poskytnutí kvalitní obuvi ale také zvýšených sedátek na toaletu. Vedení zařízení může zajistit dostatečný počet personálu a lékaři mohou posoudit medikaci a případně ji také upravit (Marx, 2007, s. 55-59, 98).

Výzkum na možnost eliminace omezovacích prostředků proběhl v roce 2000 v americkém Madisonu. V první fázi výzkumu se pátralo po nejčastějších příčinách pádu a aplikaci omezovacích prostředků a na základě jejich identifikace byla provedena řada opatření. Osvědčilo se používání výstražných alarmů při opuštění lůžka nebo židle, rukavice zabraňující pacientům vytažení nasogastrické sondy nebo intravenózní linky, protiskluzové boty nebo podlaha se schopností absorbovat rozlitou tekutinu nebo jídlo. Praktický dopad pro pacienty je dokumentován na následující kazuistice:

*„Starší pacient s těžkou demencí byl hospitalizován na jednotce akutní psychiatrické péče nemocnice William S. Middleton Memorial VA Medical Center. Porucha kognitivních funkcí u tohoto pacienta byla takového stupně, že nemohl dát najevo své potřeby. Sestry nevěděly, jak lépe se o pacienta starat, než ho přivázat, aby snížily riziko pádu a zranění. Po tom, co byl případ rozebrán na hlášení, zavedly sestry u pacienta program vyměšování, léčby bolesti a zintenzivnily sledování. Na lůžko i židli bylo instalováno signalizační zařízení, které sestry*

*upozornilo, když se pacient pokusil chodit bez pomoci. Během několika dní pacient zesílil, byl klidnější, odpovídal na slovní podněty. Omezovací prostředky u něj byly zcela zrušeny.“ (Marx, 2007, s. 55-56)*

## **4.2 Úloha přístupu k pacientovi**

Nezbytně nutná a přesto často podceňovaná je úloha komunikace a znalost psychologie. Díky vhodnému individuálnímu přístupu k pacientovi můžeme předejít vyhrocení situace a agresivnímu jednání v jakékoliv formě. Svou roli sehrávají i zkušenosti sestry a také to, jaký vztah byl s pacientem navázán - zda považuje sestru za důvěryhodnou osobu a svého spojence anebo za svého nepřítele, který mu činí jen příkoří. Z tohoto hlediska je zásadní první kontakt s pacientem. Sestra by se pacientovi měla představit, nejednat s ním stroze ale zároveň i bez velkých emocí. Měla by mít pod kontrolou svou nonverbální složku a dodržovat osobní zónu pacienta. Samozřejmostí by také měla být upřímnost a také to, že sestra pacienta nijak neodsuzuje a nevynáší nad ním své soudy. Cílem zdravotníka by mělo být vyvolání jistoty pacienta v prostředí, do kterého se dostal, a svým jednáním by se měl vyvarovat vyvolání pocitu, že má nad pacientem potřebu dominovat. Tento pocit může totiž pacient vnímat jako útok na svou důstojnost a přejít do agrese. (Bužgová, 2008, s. 31-33; Gubániová, 2012, s. 25-28)

### **4.2.1 Agresivní pacient**

Při jednání s agresivním pacientem je vhodné alespoň přibližně vědět, jaký je pacientův důvod k tomuto chování. Některé příčiny jsou „logické“ (např. problémy v rodině nebo v práci), a některé vycházejí z chorobného podkladu. Časté příčiny agrese jsou: strach a pocit ohrožení, chybná interpretace reality, přílišná a z pohledu pacienta zbytečná zátěž, pocity viny a hledání viníka, dále také klinické stavy jako alkoholismus, toxikománie, porucha osobnosti, psychózy, akutní stavy zmatenosti, mozková afekce, epilepsie, chronický etylismus (Petr a Marková, 2014, s. 173).

Díky zkušenostem a vnímavosti může zdravotník agresivní projevy pacienta zachytit již v počátečních stadiích a následně s nimi pracovat tak, aby došlo ke zklidnění pacienta. Mezi hlavní signály agrese patří: výhrušná nebo nápadná gestikulace, podupávání nohou či náznaky kopnutí, upřený oční kontakt, nápadné vyhýbání se očnímu kontaktu, vstupování do osobní nebo intimní zóny jiného člověka, svírání pěstí, bouchání předměty nebo kopání do nich, bezcílné přecházení po místnosti, agresivní výraz ve tváři, zrudnutí nebo zblednutí obličeje, pomrkávání a záškuby v obličeji (Petr a Marková, 2014, s. 173).

Pokud zdravotník vyhodnotí chování pacienta za potenciálně nebezpečné, musí zvolit adekvátní postup dalšího jednání. Nikdy by neměl zůstat s takovým pacientem o samotě nebo v uzavřené místnosti. Měl by si udržet dostatečný fyzický odstup od pacienta pro případ napadení. Trochu odlišná by měla být i forma komunikace – pro vyjadřování by měly být použity věty krátké a jednoduché, důležité je dbát i na klidnou intonaci. Je vhodné, aby s pacientem komunikoval vždy jeden člen týmu kvůli eliminaci nadbytečných podnětů. Důležitou zásadou je nelhat pacientovi. V případě, že přes veškerou snahu nedochází ke zklidnění pacienta, může lékař naordinovat zklidňující medikaci (Petr a Marková, 2014, s. 174).

## **5 Etické aspekty používání omezovacích prostředků**

*„Při poskytování zdravotní péče se objevují situace, kdy se názor zdravotníka dostává do rozporu s názorem pacienta. Tyto konflikty není jednoduché řešit. Odpovědi na sporné momenty a situace v průběhu poskytování zdravotní péče se snaží hledat etika. Jejím hlavním úkolem není rozhodovat, co je správné a co je špatné, ale napomáhat dohodě o řešení etických dilemat.“ (Petr a Marková, 2014, s. 49)*

Použitím omezovacích prostředků zdravotníci vstupují na tenkou půdu, kde se střetává několik hodnot. Jedná se o autonomii pacienta a obecně jeho právo na to, aby jeho názory a přání byly respektovány, o právo lidí v pacientově okolí nebyt ohrožován a také o právo všech občanů na to, aby stát neoprávněně nepodnikal proti nim kroky, které by vedly k jejich omezení (Petr a Marková, 2014, s. 60).

Ochrana těchto hodnot je předmětem několika mezinárodních smluv a právních norem, které budou podrobněji popsány v kapitole č. 6.

### **5.1 Etické principy ve zdravotnictví**

Základními etickými principy ve zdravotnictví jsou princip autonomie (svobodného rozhodování), beneficence (konání dobra), non maleficence (nepoškození) a justice (spravedlnosti) (Bužgová, 2012, s. 31).

#### **5.1.1. Autonomie**

Pojem autonomie v sobě zahrnuje možnost svobody – svobodného rozhodování o svém jednání, cíli a způsobu jeho dosažení. V autonomii se odráží vlastní hodnoty a přání jedince, které by zdravotníci měli při své péči respektovat. Princip respektování autonomie ale není slepým krédem, které se musí dodržet za každou cenu - nelze jej vytrhnout z kontextu jiných práv a povinností, které ukládá zákon. V případě, kdy pacient v rámci své autonomie omezuje práva druhých osob nebo je jinak ohrožuje, převažuje princip non maleficence vzhledem k dobru ostatních. Autonomie obecně také předpokládá schopnost pacienta vyjádřit své přání. V případě, kdy toho není schopen, je na zdravotnickém týmu, aby ze své pozice zajistil úctu a ochranu pacienta a jeho práv (Bužgová, 2012, s. 31-32).

Obdobně je tomu i u používání omezovacích prostředků. Pacient, u něhož se přikročí k restrikci, zpravidla způsobuje ohrožení sobě nebo svému okolí nebo je k rozhodování o sobě nezpůsobilý a paradoxně je v jeho zájmu ignorace jeho vlastní autonomie ze strany zdravotníků.

Dobře patrné je to v případě nedobrovolné hospitalizace. Tou se zabývala evropská studie

EUNOMIA a to konkrétně ve vztahu k postoji pacientů k jejich hospitalizaci. Po prvním měsíci označilo 43% pacientů (z celkového počtu 159) svou hospitalizaci za nesprávnou. Po třech měsících hospitalizace ji už ale 68% (z celkového počtu 112) považuje za správnou. Z výsledků studie vyplývá, že během léčby se zvyšuje počet pacientů, kteří se zásahem proti jejich vůli zpětně souhlasí.

*„Je celkem pochopitelné, že v těch případech, kdy terapií pacientovi výrazně pomůžeme a dojde ke kompenzaci jeho duševního stavu, léčení spíše akceptují zásah do jejich svobody. Je ale také možný výklad, že osoby nedobrovolně přijaté, které však s hospitalizací později souhlasí, mají vyšší compliance s léčbou, a proto jsou terapeutické výsledky lepší.“* (Ptáček a kol., 2013, s. 149)

### **5.1.2. Beneficence**

Veškerá činnost kolem pacienta by měla směřovat k jeho dobru, předcházet jeho poškození a celkově podporovat veškerý prospěch pacienta. Pojem beneficence v sobě také zahrnuje směřování k úlevě od bolesti a utrpení (Matochová, 2009, s. 60).

U pacientů, kteří jsou zdrojem ohrožení okolí, je ale nutno pohlížet i na dobro těch druhých, a proto individuální zájmy pacienta ustupují po nezbytnou dobu do pozadí v zájmu činění dobra společnosti. Tohoto náhledu lze využít při využití omezovacích prostředků typu nedobrovolné hospitalizace nebo terapeutické izolace (Anon, 2014).

U omezovacích prostředků, jako např. fixačních pásů, které mají zabránit vytažení invazivních vstupů, se zdravotník řídí de facto vlastním pojetím dobra ve prospěch pacienta a to z důvodu opodstatněných pochyb o kompetenci pacienta adekvátně jednat a rozhodovat se (Anon, 2014).

### **5.1.3 Non maleficence**

Tento etický princip zakazuje ublížit, poškodit nebo usmrtit jiné. Ve své podstatě představuje negativní dimenzi principu beneficence. (Anon, 2014; Matochová, 2009, s. 60)

V souvislosti s omezovacími prostředky jej lze vztáhnout jak na fyzické tak ale i na duševní poškození pacienta. Dodržení tohoto principu může spočívat v prevenci komplikací, dodržování zásad ošetrovatelské péče a správné a citlivé komunikaci s pacientem.

### **5.1.4 Justice**

Princip spravedlnosti v sobě zahrnuje rovný přístup ke všem pacientům a spravedlivé rozdělování prostředků. Spravedlnost ale opět nelze chápat a aplikovat pouze v úhlu pohledu individualismu – je i zde nutné vidět a vnímat ostatní (Matochová, 2009, s. 60).

*„Spravedlnost pro další osoby znamená pro pacienta zpravidla nějakou újmu, k níž nemusí být ochoten. Zřetel k principu spravedlnosti se proto může ocitnout v rozporu s uplatňováním principu autonomie i beneficence. Je pak na lékaři, aby zvážil obě alternativy, preferovanou i obětovanou, a aby byl v případě potřeby strážcem spravedlnosti a o jejím smyslu přesvědčil pacienta. Sám se může ocitnout v situaci mravního dilematu (nevyhnutelné volby mezi dvěma ekvivalentními dobry) i nezbytně jednat proti pacientově vůli (např. povinná evidence, nucená hospitalizace).“ (Anon, 2014)*

## **5.2 Princip dvojího efektu**

Tento princip říká, že jedno jednání přináší dva efekty zároveň – pozitivní a negativní. Vztaženo k omezovacím prostředkům: pozitivní efekt je zajištění bezpečnosti pacienta a negativním efektem může být ztráta důvěry ve zdravotnický personál. Aby bylo možné vykonat čin, který má i negativní dopad na pacienta, je třeba dodržet následující pravidla: hlavní činnost je dobrá nebo alespoň indiferentní, přímým záměrem je pozitivní efekt, přičemž ten negativní není podporován, pozitivní efekt není docílen prostřednictvím špatného, pozitivní efekt převažuje nad negativním nebo je alespoň stejně silný, aktivita vyvolávající dvojí efekt nemůže být nahrazena jinou metodou bez negativního efektu (Vrublová, 2006, s. 12).



## **6 Související legislativa**

Právní normy související s omezovacími prostředky jsou hierarchicky různorodé – zahrnují mezinárodní úmluvy, zákony, vydaná státní nařízení a vyhlášky. Jejich znalost je základním předpokladem pro kvalitní a etickou péči o pacienta a zároveň slouží jako opěrný bod při řešení problémů, stížností nebo trestních oznámení na zdravotnické pracovníky.

### **6.1 Mezinárodní smlouvy**

Úmluva o ochraně lidských práv a svobod - jedná se o první právně závazný mezinárodní nástroj, který má chránit občanská a politická práva. Ve vztahu k omezovacím prostředkům je významný článek č. 5 o nedobrovolné hospitalizaci. Jeho dodržování je kontrolováno Evropským soudem pro lidská práva (Petr a Marková, 2014, s. 65-66).

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny - cílem jejího vytvoření bylo zajištění stejných pravidel pro poskytování zdravotní péče a zajištění respektu k lidským právům v dilematických situacích. Zabývá se informovaným souhlasem, profesními standardy, ochranou soukromí a práv na informace (Petr a Marková, 2014, s. 67).

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením - tato úmluva je založena na principu nezávislosti a svobody volby. Má být garancí užívání všech lidských práv a svobod osobami fyzicky či duševně postiženými (Petr a Marková, 2014, s. 67-68).

Opční protokol k úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání - podepsáním tohoto protokolu se Česká republika zavázala k přijímání opatření, které mají vést k posílení ochrany osob zbavených svobody. Na základě tohoto dokumentu se provádějí kontroly v zařízeních pro osoby zbavené svobody a to za účelem prevence mučení a jiného nelidského či ponižujícího zacházení a trestání. Touto kontrolou je pověřen veřejný ochránce práv, který o své činnosti informuje vládu (Petr a Marková, 2014, s. 68).

### **6.2 České právní normy**

České právní normy jsou normy hierarchicky podřazené obsahu mezinárodních smluv, z nichž z části vycházejí a jsou jejich konkrétnějšími nařízeními platnými pro dané území – v tomto případě pro Českou republiku.

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. - tento zákon nahradil zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. Řeší náležitosti poskytování zdravotní péče, postavení pacienta

v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, povinnosti poskytovatelů služeb, vedení zdravotnické dokumentace, zajišťování kvality zdravotních služeb, registr zdravotnických pracovníků aj. V tomto zákoně jsou uvedeny jednotlivé omezovací prostředky a podmínky upravující jejich použití. (Sovová, 2011, s. 85-93; Petr a Marková, 2014, s. 68-69)

Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. - tento zákon upravuje např. terapeutické kastrace, sterilizace nebo ochranné léčení (Petr a Marková, 2014, s. 69).

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. - upravuje mimo jiné činnosti související s poskytováním zdravotní péče. Je provázen vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která vymezuje kompetence zdravotnických pracovníků. (Sovová, 2011, s. 85-93; Petr a Marková, 2014, s. 69-70; Zákon č. 96/2004 Sb.)

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 7 Provedený výzkum

Součástí této části bakalářské práce jsou výsledky výzkumu provedeného v nemocnici krajského typu za účelem zjištění odpovědí v závislosti na stanovených cílech, které jsou zmíněny v úvodu a výzkumné otázky, které jsou uvedeny dále.

#### 7.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce je provedena metodou kvantitativní, konkrétně dotazníkovým šetřením – jeho obsah je v příloze č. 1. Tato metoda byla zvolena kvůli možnosti oslovit relativně velké množství respondentů a pomocí statistického zpracování dat tak ze získaných odpovědí vyvodit obecně platné závěry. Celkem bylo na všechna oddělení rozdáno 54 dotazníků. Vyplněných dotazníků se mi vrátilo dohromady 38 (70%), z nichž 5 muselo být eliminováno kvůli nesprávnému vyplnění, respektive kvůli nezodpovězení některých otázek. Správně vyplněných dotazníků bylo tedy celkem 33.

Samotnému dotazníkovému šetření předcházelo schválení obsahu dotazníku vedoucí práce, vedoucí katedry a získání souhlasu s prováděním výzkumu v dané nemocnici krajského typu. Před rozdělením dotazníků na plánovaná oddělení byl proveden pilotní výzkum na celkem 7 nelékařských zdravotnických pracovnících, na jehož základě došlo k mírné úpravě jeho znění. Dotazníkové šetření bylo naplánováno na termín 12. 3. – 27. 3. 2015, přičemž se jeho reálná doba zkrátila o týden na základě domluvy s vrchními sestrami daných oddělení. Vlastní šíření dotazníků mezi sestry bylo různé. Na některých odděleních se dotazníků ujala vrchní sestra, která je sloužícím sestrám rozdala a následně i vybrala, na některých odděleních byly dotazníky předány staniční sestře nebo sloužícím sestrám na sesterně a byl domluven způsob a datum převzetí vyplněných dotazníků. Pro zachování anonymity byly předány ve foliových deskách, kam se také měly uložit všechny vyplněné dotazníky. Po týdnu (19. 3. 2015) byly všechny dotazníky ze všech oddělení vybrány a následně roztříděny na nevyplněné, vyplněné a špatně vyplněné. Data byla používána pouze z dotazníků vyplněných správně.

Některé výsledky provedeného výzkumu budou porovnány s výsledky dotazníkového šetření Daniely Slezákové, která se touto problematikou také zabývala ve své bakalářské práci s názvem Využívání omezujících prostředků v Krajské nemoci T. Bati ve Zlíně.

## 7.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházejí z určených cílů této bakalářské práce. Od nich byly také odvozeny otázky v dotazníku. Konkrétní výzkumné otázky jsou:

- Jak se indikuje použití omezovacího prostředku na pracovištích dotazovaných sester?
- Závisí osobní přístup dotazovaných sester k omezovacím prostředkům spíše na délce pracovního poměru ve zdravotnictví nebo spíše na dosaženém vzdělání?
- Který omezovací prostředek bude dotazovanými sestrami shledán jako nejvíce kontroverzní a který jako nejčastěji používaný?
- Jaké mají dotazované sestry povědomí o legislativních úpravách souvisejících s omezovacími prostředky?

## 7.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří sestry z oddělení neurologie, neurochirurgie, traumatologie, chirurgie, interny, geriatric, LDN a ARO. Respondentky nebyly vybírány záměrně, jednalo se o sestry, které byly ochotné rozdaté dotazníky vyplnit – těch, které vyplnily dotazníky správně, bylo celkem 33, z nichž 23 tvořily respondentky ze standartního oddělení, 7 z oddělení intenzivní medicíny a 3 z oddělení zaměřená na péči o dlouhodobě nemocné. Z hlediska dosaženého vzdělání se jednalo o sestry se všemi typy vzdělání – středoškolské, vyšší odborné, vysokoškolské bakalářské i magisterské, sestry s postgraduálním studiem/speciálizací v oboru i sestry studující. Obdobně různorodý byl i vzorek z hlediska délky pracovního poměru ve zdravotnictví.

## 7.4 Dotazník

V úvodu výsledného dotazníku byl respondent osloven a seznámen se záměrem dotazníku, jeho autorem a způsobem jeho vyplňování. Následovalo poděkování za spolupráci a samotné otázky dotazníku, kterých bylo celkem 19. Typově jsem použila otázky identifikační (např. otázka č. 16), otevřenou (otázka č. 19), uzavřené dichotomické otázky (např. otázka č. 8), uzavřené polytomické otázky výběrové (např. otázka č. 15), polouzavřené otázky polytomické výčtové (např. otázka č. 11), otázky filtrační (např. otázka č. 5) a Likertovu škálu (otázka č. 9). Komplex otázek 2-10 jsou otázky zaměřené na zkušenosti z praxe. Otázky č. 10-12 jsou zaměřeny na etické pojetí omezovacích prostředků dotazovaných sester. Otázky 13-15 jsou otázky teoretické znalostní, které následuje komplex identifikačních otázek č. 16-18. Otázka

č. 19 je otevřená a její vyplnění je dobrovolné. V případě, že respondent uvádí, že se omezovacími prostředky ještě nesešel (otázka č. 1), je vyzván k přeskočení komplexu otázek zabývajících se poznatky z praxe a pokračuje tak otázkami etickými, informativními a případně otázkou volnou.

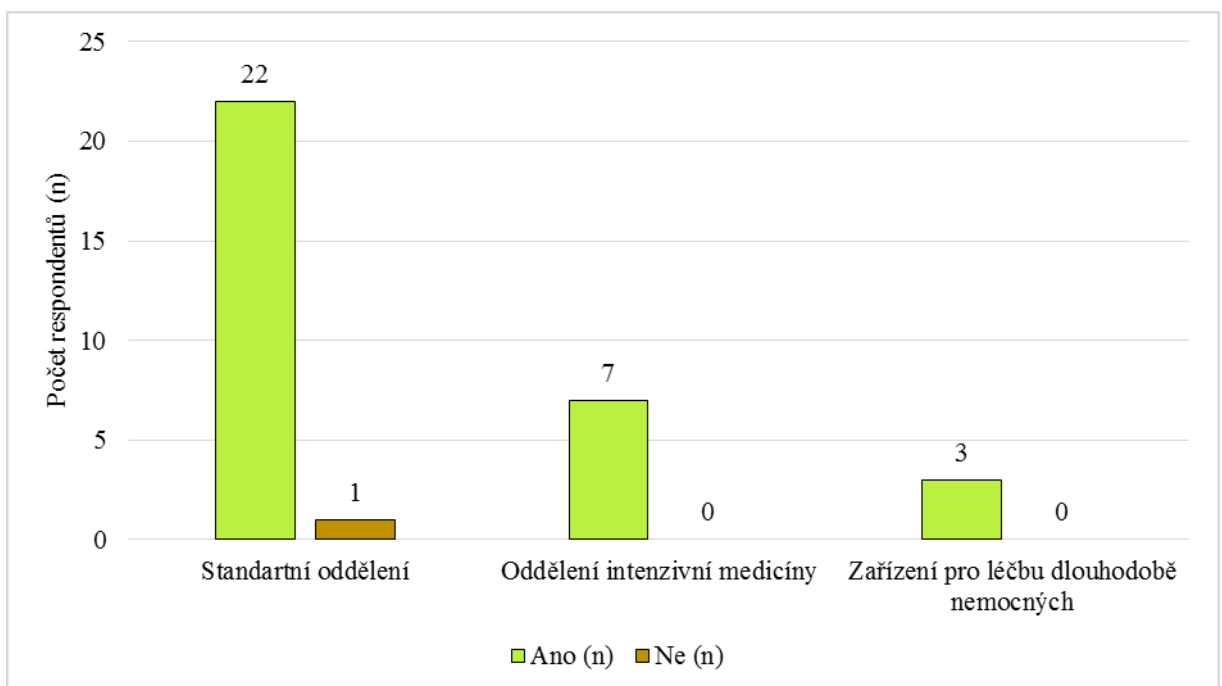
## 8 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Data získaná ze správně vyplněných dotazníků byla následně zpracována v programu MS Excel. Odpovědi na otázky byly posouzeny z hlediska počtu označení absolutní a relativní četností, případně jinými staticky vhodnými funkcemi třídění a vyhodnocování. Použité grafické výstupy dat byly také vytvořeny v programu MS Excel.

### 8.1 Výsledky jednotlivých otázek v dotazníku

Jednotlivých otázek v dotazníku bylo celkem 19, respondentů celkem 33. U otázek 1 a 11-18 tvoří 100% 33 respondentů, u otázek 2-10 tvoří 100% 32 respondentů – tyto otázky vyplňovaly pouze sestry, které se již během své praxe setkaly s použitím omezovacích prostředků.

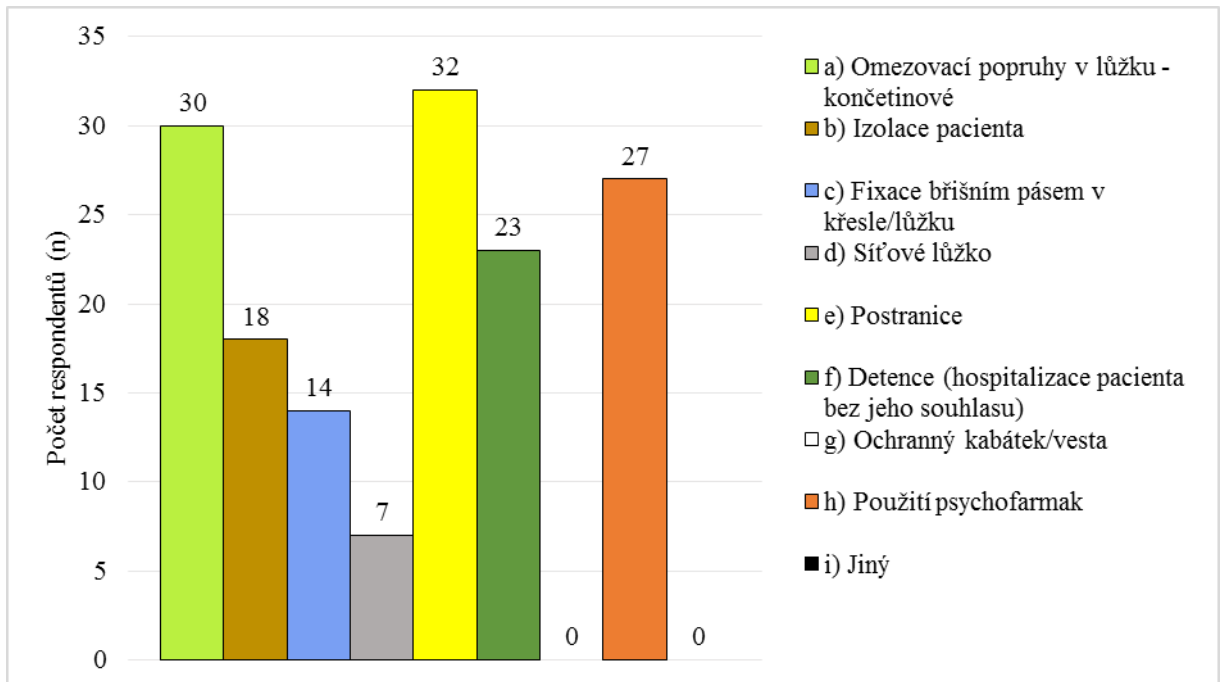
#### Otázka č. 1: Setkal/a jste se během své praxe s využitím některého omezovacího prostředku?



Obrázek 1 Graf setkání respondentů s omezovacími prostředky z hlediska typu oddělení

Celkem odpovědělo 32 (97%) respondentů kladně – 22 sester ze standardního oddělení, 7 sester z oddělení intenzivní medicíny a 3 sestry ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných. Jen jedna sestra (3%) se tedy s použitím omezovacích prostředků nesešla. Tato respondentka byla ze standardního oddělení (viz graf č. 1).

**Otázka č. 2: Se kterým z následujících omezovacích prostředků jste se již setkala?**



**Obrázek 2 Graf setkání respondentů s konkrétními druhy omezovacích prostředků**

Odpovědi na otázku č. 2 dokumentuje graf č. 2. Všechny sestry zvolily odpovědi z nabízených možností, žádná z nich nevyužila možnosti dopsat vlastní odpověď.

Omezujícím prostředkem, se kterým se sestry nejvíce setkávají, jsou postranice, které uvedlo 32 (100%) respondentů. Druhým nejčastěji voleným prostředkem byly končetinové popruhy k omezení v lůžku – takto odpovědělo 30 respondentů (94%). Následovalo použití psychofarmak - 27 respondentů (84%), hospitalizace bez souhlasu pacienta - 23 respondentů (72%), izolace pacienta - 18 respondentů (56%), fixace pacienta břišním pásem v křesle nebo lůžku - 14 respondentů (44%) a použití síťového lůžka - 7 respondentů (22%). Žádná z dotazovaných sester se nikdy nesetkala s použitím ochranného kabátka/kazajky.

### Otázka č. 3: Jak často na svém pracovišti využíváte omezovací prostředky?

Tabulka 1 Frekvence využití omezovacích prostředků na odděleních respondentů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Denně	9	28%
b) Jednou týdně	7	22%
c) Dvakrát týdně	1	3%
d) Jednou měsíčně	12	38%
e) Jednou ročně	0	0%
f) Jiné	5	16%

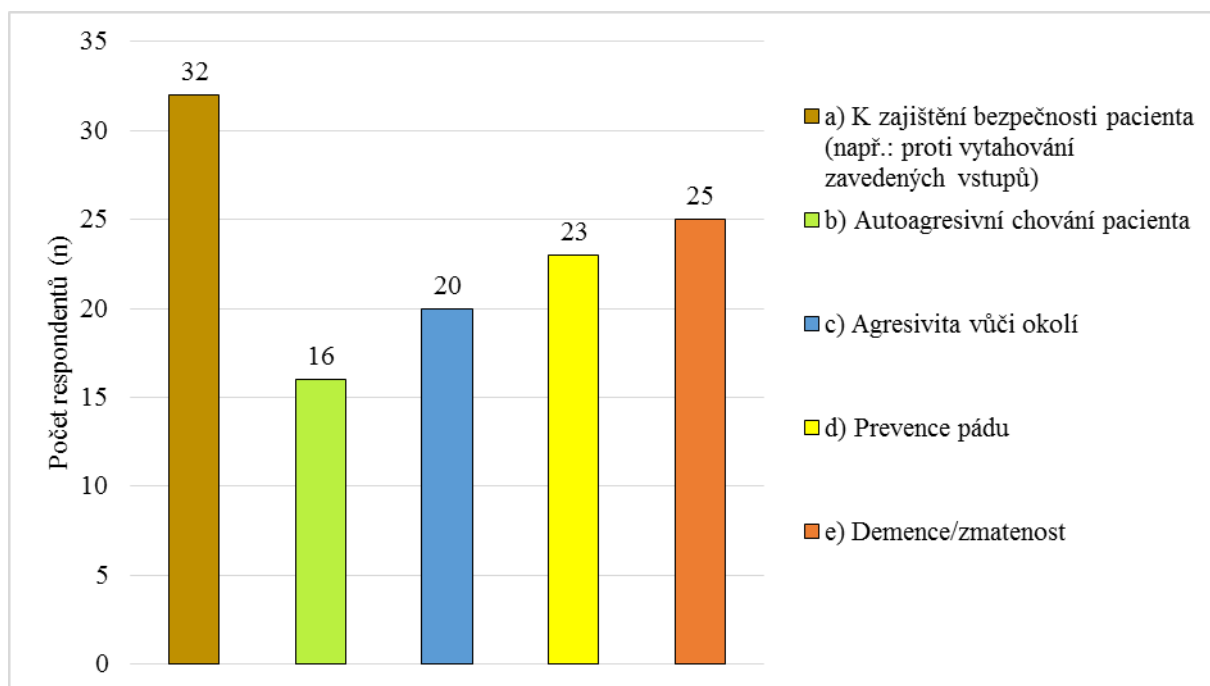
Otázkou č. 3 bylo zjišťováno, jak často jsou omezovací prostředky v praxi využívány. Respondenti měli na výběr z několika časových vymezení i možnost dopsání vhodnějšího časového ohraničení. Tato možnost byla přidána na základě reakce z pilotního výzkumu, kde někteří respondenti shledali mnou určené možnosti za ne zcela vyhovující.

Celkové výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Nejčastěji volenou odpovědí se stala odpověď: „jednou měsíčně“, kterou zvolilo 12 (38%) všech respondentů. Následovala odpověď „denně“ - 9 respondentů (28%), „jednou týdně“ – 7 respondentů (22%), „jiné“ - 5 respondentů (16%) – pokaždé uvedeno „podle potřeby“, „dvakrát týdně“ - 1 respondent (3%) a odpověď „jednou ročně“ nezvolil žádný z respondentů.



**Otázka č. 4: Z následujících možností prosím vyberte, jaké jsou nejčastější důvody k použití omezovacích prostředků na Vašem pracovišti. (Můžete zvolit více odpovědí.)**

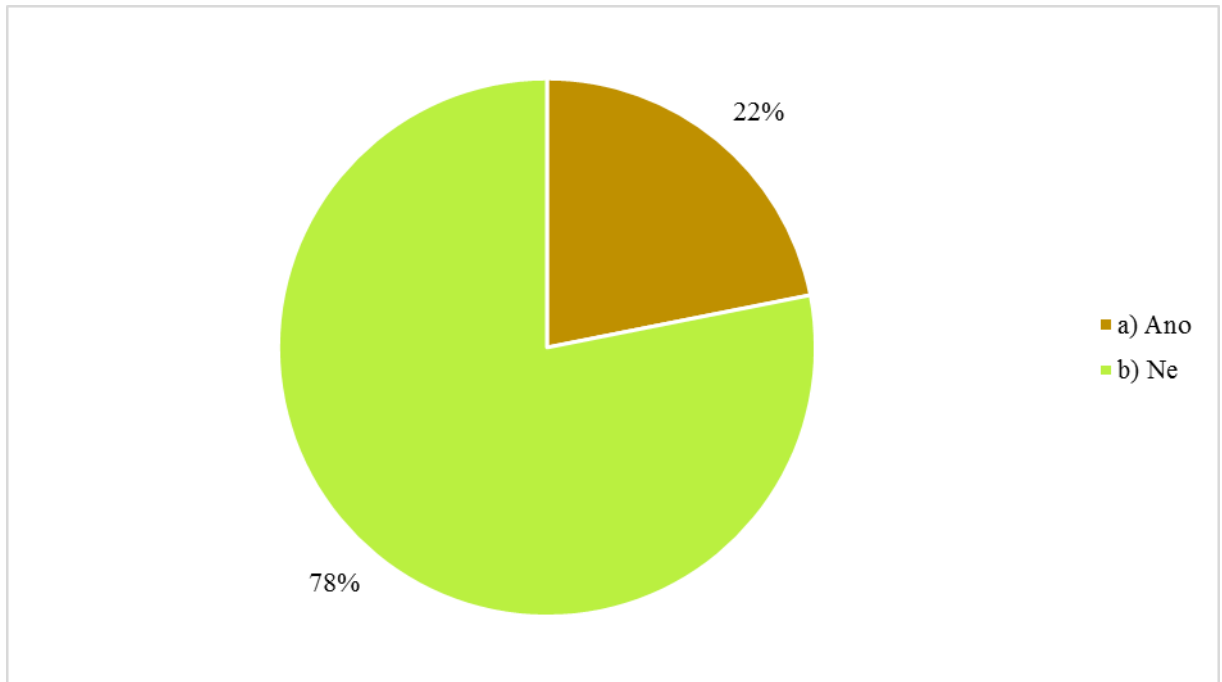


**Obrázek 3 Graf nejčastějších důvodů k restrikci na odděleních respondentů**

Vzhledem k tomu, že zde mohly sestry vybrat více odpovědí, je zde rozdílný počet celkového zastoupení odpovědí k počtu sester.

Na položenou otázku všechny sestry zvolily odpověď „k zajištění bezpečnosti pacienta (např. proti vytahování zavedených vstupů)“. Druhým nejčastěji udávaným důvodem byla demence/zmatenost – ta byla zaznamenána celkem 25krát (78% respondentů). Následovaly odpovědi: prevence pádu – 23krát (72% respondentů), agresivita vůči okolí 20krát (63% respondentů) a nejméně často udávaným důvodem k restrikci byla autoagresivita pacienta. Ta byla označena celkem 16krát (50% respondentů). Tyto výsledky ukazuje graf č. 3.

**Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s poškozením pacienta v důsledku použití omezovacích prostředků?**



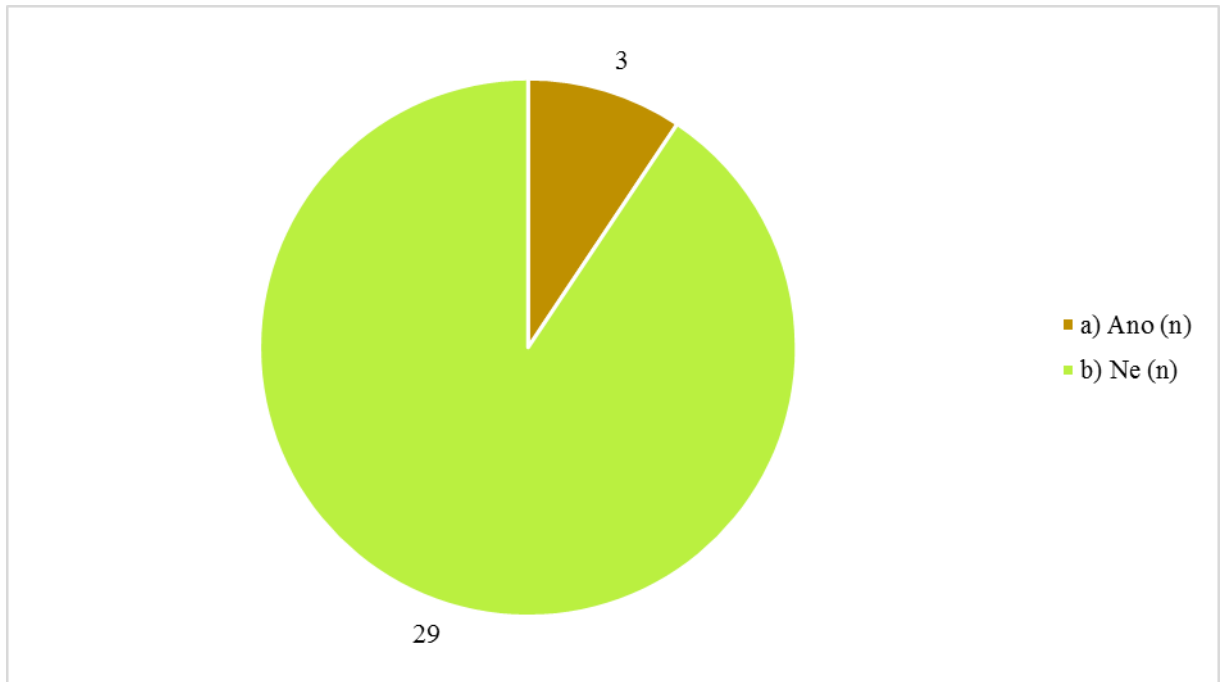
**Obrázek 4 Graf setkání s poškozením pacienta v důsledku restrikce**

V případě, že respondent na tuto otázku odpověděl kladně, byl vyzván ke konkrétní specifikaci poranění pacienta. Jako konkrétní poškození pacienta byl udán všemi sestrami stejný typ poranění a to poškození kožního krytu.

Rozložení odpovědí respondentů ukazuje graf. 4.

Celkové výsledky odpovědí na tuto otázku jsou následující: podle odpovědí se s poškozením pacienta v důsledku restrikce setkaly pouze sestry ze standartních oddělení, sestry z oddělení intenzivní medicíny a zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných setkání s touto situací negovaly. Z celkem 32 respondentů se s tímto jevem tedy setkalo 7 (22%) z nich, 25 (78%) respondentů uvedlo, že se s tímto typem iatrogenního poškození pacienta nikdy nesetkalo.

**Otázky č. 6: Setkal/a jste se někdy se situací, kdy byl u pacienta použit omezovací prostředek podle Vašeho názoru neodůvodněně?**

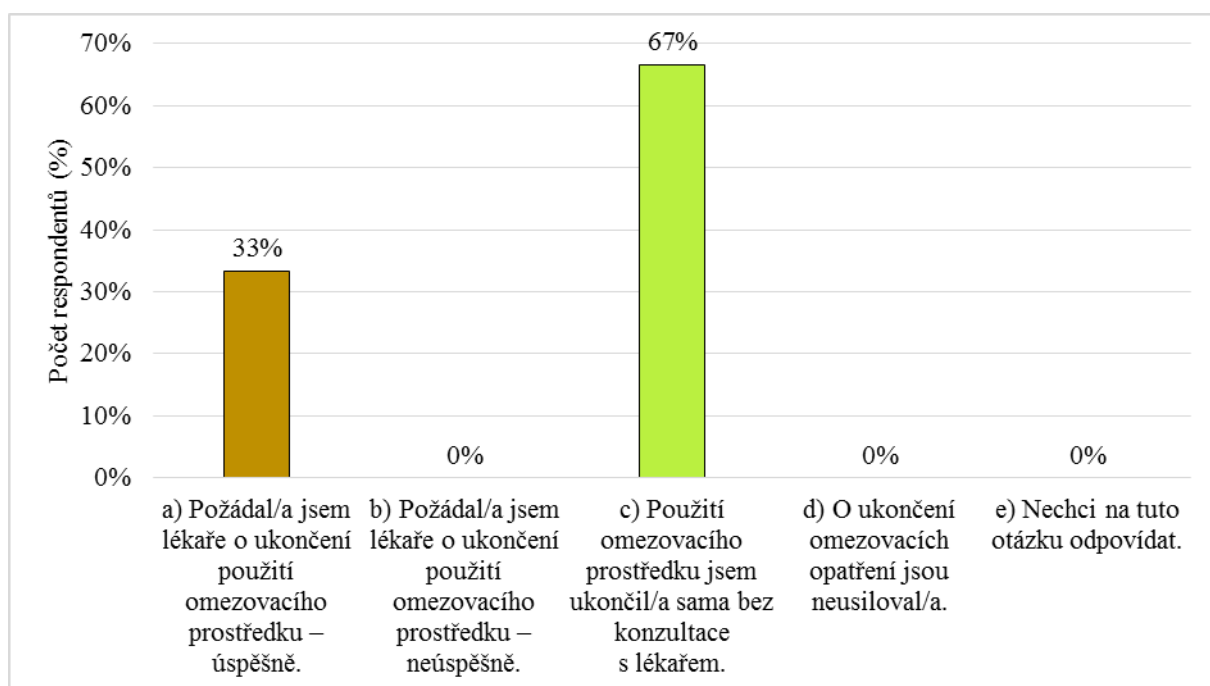


**Obrázek 5 Graf setkání s (subjektivně) neodůvodněnou restrikcí**

V případě, že na tuto otázku respondent odpověděl kladně, byl vyzván k zodpovězení otázky č. 7.

Celkem 3 respondenti (9%) uvedli, že se s takovou situací setkali, 29 (91%) respondentů odpovědělo, že se s takovou situací nikdy nesečkali. Výsledky odpovědí ukazuje graf č. 5.

### Otázka č. 7: Jak jste tuto situaci řešila?

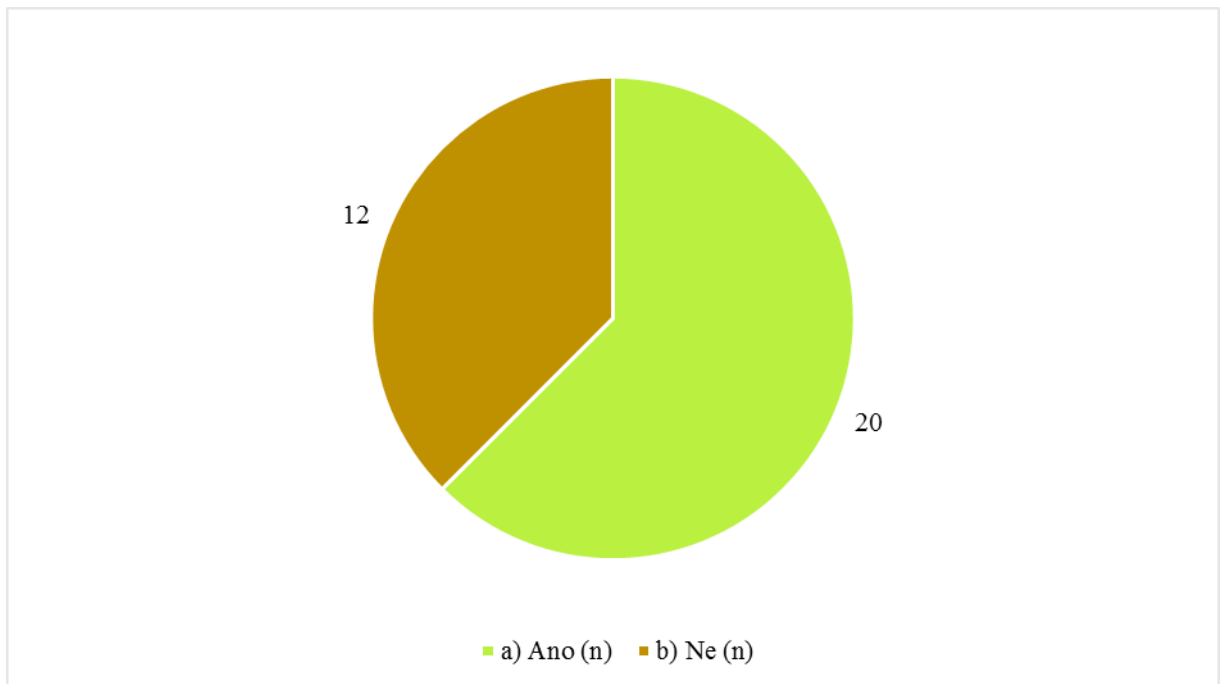


Obrázek 6 Graf respondentova řešení (subjektivně) neodůvodněné restrikce

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 6 – celkem jí tedy zodpověděli 3 respondenti. Jejich odpovědi ukazuje graf č. 6.

Z hlediska složení respondentů byl jeden respondent ze standardního oddělení a dva z oddělení intenzivní medicíny. Respondent ze standardního oddělení tuto situaci vyřešil tak, že restrikcí ukončil sám bez konzultace s lékařem. Stejně odpověděl i jeden respondent z oddělení intenzivní medicíny. Dohromady tedy tato možnost tvoří 67% odpovědí. Poslední zbývající respondent požádal lékaře o ukončení použití omezovacího prostředku u daného pacienta a to úspěšně. V tomto případě tvoří jeho odpověď 33% odpovědí.

**Otázka č. 8: Setkal/a jste se někdy se situací, kdy došlo k nežádoucí události (pád či jiné poškození pacienta), kterému by se podle Vašeho názoru dalo předejít použitím omezovacího prostředku?**

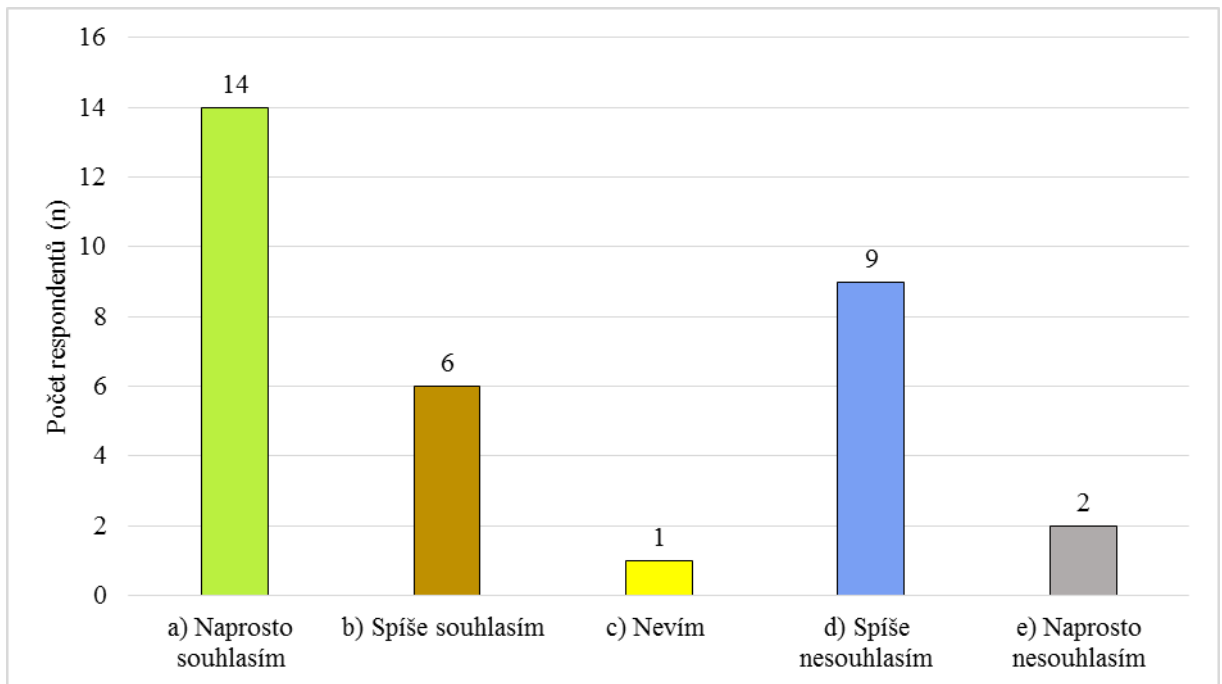


**Obrázek 7 Graf setkání s poškozením pacienta kvůli nepoužití restrikce (subjektivně)**

Protipólem otázky č. 6 byla otázka č. 8, jejíž výsledky odpovědí ukazuje graf č. 7.

Dohromady 20 (68%) respondentů uvedlo, že se s takovou situací setkala. Tuto zkušenost mělo konkrétně 15 z 22 sester ze standartního oddělení, 3 ze 7 sester z oddělení intenzivní medicíny a 2 z 3 sester zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných. S uvedenou situací se podle svých odpovědí nesetkalo 12 (32%) respondentů.

**Otázka č. 9 : Je na Vašem oddělení obvyklé, že se lékař poradí o použití omezovacích prostředků se službu konající sestrou?**



**Obrázek 8 Graf týmové spolupráce při indikaci omezovacího prostředku**

Vzhledem k tomu, že v poskytování zdravotní péče má fungovat týmová spolupráce mezi lékařem a sestrou, byla otázka č. 9 zaměřena na průběh indikace použití omezovacího prostředku. Možnosti odpovědí na otázku tvořila Likertova škála. Zastoupení jednotlivých odpovědí zobrazuje graf č. 8.

Nejčtenější odpovědí byla možnost „naprosto souhlasím“, kterou zvolilo celkem 14 (44%) respondentů, 6 respondentů (19%) zvolilo odpověď „spíše souhlasím“, 1 respondent (3%) vybralo „nevím“, 9 (28%) respondentů s daným výrokem spíše nesouhlasilo a jen dva respondenti (6%) s tímto výrokem naprosto nesouhlasili.

**Otázka č. 10: Využil/a jste někdy tzv. výhradu svědomí v souvislosti s omezovacími prostředky?**

**Tabulka 2** Využití výhrady svědomí v souvislosti s restrikcí

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano	6	19%
b) Ne	7	22%
c) Pojem „výhrada svědomí“ neznám	19	59%

Otázka č. 10 byla zaměřena na etickou problematiku použití omezovacích prostředků. Na výběr zde byly tři odpovědi: „ano“, „ne“ a „pojem výhrada svědomí neznám“.

Výsledky celkových odpovědí ukazuje tabulka č. 2.

Výsledek odpovědí na tuto otázku byl následující: 19 (59%) respondentů pojem výhrada svědomí vůbec neznalo, 7 (22%) respondentů ji v souvislosti s restrikcí nikdy nevyužilo a 6 (19%) respondentů tuto výhradu v souvislosti s omezovacími prostředky již někdy využilo.

**Otázka č. 11: Jaký z následujících prostředků shledáváte eticky nejméně přijatelným? (Vyberte nebo dopište pouze jednu odpověď.)**

**Tabulka 3 Nejméně přijatelný omezovací prostředek**

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Omezovací popruhy v lůžku - končetinové	0	0%
b) Izolace pacienta	1	3%
c) Fixace břišním pásem v křesle/lůžku	0	0%
d) Síťové lůžko	8	24%
e) Postranice	1	3%
f) Detence (hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu)	1	3%
g) Ochranný kabátek/vesta	5	15%
h) Použití psychofarmak	0	0%
i) Jiný	2	6%
j) Všechny jsou pro mě stejně eticky přijatelné.	15	45%

Na tuto i ostatní následující otázky odpovídali již všichni respondenti bez ohledu na to, zda se již někdy během praxe s restriktivním opatřením setkali – 100% tedy tvoří 33 respondentů

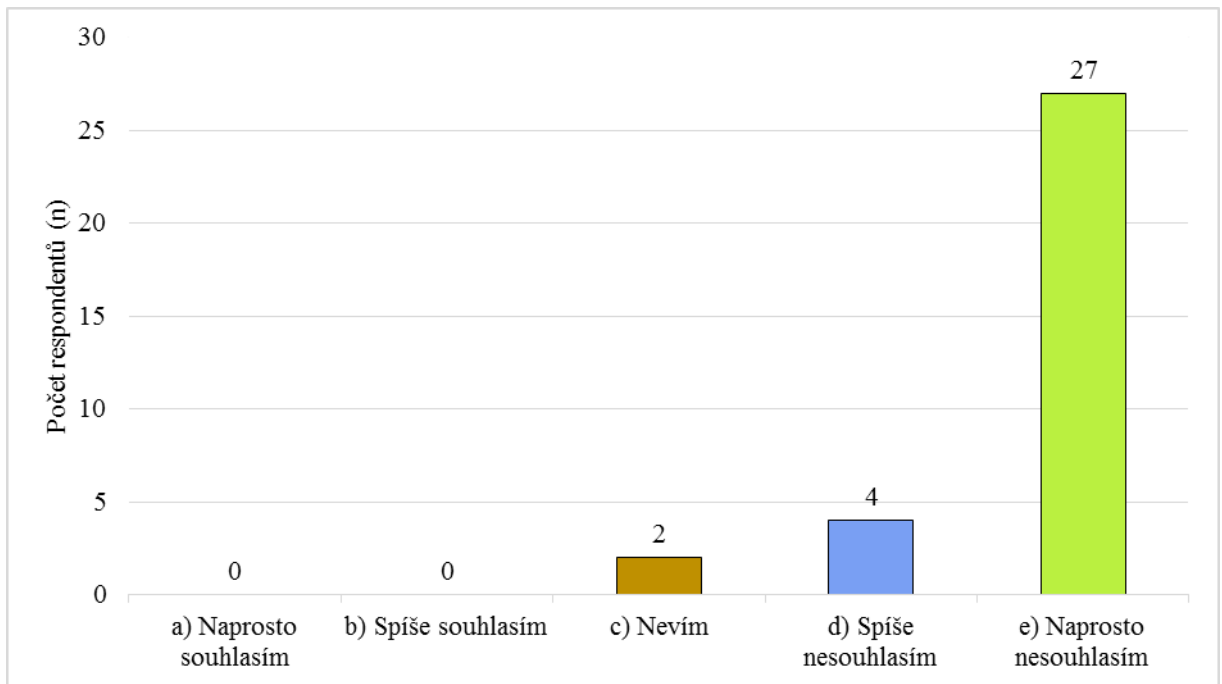
Respondenti vybírali pouze jednu z nabízených možností, nebo jednu možnost dopsali.

Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Nejčetnější odpovědí byla možnost „všechny jsou pro mě eticky stejně přijatelné“, kterou označilo 15 (45%) respondentů. Další odpovědí bylo síťové lůžko, kterou zvolilo 8 (24%) respondentů, 5 respondentů (15%) zvolilo ochranný kabátek, 2 respondenti (6%) vybrali možnost jiné a uvedli odpověď „dle stavu pacienta“. Možnosti „izolace pacienta“, „postranice“ a „detence“ byly vybrány jednou (3%).



**Otázka č. 12: Souhlasíte s názorem, že by postranice měly být zařazeny mezi omezovací prostředky a jejich použití by bylo tedy legislativně upraveno podobně jako je tomu např. při kurtování?**



**Obrázek 9 Graf názorů na legislativní zařazení postranic do omezovacích prostředků**

Otázkou č. 12 byl zjišťován přístup k postranicím. Výsledky dokumentuje graf č. 9.

Výsledné odpovědi na tuto otázku byly naprosto jasné – 27 (82%) sester s touto myšlenkou naprosto nesouhlasí, 4 (12%) s ní spíše nesouhlasí a zbylé 2 (6%) zvolilo odpověď „nevím“.

**Otázka č. 13: Je nelékařský zdravotnický pracovník podle současné platné legislativy kompetentní k indikaci omezovacího prostředku?**

**Tabulka 4** Kompetence NLZP k indikaci restrikce

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ne - indikovat je může pouze lékař.	17	52%
b) Ano - v případě vyžadujícím neodkladné řešení.	16	48%
c) Ano - v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař.	0	0%

Touto otázkou začíná komplex znalostních položek. Na výběr odpovědi na tuto otázku bylo ze tří možností – „ne, indikovat je může pouze lékař“, „ano – v případě vyžadujícím neodkladné řešení“ a „ano – v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař“.

Výsledky odpovědí dotazovaných sester ukazuje tabulka č. 4.

Celkem 17 (52%) respondentů se mylně domnívalo, že indikovat restrikci může vždy jen lékař, všichni ostatní – 16 (48%) respondentů - správně věděli, že v případě vyžadujícím neodkladné řešení může omezovací prostředek indikovat i sestra. Nikdo z respondentů nevybral odpověď: „ano – v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař“.

**Otázka č. 14: Do zdravotnické dokumentace se dle současné platné legislativy zapisuje omezení**

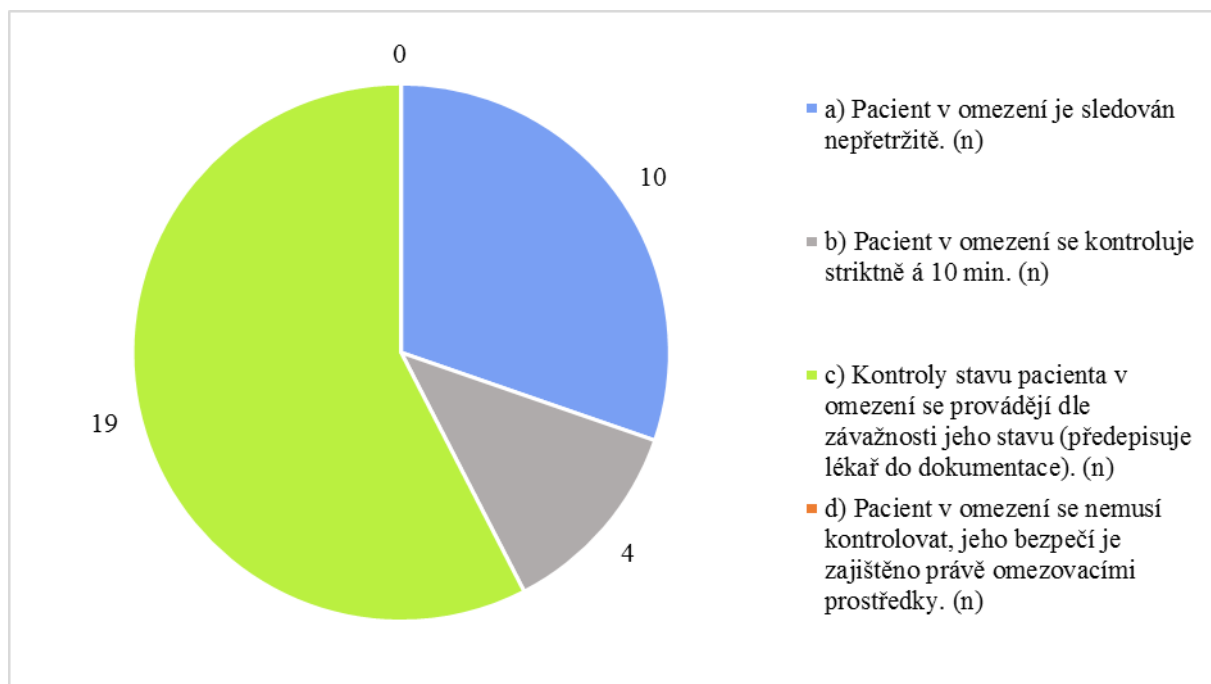
**Tabulka 5 Zázpis omezení do zdravotnické dokumentace**

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) trvající déle než 30 min (n)	4	12%
b) trvající déle než 6 hod (n)	2	6%
c) trvající déle než 24 hod (n)	5	15%
d) každé omezení (n)	22	67%

Touto otázkou byla ověřována znalost sester ohledně zápisu omezovacích prostředků do dokumentace. Výsledky této položky jsou zaznamenány v tabulce č. 5.

Celkem 22 (67%) respondentů správně odpovědělo, že se zapisuje každé omezení omezovacím prostředkem. Pět respondentů (15%) zvolilo možnost „déle než 24 hodin“, 4 respondenti (12%) se domnívali, že je to „déle než 30 minut“ a 2 respondenti (6%) zvolili odpověď „trvající déle než 6 hodin“.

**Otázka č. 15: Jak jsou dle současné platné legislativy stanoveny kontroly stavu pacienta v průběhu omezení?**

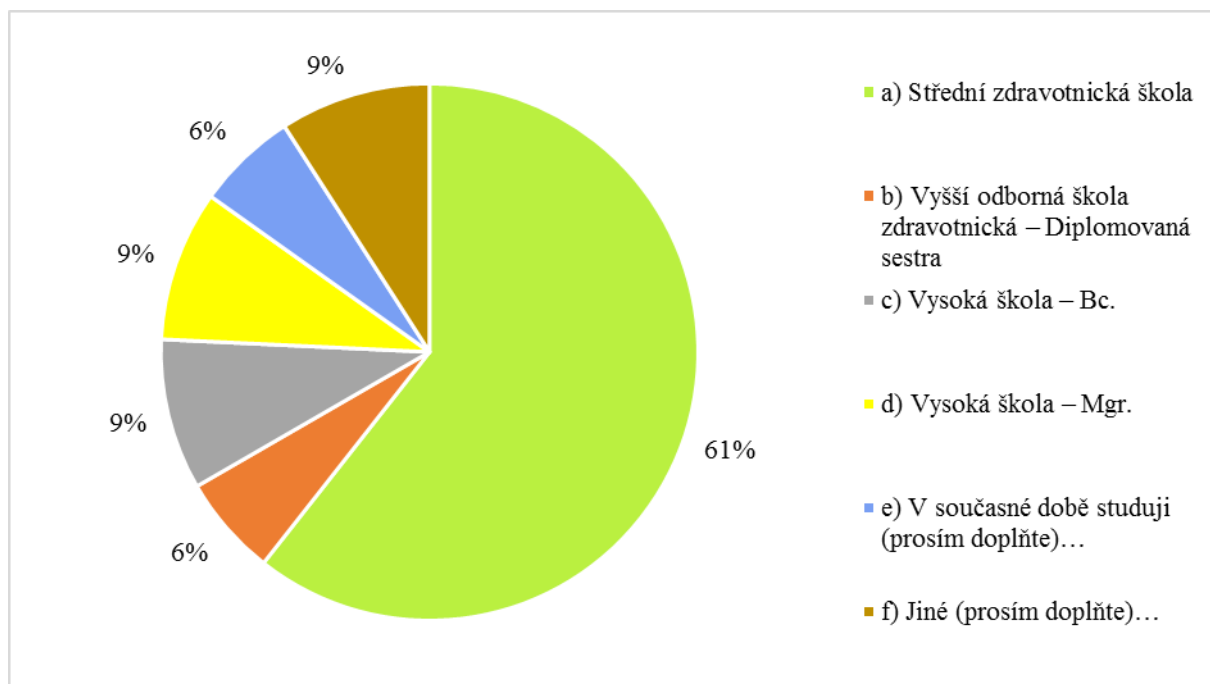


**Obrázek 10 Graf frekvence kontrol pacienta v restrikci**

Poslední z komplexu znalostních položek byla zaměřena na kontrolu pacienta v restrikci. Zaznamenané odpovědi ukazuje graf č. 10.

Celkem 19 (58%) sester správně odpovědělo, že tyto intervence určuje lékař písemně v dokumentaci a to v závislosti na stavu daného pacienta. Poměrně častou odpovědí, kterou zvolilo 10 sester (30%), bylo, že pacient v restrikci je sledován nepřetržitě a 4 (12%) respondenti se domnívali, že se má kontrolovat striktně po 10 minutách. Odpověď: „Pacient v omezení se nemusí kontrolovat, jeho bezpečí je zajištěno právě omezovacími prostředky.“ ne zvolil nikdo.

### Otázka č. 16: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

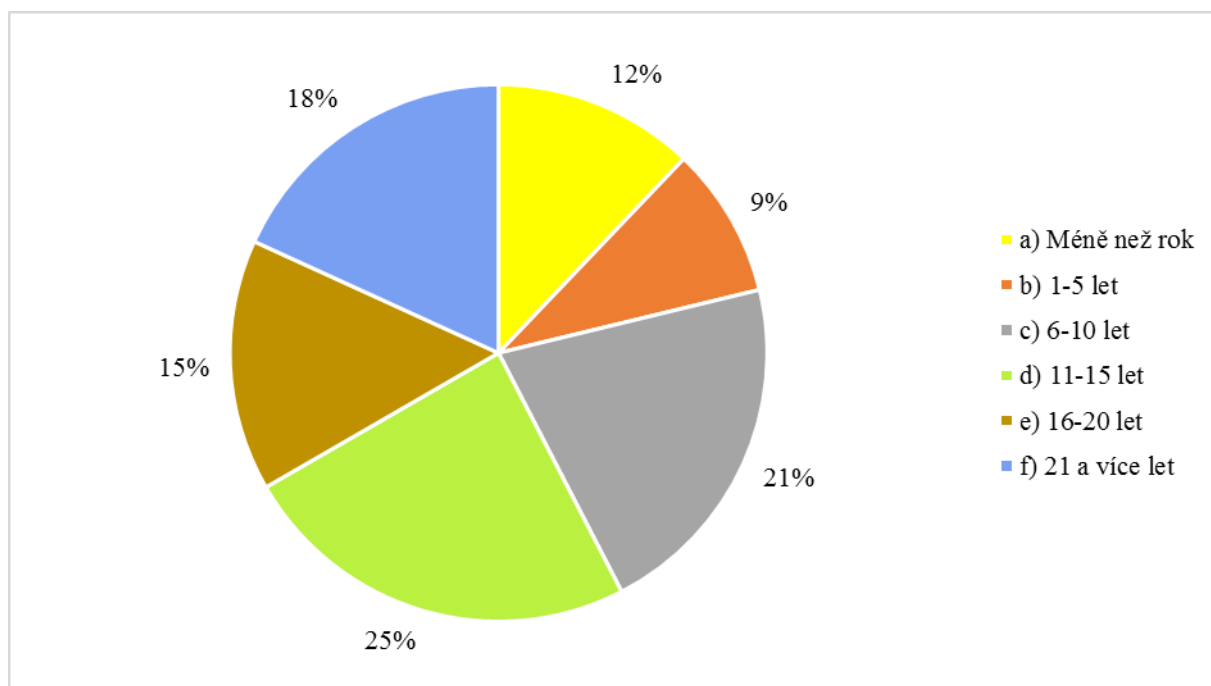


Obrázek 11 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Touto otázkou byl zjišťován jeden z údajů o respondentech – nejvyšší dosažené vzdělání. Zaznamenané výsledky ukazuje graf č. 11.

Dotazník vyplňovalo 20 sester (61%) se střední zdravotnickou školou, dvě sestry (6%) s vyšší odbornou školou, 3 sestry (9%) s vysokoškolským bakalářským stupněm vzdělání, 3 sestry (9%) s vysokoškolským magisterským stupněm vzdělání, dva studenti (6%) vysokoškolského bakalářského oboru, dvě sestry (6%) bakalářského stupně s postgraduálním specializačním vzděláním a jedna sestra (3%) se středoškolským vzděláním a specializací.

### Otázka č. 17: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

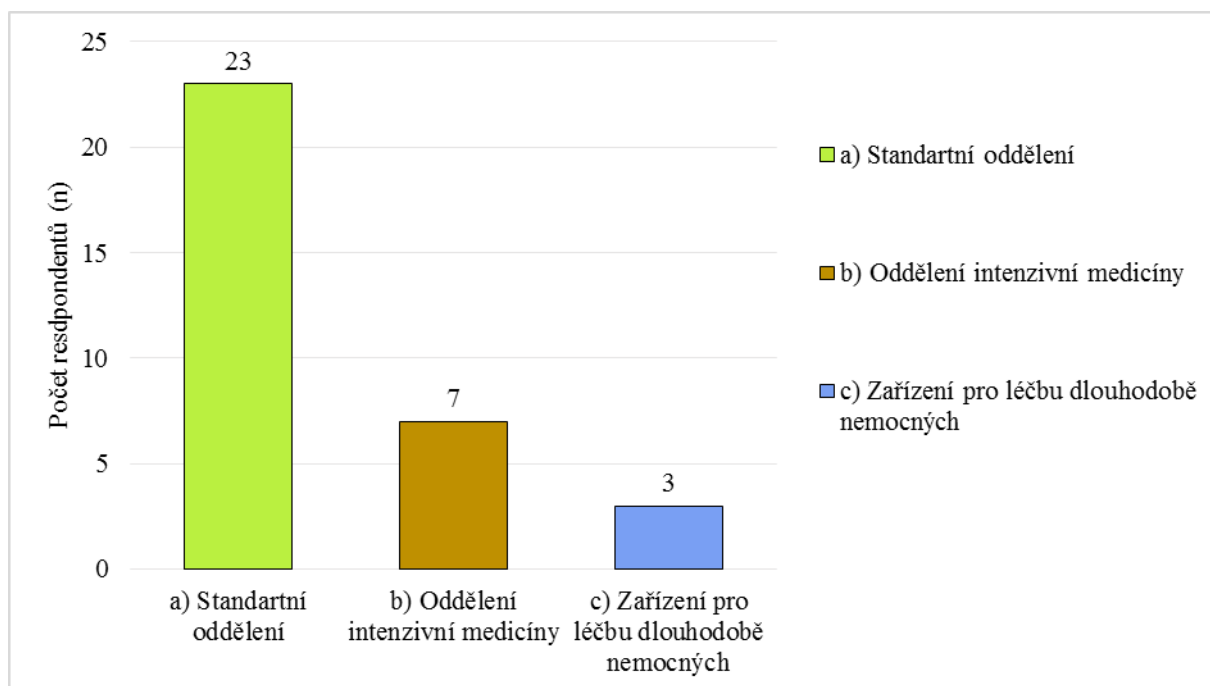


Obrázek 12 Graf délky zaměstnání respondentů ve zdravotnictví

Dalším ukazatelem složení respondentů v dotazníkovém šetření byla délka jejich zdravotnické praxe. Rozložení respondentů z tohoto hlediska ukazuje graf č. 12.

Z hlediska délky zdravotnické praxe byli respondenti rozloženi následovně: 4 respondenti (12%) pracují ve zdravotnictví méně než rok, 3 respondenti (9%) v rozmezí 1-5 let, 7 respondentů (21%) 6-10 let, 8 respondentů (25%) v rozmezí 11-15 let, 5 respondentů (15%) 16-20 let a 6 respondentů (18%) pracuje ve zdravotnictví 21 a více let.

### Otázka č. 18: Jakého typu je Vaše pracoviště?



Obrázek 13 Graf rozložení respondentů podle typu oddělení

Rozložení respondentů z hlediska typu oddělení, na němž pracují, zobrazuje graf č. 13. Celkem 23 (70%) respondentů je ze standardního typu oddělení, 7 (21%) respondentů pracuje na oddělení intenzivní medicíny a 3 respondenti (9%) pocházejí ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných.

### Otázka č. 19

Na tuto otevřenou otázku, kde byl ponechán prostor pro připomínky nebo zkušenosti související s omezovacími prostředky, odpověděl pouze jeden respondent. Tato odpověď zněla: „Kurty jsou dobré u ebriety.“

## 9 Diskuze

V návaznosti na cíle této bakalářské práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Širší odpovědi na ně byly získány dotazníkovým šetřením provedeným v nemocnici krajského typu.

### 9.1 Výzkumná otázka č. 1: Jak se indikuje použití omezovacího prostředku na pracovištích dotazovaných sester?

Odpověď na tuto otázku poskytují výsledky dotazníkové položky č. 9 („Je na Vašem oddělení obvykle, že se lékař poradí o použití omezovacích prostředků se službu konající sestrou?“). Přehled odpovědí poskytuje tabulka č. 6 uvedená v příloze této práce

Na tuto otázku odpovídalo celkem 32 respondentů. Nejčtenější odpovědí byla možnost „naprosto souhlasím“, kterou zvolilo 14 sester (44%) – 8 z nich je zaměstnáno na standartním oddělení, 3 na oddělení intenzivní medicíny a 3 v zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných.

Druhou nejčastější odpovědí bylo „spíše nesouhlasím“, kterou zvolilo celkem 9 sester (28%).

V tomto případě 7 z nich uvedlo jako své pracoviště standartní typ oddělení a 2 oddělení intenzivní medicíny. V zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných tato odpověď zvolena nebyla. Třetí v pořadí z hlediska počtu odpovědí byla možnost „spíše souhlasím“. Tuto zvolilo celkem 6 sester (19%), z nichž 5 pracovalo na standartním typu oddělení a jedna na oddělení intenzivní medicíny. Odpověď „naprosto nesouhlasím“ byla zvolena celkem dvakrát a v obou případech se jednalo o názor sester ze standartního oddělení. Odpověď „nevím“ byla vybrána jednou a jednalo se o názor respondenta z oddělení intenzivní medicíny.

Z celkového pohledu se na indikaci omezovacího prostředku alespoň z části podílí 63% respondentů. Celkem 34% respondentů se podle vlastního vyjádření nepodílí nebo téměř vůbec nepodílí na indikaci omezovacího prostředku.

V porovnání s výzkumem Daniely Slezákové jsou tyto výsledky obdobné. Její respondenti také zvolili za nejčastější možnost tu, podle níž se na volbě omezovacího prostředku podílí (48%) a také přibližně jedna třetina sester (29%) uvedla, že se na indikaci nepodílí vůbec a tedy že použití omezovacího prostředku indikuje pouze lékař. Poměrně zajímavým faktem je, že respondenti v 23% uvedli, že na jejich oddělení rozhoduje o druhu použitého omezovacího prostředku všeobecná sestra (Slezáková, 2013, s. 37).



## **9.2 Výzkumná otázka č. 2: Závísí osobní přístup dotazovaných sester k omezovacím prostředkům spíše na délce pracovního poměru ve zdravotnictví nebo spíše na dosaženém vzdělání?**

Toto byla nejsložitější položka na vyhodnocení, jelikož osobní přístup se dá poměrně těžko uchopit. Také mi tuto situaci neulehčil ani fakt, že jsem respondentům nepoložila dotaz na názor na omezovací prostředky přímo, nýbrž jsem záměrně volila otázky nepřímé. Přístup k omezovacím prostředkům v závislosti na daných kritériích budu tedy hodnotit ve vztahu k dotazníkovým položkám č. 10 („Využil/a jste někdy tzv. výhradu svědomí v souvislosti s omezovacími prostředky?“) a č. 12 („Souhlasíte s názorem, že by postranice měly být zařazeny mezi omezovací prostředky a jejich použití by bylo tedy legislativně upraveno podobně jako je tomu např. při kurtování?“). Vztah k jednotlivým typům omezovacích prostředků je vyjádřen i v otázce č. 11; tyto odpovědi budou zpracovány ve vztahu k výzkumné otázce č. 3.

### **9.2.1 Výhrada svědomí**

*„Výhrada svědomí je zákonná výjimka, umožňující fyzické osobě nesplnit právní povinnost v případě, že by to odporovalo jejímu svědomí, danému nejčastěji jejím náboženským přesvědčením.“* (Pecina, 2008)

Výhradu svědomí v souvislosti s omezovacími prostředky použilo dle výsledků 6 z 32 respondentů (19%). Pět z nich pocházelo ze standartního typu oddělení a jeden z oddělení intenzivní medicíny.

Z hlediska vzdělání využilo výhradu svědomí: dva respondenti se středoškolským vzděláním, jeden student s vysokoškolským bakalářským stupněm vzdělání, dva respondenti vysokoškolského magisterského stupně vzdělání a jeden student (viz graf č. 14).

Z hlediska délky praxe ve zdravotnictví využili výhradu svědomí takto: jeden respondent s praxí kratší než jeden rok, jeden respondent s praxí 1-5 let, dva respondenti s praxí 6-10 let a dva respondenti s praxí 21 a více let (viz graf č. 15).

V případě využití výhrady svědomí nemělo výrazný vliv ani vzdělání respondentů ani délka jejich praxe ve zdravotnictví. Tento závěr mohl být zkreslen velmi malým vzorkem respondentů.

### **9.2.2 Vztah k postranicím**

Postranice nejsou dle zákona 372/2011 Sb. omezovacím prostředkem, nicméně jejich použitím se pacientovi znemožňuje volní pohyb. Respondenti byli proto dotázáni, zda souhlasí s názorem, že by měly být mezi omezovací prostředky zařazeny a jejich používání by mělo být legislativně stejně upraveno.

Celkem 94% respondentů zvolilo možnost „spíše nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“, 6% respondentů zvolilo možnost „nevím“. Vzhledem k jasné negaci výše zmíněného názoru je patrné, že ani zde nehraje roli stupeň vzdělání ani délka zdravotnické praxe.

Tento výsledek mohl být do určité míry zkreslen tím, že se sestry mohly rozhodovat na základě jiných okolností než etického pohledu na věc, konkrétně se domnívám, že mohlo jít o záznam do dokumentace, který by se v takovém případě musel provádět.

Vztah sester k postranicím také zkoumala Daniela Slezáková. Ta zjišťovala, zda její respondenti postranice za omezovací prostředek považují či nikoli. Zjistila, že 68% sester postranice ze restriktivní opatření považuje, 31% nepovažuje a 1% neví (Slezáková, 2013, s. 37)

### **9.3 Výzkumná otázka č. 3: Který omezovací prostředek bude dotazovanými sestrami shledán jako nejvíce kontroverzní a který jako nejčastěji používaný?**

Odpovědi na tuto výzkumnou otázku poskytnout dotazníkové položky č. 2 („Se kterým z následujících omezovacích prostředků jste se již setkal/a? (Můžete zvolit více odpovědí nebo další odpověď dopsat.“) a č. 11 („Jaký z následujících prostředků shledáváte eticky nejméně přijatelný? (Vyberte nebo dopište pouze jednu odpověď.“)

#### **9.3.1 Nejvíce kontroverzní omezovací prostředek**

Nejvíce kontroverzní, respektive pro dotazované sestry nejméně eticky přijatelný, omezovací prostředek se podle výsledků stalo síťové lůžko, které označilo 8 (24%) respondentů. Tuto odpověď vybralo šest respondentů se středoškolským vzděláním, jeden respondent s vyšším odborným vzděláním, jeden respondent s vysokoškolským bakalářským stupněm vzdělání a jeden respondent se specializací v oboru intenzivní péče (viz graf č. 16)

Z hlediska délky praxe ve zdravotnictví tuto odpověď zvolili: dva respondenti s praxí kratší než rok, jeden respondent s délkou praxe 1-5 let, 2 respondenti s délkou praxe 6-10 let, dva

respondenti s délkou praxe 11-15 let a dva respondenti s délkou praxe 16-20 let (viz graf č. 17)

Důvodem, proč respondenti nejčastěji označili právě tuto možnost nejčastěji, mohla být poměrně velká medializace a skandalizace používání síťového (klecového) lůžka, kterou odstartoval článek britské spisovatelky J. K. Rowlingové (Matochová, 2006, s. 59). Kritikou nešetřila ani organizace Amnesty International (Anon, 2005). Obdobně mohly zapůsobit i nešťastné a tragické případy pacientů omezených tímto druhem restrikce, které se v médiích následně objevily (Anon, 2013).

Pro většinu sester (45%) jsou dle jejich odpovědí všechny druhy omezovacích prostředků eticky stejně přijatelné.

### **9.3.2 Nejčastěji používaný omezovací prostředek**

Nejčastěji voleným časovým rámcem sester z oblasti standartních oddělení byla odpověď: „jednu měsíčně“ - 10 respondentů (45%).

Na oddělení intenzivní medicíny respondenti volili nejčastěji odpověď „denně“ – 4 respondenti (57%). Také v zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných tuto odpověď volili nejčastěji - 2 respondenti (67%).

Omezovacím prostředkem, se kterým se respondenti setkávali nejčastěji, jsou postranice (100%). Ke stejnému závěru došla i Daniela Slezáková ve výzkumné části své bakalářské práce, kde i její respondenti označili postranice za nejčastěji užívaný omezovací prostředek (Slezáková, 2013, s. 37). Tento způsob restrikce sice slouží k omezení volního pohybu pacienta, nicméně podle zákona 372/2011 Sb. není prostředkem omezovacím. Nejčastěji označovaným omezovacím prostředkem, který je uveden ve zmíněném zákoně, je použití omezovacího končetinového popruhu v lůžku. Tento typ uvedlo celkem 30 (94%) respondentů. I v tomto případě se výsledky shodují se závěry výzkumu Daniely Slezákové – také u ní byl nejčastěji voleným omezovacím prostředkem ve smyslu znění zákona 372/2011 Sb. (Slezáková, 2013, s. 37; Zákon č. 372/2011 Sb.)

Poměrně překvapivý byl výsledek, že se 72% respondentů setkává s detencí - hospitalizací pacienta bez jeho souhlasu. Na základě dopsané poznámky na jednom z dotazníků se domnívám, že sestry, které zvolily tuto odpověď, mohly mít spíše na mysli detenci u pacientů v bezvědomí a nikoli hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu, při kterém se pacientův nesouhlas vědomě ignoruje v zájmu samotného pacienta nebo jeho okolí.

Podrobněji byly výsledky četnosti používání daných omezovacích prostředků uvedeny v kapitole 8.1.2 spolu s grafem č. 2.

#### **9.4 Výzkumná otázka č. 4 Jaké mají dotazované sestry povědomí o legislativních úpravách souvisejících s omezovacími prostředky?**

K zodpovězení této otázky budou sloužit dotazníkové položky č. 13 („Je nelékařský zdravotnický pracovník podle současné platné legislativy kompetentní k indikaci omezovacího prostředku?“), č. 14 („Do zdravotnické dokumentace se dle současné platné legislativy zapisuje omezení:“) a č. 15 („Jak jsou dle současné platné legislativy stanoveny kontroly stavu pacienta v průběhu omezení?“).

##### **9.4.1 Kompetence k indikaci**

Správnou odpověď na otázku č. 13 ohledně kompetence indikovat použití omezovacího prostředku zvolilo 16 (48%) respondentů – jednalo se o odpověď „ano, v případě vyžadujícím neodkladné řešení“. Tuto odpověď zvolili všichni respondenti ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných, 3 ze 7 respondentů z oddělení intenzivní medicíny a 10 z 23 respondentů ze standartního typu oddělení.

Větší část respondentů – 17 (52%) - na tuto otázku odpověděla špatně: dle výsledků se domnívali, že indikovat restrikcí smí vždy pouze lékař. Tuto odpověď zvolili 4 ze 7 respondentů z oddělení intenzivní medicíny a 13 z 23 respondentů ze standartního typu oddělení.

Žádný z respondentů nezvolil možnost „ano, v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař“.

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo na otázku č. 13 správně 11 sester se středoškolským vzděláním, dvě sestry s vyšší odbornou školou, dvě magistry a jedna sestra s vysokoškolským bakalářským typem vzdělání s postgraduální specializací v oboru intenzivní péči. Sestry s vysokoškolským bakalářským typem vzdělání a sestry studující tento typ vzdělání neodpověděly na tuto otázku správně – všechny tyto se dle odpovědí domnívaly, že k tomuto úkonu kompetentní je vždy pouze lékař. Shrnutí odpovědí na tuto otázku z hlediska dosaženého vzdělání dokládá tabulka č. 7.

Z hlediska délky zdravotnické praxe správnou odpověď zvolilo: jedna sestra s praxí kratší než jeden rok, jedna sestra s praxí o délce 1-5 let, pět sester s délkou praxe 6-10 let, tři sestry s délkou praxe 11-15 let, tři sestry s délkou praxe 16-20 let a tři sestry s délkou praxe přesahují

20 let. Shrnutí odpovědí na tuto otázku z hlediska délky praxe ve zdravotnictví dokládá tabulka č. 8.

#### **9.4.2 Zápis do dokumentace**

Na otázku č. 14 týkající se zápisu použití omezovacího prostředku do dokumentace odpovědělo správně celkem 22 (67%) respondentů – do zdravotnické dokumentace se zapisuje každé omezení (Věstník MZ, 2009, s. 6). Tuto odpověď zvolili všichni respondenti z oddělení intenzivní medicíny, 13 z 23 respondentů ze standardního typu oddělení a 2 z 3 respondentů ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných. Celkem 5 (15%) dotazovaných sester se domnívalo, že se do zdravotnické dokumentace má zapisovat jen omezení trvající déle než 24 hodin. Tito respondenti pocházeli z řad zaměstnanců ze standardního typu oddělení. Celkem 4 (12%) respondenti se domnívali, že správně by se mělo zapisovat omezení přesahující 30 minut. Tuto možnost zvolily 3 sestry ze standardního typu oddělení a jedna sestra ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných. Nejméně častou odpovědí byla možnost, že se zapisuje omezení trvající déle než 6 hodin. Tu zvolily celkem dvě sestry a obě pocházely ze standardního typu oddělení.

Na tuto otázku odpovědělo z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání správně: 12 respondentů se středoškolským vzděláním, jeden respondent s vyšším odborným vzděláním, dva respondenti s vysokoškolským bakalářským vzděláním, dva respondenti s vysokoškolským magisterským stupněm vzdělání, dva studenti vysokoškolského bakalářského oboru a dva respondenti se specializací v oboru intenzivní péče. Kompletní přehled o četnosti odpovědí rozdělených dle nejvyššího dosaženého vzdělání ukazuje graf č. 18.

Z pohledu délky praxe ve zdravotnictví odpověděli na tuto otázku správně: dva respondenti s praxí kratší než jeden rok, jeden respondent pracující ve zdravotnictví 1-5 let, čtyři respondenti s délkou praxí 6-10 let, sedm respondentů s délkou praxe 11-15 let, čtyři respondenti s délkou praxe 16-20 let a tři respondenti s délkou praxe přesahující 20 let. Četnost jednotlivých odpovědí dle délky praxe ve zdravotnictví dokumentuje tabulka č. 9.

#### **9.4.3 Frekvence kontrol**

Otázkou č. 15 byla ověřována znalost dotazovaných sester ohledně frekvence kontrol stavu pacienta v restrikcí. Správnou odpověď („Kontroly stavu pacienta v omezení se provádějí dle závažnosti jeho stavu (předepisuje lékař do dokumentace)“) zvolilo celkem 19 (58%)

respondentů – ti pocházeli v počtu 15 z 23 respondentů ze standardního typu oddělení, 3 ze 7 respondentů z oddělení intenzivní medicíny a 1 z 3 respondentů ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných (Věstník MZ, 2009, s. 6). Celkem 10 (30%) respondentů zvolilo možnost, že pacient v restrikci je vždy monitorován nepřetržitě. V 6 případech se jednalo o sestry ze standardního typu oddělení, ve 3 případech o sestry z oddělení intenzivní medicíny a v jednom případě tuto možnost vybrala sestra ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných. Čtyři respondenti (12%) zvolili možnost, že pacient je striktně kontrolován vždy po 10 minutách. Jednalo se o dvě sestry ze standardního typu oddělení, jednu sestru z oddělení intenzivní medicíny a jednu sestru ze zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných.

Správně na tuto otázku z pohledu nejvyššího dosaženého vzdělání odpověděly: 12 sester se středoškolským vzděláním, jedna sestra s vyšším odborným vzděláním, dvě sestry s vysokoškolským bakalářským stupněm, dvě sestry s vysokoškolským magisterským stupněm vzdělání, jeden student a jedna sestra se specializací v oboru intenzivní péče. Ucelené výsledky této položky z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání ukazuje graf č. 19. Správné odpovědi na tuto otázku v souvislosti s délkou praxe respondentů zvolili: tři respondenti s délkou praxe kratší než rok, jeden respondent s délkou praxe 1-5 let, tři respondenti s délkou praxe 6-10 let, šest respondentů s délkou praxe 11-15 let, tři respondenti s délkou praxe 16-20 let a tři respondenti s délkou praxe 21 a více let. Kompletní výsledky na tuto otázku z hlediska doby práce ve zdravotnictví poskytuje graf č. 20.

#### **9.4.4 Celkové hodnocení znalostí sester**

Na všechny tři znalostní otázky odpověděli správně 4 (12%) respondenti. Dvě ze tří správných odpovědí mělo 18 (55%) respondentů, pouze jednu správnou odpověď uvedlo 9 (27%) respondentů a celkem dva respondenti (6%) neodpověděli správně ani na jednu znalostní otázku.

Respondenti nejčastěji chybovali v otázce č. 13 zaměřené na kompetenci nelékařského zdravotnického pracovníka indikovat použití omezovacího prostředku. To mohlo být způsobeno tím, že se respondenti se situací, která by vyžadovala neodkladné řešení za nepřítomnosti lékaře na svém pracovišti, nemuseli setkat.

Nejvíce správných odpovědí bylo na otázku č. 14, která se zabývala zápisem omezovacího prostředku do dokumentace. Vzhledem k tomu, že dotyčná nemocnice prošla akreditací a s ní spojenou i úpravou dokumentace, domnívám se, že respondenti byli těmito okolnostmi

přiměni více se problematikou zápisu do dokumentace zabývat a proto odpovídali častěji správně.

Obdobné výsledky přinesl i výzkum Daniely Slezákové: na její otázku, zda a jak často respondent provádí zápis o použití omezovacího prostředku do dokumentace, bylo nejčastějším výsledkem, že respondent tento zápis provádí vždy (73%) (Slezáková, 2013, s. 37).

Otázka č. 15 se zabývala frekvencí kontrol stavu pacienta. Zde správně odpovědělo 18 z 33 sester. Domnívám se, že možným důvodem pro volbu nesprávné odpovědi mohlo být to, že dotyčné sestry nemusely mít vždy správně zapsanou ordinaci od lékaře a pak tedy na základě vlastní zkušenosti vybraly některou z nesprávných odpovědí. Roli také mohl hrát fakt, že použití omezovacího prostředku nebývá na denním pořádku a sestry nemají s takovou situací dost zkušeností a při výskytu restrikce u pacienta mohou jednat spíše na základě vlastního uvážení.

## 10 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá využitím omezovacích prostředků v ošetrovatelské praxi. Teoretickou část tvoří primárně přehled druhů omezovacích prostředků a ošetrovatelskou péči o pacienta v restrikce, dále mapuje současnou platnou legislativu ve vztahu k omezovacím prostředkům, shrnuje vztahující se kompetence zdravotnického personálu, prochází historií a sleduje vývoj přístupu k nemocným v závislosti na kultuře a době. V neposlední řadě se také zabývá etickým pohledem na omezovací prostředky a to v kontextu etických principů platných ve zdravotnictví.

Praktickou část tvoří výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo v nemocnici krajského typu a mělo za cíl zjistit postoj sester k restriktivním opatřením a případný vliv faktorů jako úroveň dosaženého vzdělání a délka pracovního poměru respondentů. Dalším cílem bylo ověřit znalosti sester týkající se omezovacích prostředků. Těchto cílů bylo dosahováno pomocí výzkumných otázek, které jsou podrobně rozepsány v kapitole 9 Diskuze.

Použití omezovacích prostředků nezačíná a nekončí jejich aplikací, ale jedná se o proces, při kterém je třeba použít poznatky jak klinické, tak ale i duševní. Přestože, nejedná-li se o mimořádnou situaci vyžadující neodkladné řešení, rozhoduje o použití omezovacího prostředku lékař, je to právě sestra, které vlastní aplikaci provádí a provádí také následnou péči o pacienta po dobu omezení a po něm. Je tedy zřejmé, že přístup k dotyčnému pacientovi musí být naprosto profesionální a prováděný vždy s ohledem na pacientovu osobnost a jeho aktuální potřeby ve všech rovinách: rovině biologické, psychologické, sociální i spirituální.

Jak už bylo v této práci zmíněno, provádění a následná medializace špatného a neindikovaného používání omezovacích prostředků rozhodně nepřispělo ke zlepšení pověsti úkonů prováděných v nemocničních i jiných zdravotnických zařízeních; především oddělení psychiatrie a psychiatrických léčeben. Zdravotničtí pracovníci by proto měli vyvíjet snahy o nápravu. Každý může alespoň u sebe začít tím, že zvýší svou informovanost o omezovacích prostředcích.

I k tomuto účelu by mohla tato bakalářská práce posloužit, jelikož poskytuje ucelený přehled o restriktivních opatřeních a k nim vztahující se problematice. Čím lepší a širší znalosti má zdravotník o dané problematice, tím kvalitnější péči může poskytnout. Zároveň svými znalostmi o legislativních náležitostech spojených v tomto případě s omezovacími prostředky chrání sám sebe v případě pochybností o správnosti nebo kvalitě poskytování ošetrovatelské péče.

V oblasti managementu a řízení kvality je důležitý výskyt nežádoucích událostí. Dostatečnou



informovaností o správném postupu a následně i správným technickým provedením jakéhokoliv úkonu, použití omezovacího prostředku nevyjímaje, se prostor pro případné chyby personálu a z toho vyplývající vznik nežádoucích událostí eliminuje.

## Soupis bibliografických citací

1. ANON. Amnesty International o lidských právech v České republice: policejní násilí, diskriminace Romů a nedostatečná péče o mentálně postižené osoby. In: *Amnesty International* [online]. 2005 [cit. 2015-04-04].  
Dostupné z: <http://www.amnesty.cz/z284/amnesty-international-o-lidskych-pravech-v-ceske-republicepolicejni-nasili-diskriminace-romu-a-nedostatecna-pece-o-mentalne-postizene-osoby>
2. ANON. Etika: Čtvero základních principů lékařské etiky. [online]. 2014 [cit. 2015-01-03].  
Dostupné z: <http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny/etika#8>
3. ANON. Omezovací prostředky. *Férová nemocnice: Projekt Ligy lidských práv* [online]. 2012 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/omezovaci-prostredky-99.html>
4. ANON. Smrt v síťovém lůžku: Důstojnost má být i pro nemocné. In: *Česká televize* [online]. 2013 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/232981-smrt-v-sitovem-luzku-dustojnost-ma-byt-i-pro-nemocne/>
5. BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, ISBN 9788073685010.
6. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 17. března 2011 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů*. 2004, částka 36.  
Dostupné z: [www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi\\_1792\\_11.htm](http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.htm)
7. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)
8. DAVIES, Gill. *Kompletní historie medicíny*. 1. vyd. Brno: CPress, 2013, ISBN 9788026400998.

9. GUBÁNIOVÁ, Lenka. *Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení*. Zlín, 2012. 91 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D. Dostupný také z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19598/gub%C3%A1niov%C3%A1\\_2012\\_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19598/gub%C3%A1niov%C3%A1_2012_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. JŮN, Hynek. Stanovisko Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím. In: *ASOCIACE PRŮVODCŮ V PROBLEMATICE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ* [online]. 2013 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: [http://www.restrikce.cz/html/stanovisko\\_postranice.html](http://www.restrikce.cz/html/stanovisko_postranice.html)
11. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 8024711516.
12. MARX, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 9788024717159.
13. MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno, 2006. 135 s. Disertační práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky. Dostupný také z: [http://is.muni.cz/th/22985/lf\\_d/Matochova\\_-\\_DP.pdf](http://is.muni.cz/th/22985/lf_d/Matochova_-_DP.pdf)
14. MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, ISBN 9788021047570.
15. PECINA, Tomáš. Výhrada svědomí. In: *Iuridictum: Encyklopedie o právu* [online]. 2008 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: [http://iuridictum.pecina.cz/w/V%C3%BDhrada\\_sv%C4%9Bdom%C3%AD](http://iuridictum.pecina.cz/w/V%C3%BDhrada_sv%C4%9Bdom%C3%AD)
16. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, ISBN 9788024742366.
17. Pracovní postup: Péče o neklidného pacienta/klienta - použití omezovacích prostředků. In: *Česká asociace sester, o. s.* [online]. 2008 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0002\\_revize\\_1.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002_revize_1.pdf)
18. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, ISBN 9788024751269.
19. SLEZÁKOVÁ, Daniela. *Využívání omezujících prostředků v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně*. Brno, 2013. 83 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Straková, Ph.D. Dostupný také z: [http://is.muni.cz/th/381406/lf\\_b/OP\\_me\\_wordik\\_Microsoft\\_Office\\_Word\\_\\_3\\_.txt](http://is.muni.cz/th/381406/lf_b/OP_me_wordik_Microsoft_Office_Word__3_.txt)

20. SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. 1.vyd. Praha: Leges, 2011, ISBN 9788087212721.
21. SVOBODOVÁ, Dita. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, ISBN 9788072625857.
22. ŠEDIVÉC, Vladislav. *Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J. E. Purkyně* [online]. 2008 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: [http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2008\\_3\\_126\\_127.pdf](http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_3_126_127.pdf), ISSN 1212-0383.
23. ŠVARC, Jiří. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008; 9(5): 243-245 [cit. 2015-03-01].  
Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/12.pdf>
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 9788024721705.
25. VĚSTNÍK č. 7/2009, Metodického opatření: Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky, s. 5-6 [online], [cit. 2014-12-25].  
Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3629\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html)
26. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 9788024727639.
27. VRUBLOVÁ, Yvetta. *Etika v ošetrovatelství* [online]. 2006, s. 12 [cit. 2015-01-03].  
Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>

## **Přílohy:**

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Grafické výstupy dat vztahující se k výzkumným otázkám

## Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Grofová a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás touto formou požádat o pravdivé vyplnění následujícího anonymního dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány v rámci mé bakalářské práce zaměřené na využití omezovacích prostředků v ošetrovatelské praxi. V následujícím dotazníku prosím zakroužkujte jednu nejpriléhavější odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Za Vaši spolupráci předem děkuji.

### 1. Setkal/a jste se během své praxe s využitím některého omezovacího prostředku?

- a) Ano
- b) Ne

V případě označení odpovědi „ne“ prosím pokračujte otázkami 11-19.

### 2. Se kterým z následujících omezovacích prostředků jste se již setkal/a? (Můžete zvolit více odpovědí nebo další odpověď dopsat.)

- a) Omezovací popruhy v lůžku - končetinové
- b) Izolace pacienta
- c) Fixace břišním pásem v křesle/lůžku
- d) Síťové lůžko
- e) Postranice
- f) Detence (hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu)
- g) Ochranný kabátek/vesta
- h) Použití psychofarmak
- i) Jiný:.....

### 3. Jak často na svém pracovišti využíváte omezovací prostředky?

- a) Denně
- b) Jednou týdně
- c) Dvakrát týdně
- d) Jednou měsíčně
- e) Jednou ročně
- f) Jiné:.....

### 4. Z následujících možností prosím vyberte, jaké jsou nejčastější důvody k použití omezovacích prostředků na Vašem pracovišti. (Můžete zvolit více odpovědí.)

- a) K zajištění bezpečnosti pacienta (např.: proti vytahování zavedených vstupů)
- b) Autoagresivní chování pacienta
- c) Agresivita vůči okolí
- c) Prevence pádu
- d) Demence/zmatenost

**5. Setkal/a jste se někdy s poškozením pacienta v důsledku použití omezovacích prostředků?**

- a) Ano
- b) Ne

V případě zaškrtnutí odpovědi "ano", prosím, uveďte, o jaké poškození se jednalo.

.....

**6. Setkal/a jste se někdy se situací, kdy byl u pacienta použit omezovací prostředek podle Vašeho názoru neodůvodněně?**

- a) Ano
- b) Ne

Jestliže jste zvolil/a odpověď „ano“, odpovězte prosím na otázku číslo 7.

**7. Jak jste tuto situaci řešil/a?**

- a) Požádal/a jsem lékaře o ukončení použití omezovacího prostředku – úspěšně.
- b) Požádal/a jsem lékaře o ukončení použití omezovacího prostředku – neúspěšně.
- c) Použití omezovacího prostředku jsem ukončil/a sama bez konzultace s lékařem.
- d) O ukončení omezovacích opatření jsou neusiloval/a.
- e) Nechci na tuto otázku odpovídat.

**8. Setkal/a jste se někdy se situací, kdy došlo k nežádoucí události (pád či jiné poškození pacienta), kterému by se podle Vašeho názoru dalo předejít použitím omezovacího prostředku?**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Je na Vašem oddělení obvyklé, že se lékař poradí o použití omezovacích prostředků se službu konající sestrou?**

- a) Naprosto souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Naprosto nesouhlasím

**10. Využil/a jste někdy tzv. výhradu svědomí v souvislosti s omezovacími prostředky?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pojem „výhrada svědomí“ neznám

**11. Jaký z následujících prostředků shledáváte eticky nejméně přijatelným? (Vyberte nebo dopište pouze jednu odpověď.)**

- a) Omezovací popruhy v lůžku - končetinové
- b) Izolace pacienta
- c) Fixace břišním pásem v křesle/lůžku
- d) Síťové lůžko
- e) Postranice
- f) Detence (hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu)
- g) Ochranný kabátek/vesta
- h) Použití psychofarmak
- i) Jiný:.....
- j) Všechny jsou pro mě stejně eticky přijatelné.

**12. Souhlasíte s názorem, že by postranice měly být zařazeny mezi omezovací prostředky a jejich použití by bylo tedy legislativně upraveno podobně jako je tomu např. při kurtování?**

- a) Naprosto souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Naprosto nesouhlasím

**13. Je nelékařský zdravotnický pracovník podle současné platné legislativy kompetentní k indikaci omezovacího prostředku?**

- a) Ne - indikovat je může pouze lékař.
- b) Ano - v případě vyžadujícím neodkladné řešení.
- c) Ano - v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař.

**14. Do zdravotnické dokumentace se dle současné platné legislativy zapisuje omezení:**

- a) trvající déle než 30 min
- b) trvající déle než 6 hod
- c) trvající déle než 24 hod
- d) každé omezení

**15. Jak jsou dle současné platné legislativy stanoveny kontroly stavu pacienta v průběhu omezení?**

- a) Pacient v omezení je sledován nepřetržitě.
- b) Pacient v omezení se kontroluje striktně á 10 min.
- c) Kontroly stavu pacienta v omezení se provádějí dle závažnosti jeho stavu (předepíše lékař do dokumentace).
- d) Pacient v omezení se nemusí kontrolovat, jeho bezpečí je zajištěno právě omezovacími prostředky.



**16. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola zdravotnická – Diplomovaná sestra
- c) Vysoká škola – Bc.
- d) Vysoká škola – Mgr.
- e) V současné době studuji (prosím doplňte).....
- f) Jiné (prosím doplňte).....

**17. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) Méně než rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-15 let
- e) 16-20 let
- f) 21 a více let

**18. Jakého typu je Vaše pracoviště?**

- a) Standartní oddělení
- b) Oddělení intenzivní medicíny
- c) Zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných

**19. Máte nějakou zajímavou zkušenost/připomínku související s omezovacími prostředky, kterou byste chtěl/a uvést?**

.....

.....

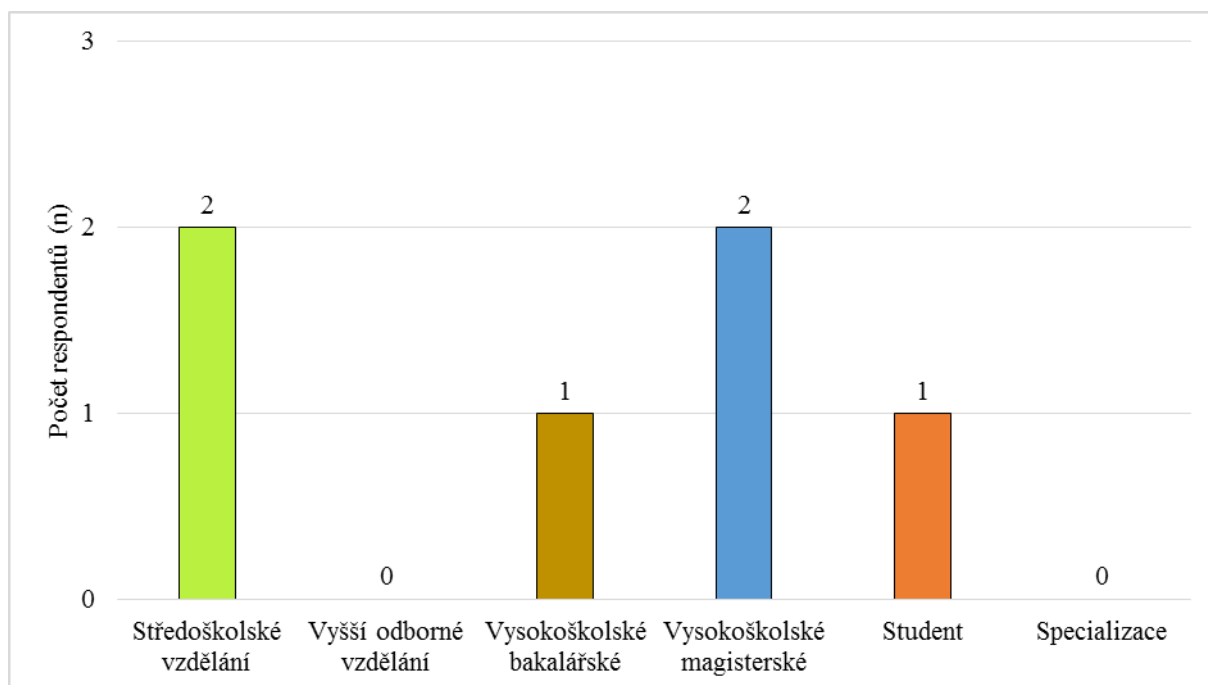
.....

.....

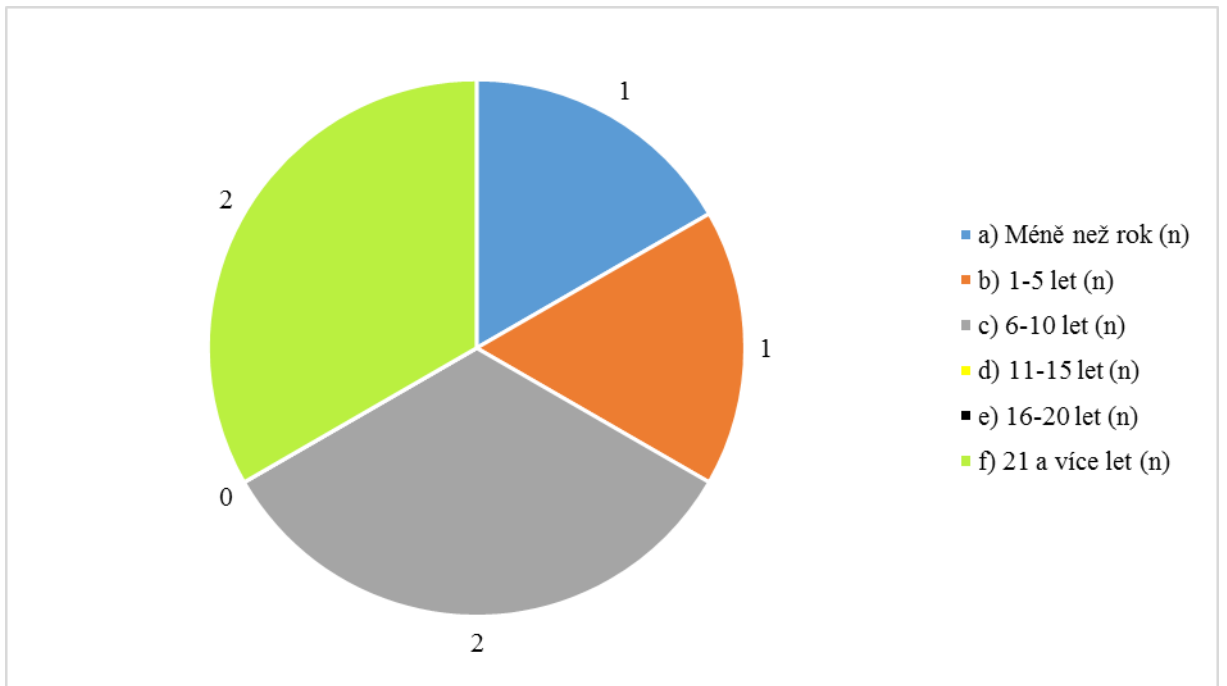
## Příloha 2: Grafické výstupy dat vztahující se k výzkumným otázkám

Tabulka 6 Týmová spolupráce při indikaci restrikce – rozložení odpovědí dle typu respondentova oddělení

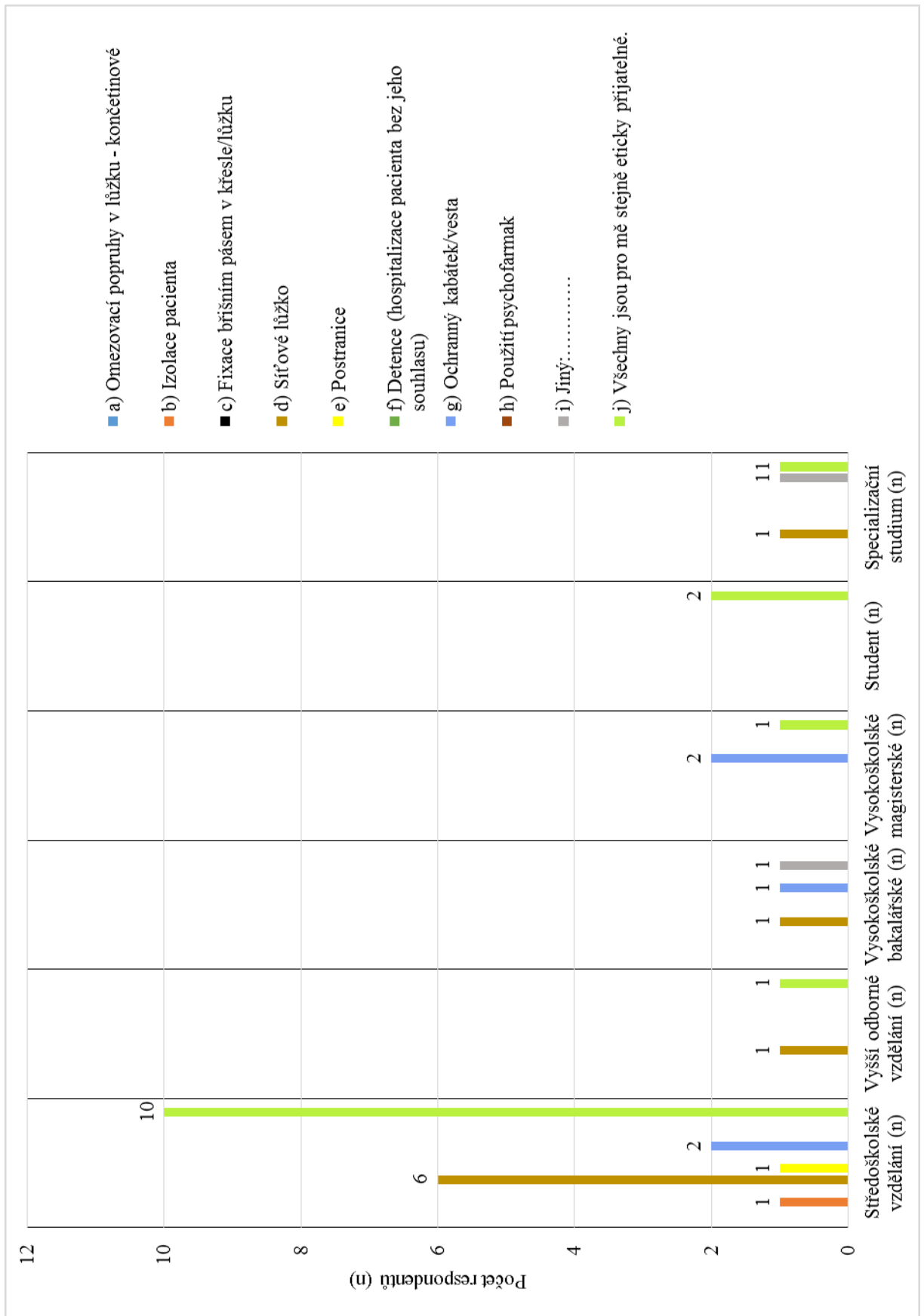
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Standartní oddělení (n)	Oddělení intenzivní medicíny (n)	Zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných (n)
a) Naprosto souhlasím	14	44%	8	3	3
b) Spíše souhlasím	6	19%	5	1	0
c) Nevím	1	3%	0	1	0
d) Spíše nesouhlasím	9	28%	7	2	0
e) Naprosto nesouhlasím	2	6%	2	0	0



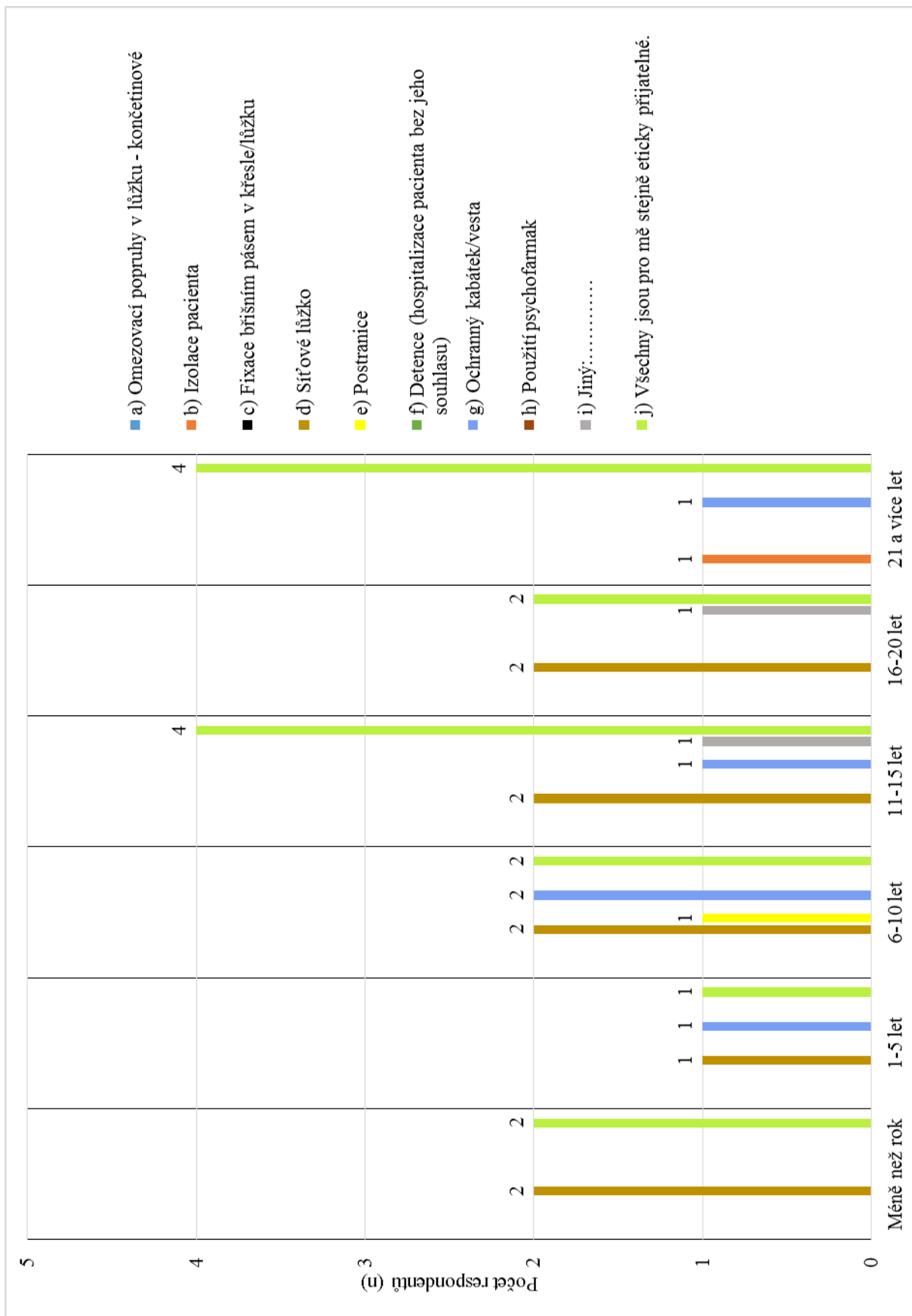
Obrázek 14 Graf využití výhrady svědomí v souvislosti s restrikcí – rozložení odpovědí z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondenta



**Obrázek 15** Graf využití výhrady svědomí v souvislosti s restrikcí – rozložení odpovědí dle délky respondentovy praxe ve zdravotnictví



Obrázek 16 Graf názorů na nejméně přijatelný omezovací prostředek – rozložení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů



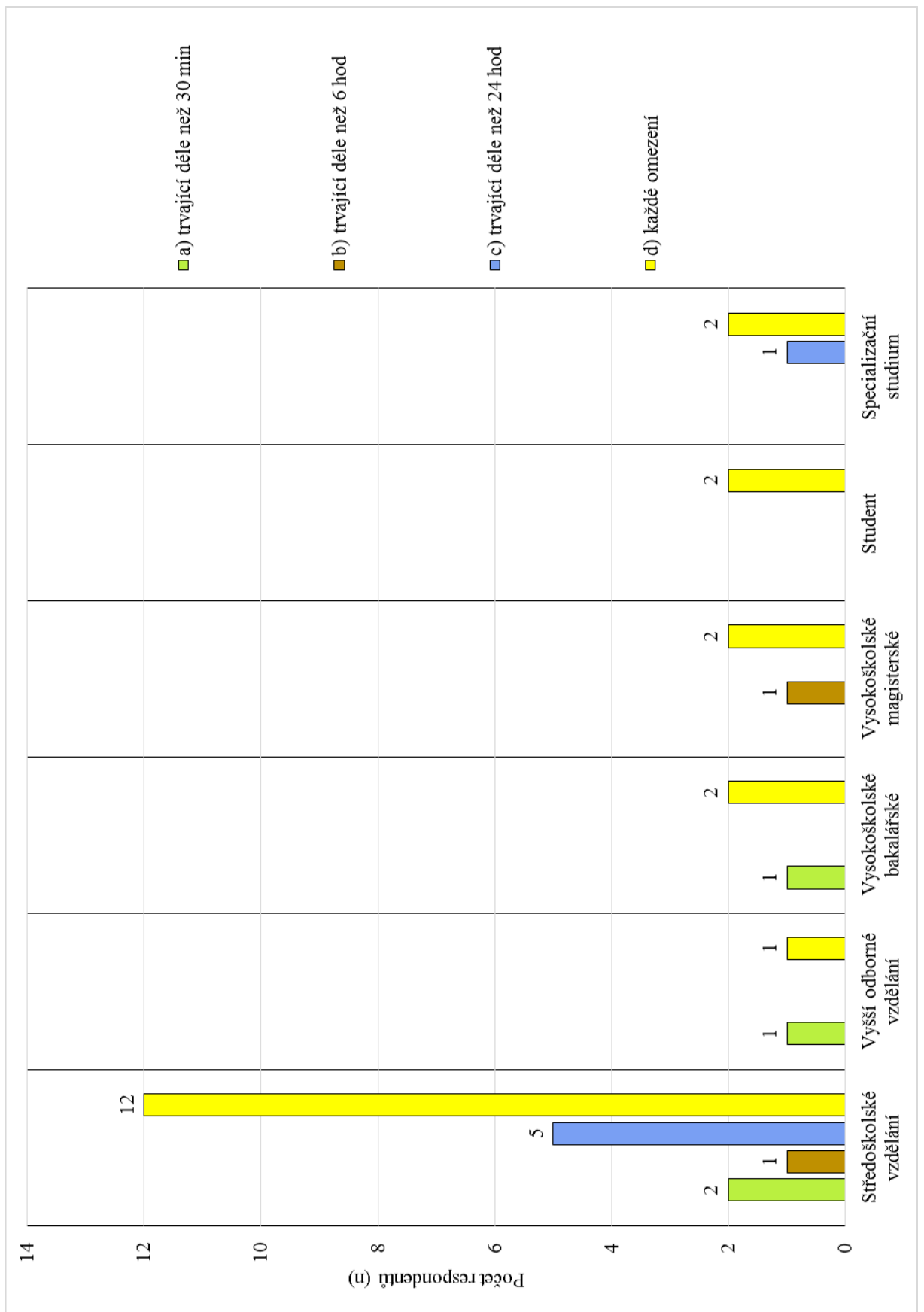
Obrázek 17 Graf názorů na nejméně přijatelný omezovací prostředek – rozložení z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví

**Tabulka 7 Kompetence NLZP k indikaci restrikce – rozložení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů**

	SŠ (n)	VOŠ (n)	VŠ – Bc. (n)	VŠ – Mgr. (n)	Student (n)	Specializace (n)
a) Ne - indikovat je může pouze lékař.	8	0	3	1	2	2
b) Ano – v případě vyžadujícím neodkladné řešení.	11	2	0	2	0	1
c) Ano – v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař.	0	0	0	0	0	0

**Tabulka 8 Kompetence NLZP k indikaci restrikce – rozložení z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví**

	Méně než rok (n)	1-5 let (n)	6-10 let (n)	11-15 let (n)	16-20 let (n)	21 a více let (n)
a) Ne - indikovat je může pouze lékař.	3	2	2	5	2	3
b) Ano - případě vyžadujícím neodkladné řešení.	1	1	5	3	3	3
c) Ano – v indikaci omezovacích prostředků je stejně kompetentní jako lékař.	0	0	0	0	0	0

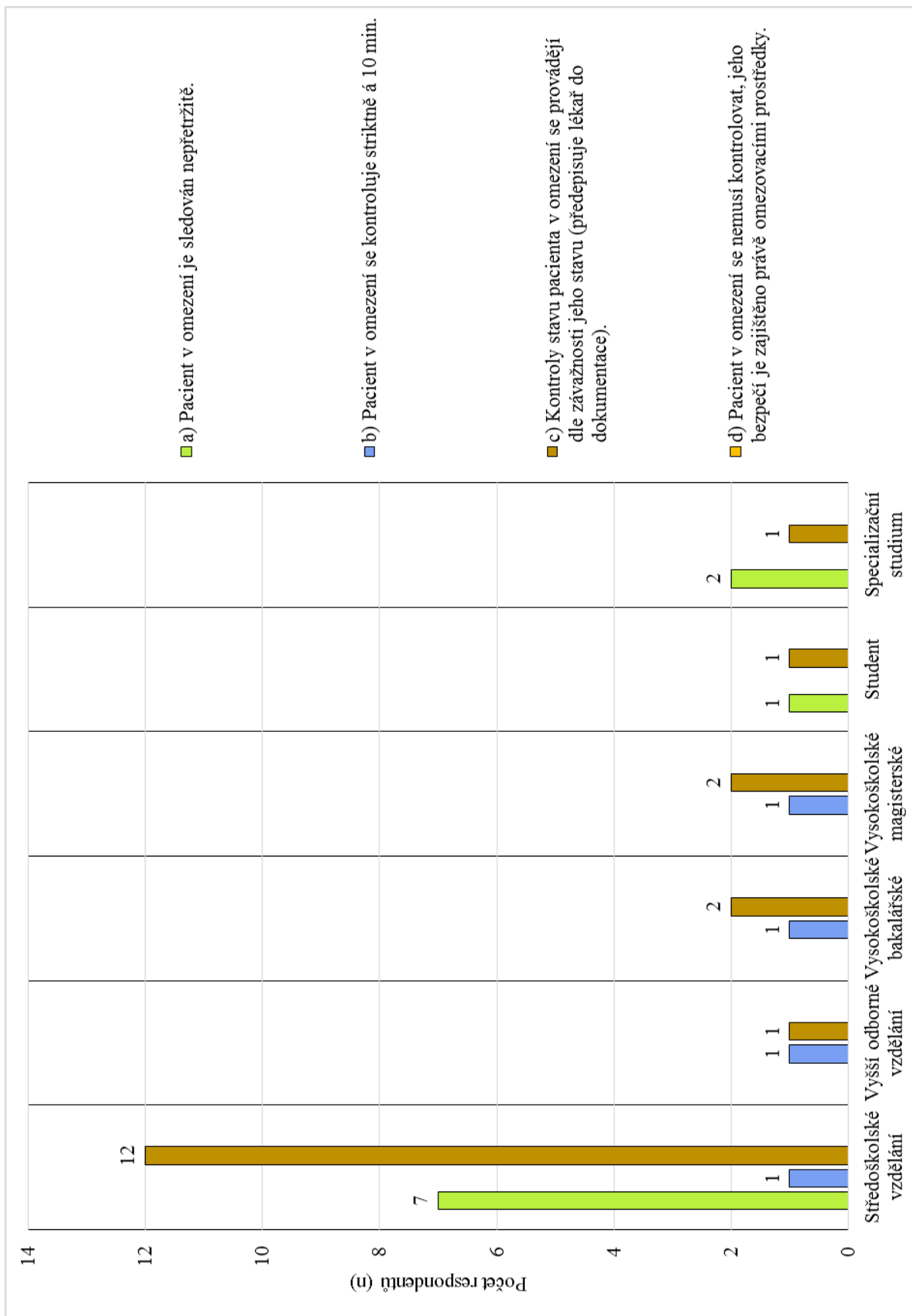


Obrázek 18 Graf zápisu restrikce do zdravotnické dokumentace – rozložení odpovědí z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

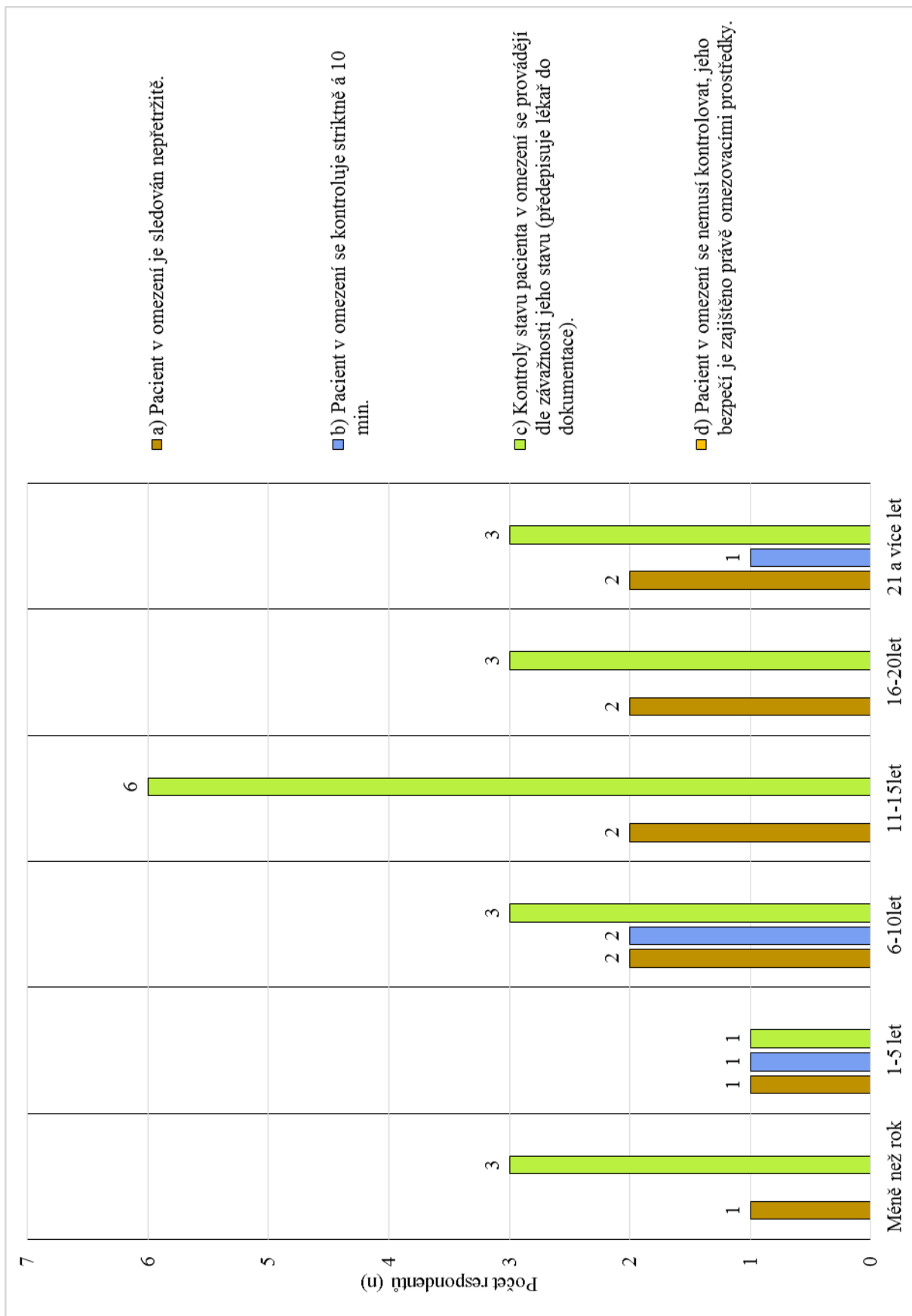
**Tabulka 9 Zázpis restrikce do zdravotnické dokumentace – rozložení odpovědí z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví**

	Méně než rok	1-5 let	6-10let	11-15let	16-20let	21 a více let
a) trvající déle než 30 min	0	0	1	1	0	2
b) trvající déle než 6 hod	1	0	1	0	0	0
c) trvající déle než 24 hod	1	2	1	0	1	1
d) každé omezení	2	1	4	7	4	3





Obrázek 19 Graf stanovení frekvence kontrol pacienta v restrikci – rozložení odpovědí z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů



Obrázek 20 Graf stanovení frekvence kontrol pacienta v restriktci – rozložení odpovědí z hlediska délky respondentovy praxe ve zdravotnictví