

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII  
V ČESKÉ REPUBLICE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LENKA FAJFRLÍKOVÁ**

**Praha 2014**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII  
V ČESKÉ REPUBLICE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA FAJFRLÍKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2014



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Fajfrlíková Lenka**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Použití omezovacích prostředků v psychiatrii v České republice

*Using of Restraintuse in Psychiatry in Czech Republic*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 2. 9. 2013

  
prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

## **ABSTRAKT**

FAJFRLÍKOVÁ, Lenka. *Omezovací prostředky v psychiatrii v České republice*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha, 2014. 82 s.

Tématem bakalářské práce jsou omezovací prostředky v psychiatrii. Teoretická část obsahuje základní definici psychiatrie, možnosti léčby duševních poruch a dále pak detailní popis každého omezovacího prostředku, s přesným procesem, jak správně postupovat při každé vybrané metodě. Na konci teoretické části je popsán projekt Eunomia, který vznikl pro vědecké podložení důležitosti restriktivních metod.

Praktická část je pojata jako výzkumné šetření s cílem popsat použití restriktivních metod v PN Bohnice. Metodou polostrukturovaných rozhovorů je popsáno subjektivní hodnocení pacientů, u kterých byla použita některá z restriktivních metod. Dále pak je provedeno srovnání těchto subjektivních hodnocení pacientů, záznamů ve zdravotnické dokumentaci uvedených pacientů a platného standardu na Omezovací prostředky pro PN Bohnice.

**Klíčová slova:** Eunomia. Psychiatrie. Psychiatrické ošetřovatelství. Restriktivní metody.

## **ABSTRACT**

FAJFRLÍKOVÁ, Lenka. *Using of restraint use in psychiatry in Czech republic*.  
Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D., Prague 2014. 82 p.

The topic of the bachelor thesis are restrictive practices in psychiatry. The theoretical part includes the basic definition of psychiatry, the possibilities of treating mental disorders, and a detailed description of each restrictive practice, along with the specific procedure relevant for each chosen method. The theoretical part is concluded with a description of the Eunomia project which was designed to scientifically substantiate the importance of restrictive practices.

The aim of the practical part of the thesis is to survey the application of restrictive practices in the Psychiatric Hospital Bohnice. Using semi-structured interviews, we report subjective evaluations of patients who underwent some of the restrictive practices. Furthermore, the patients' subjective evaluations are compared with their medical records, as well as the effective Standard for the Use of Restrictive Practices in the Psychiatric Hospital Bohnice.

Key words: Eunomia. Psychiatry. Psychiatric care. Restrictive practices.

# Obsah

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>2. PSYCHIATRIE .....</b>	<b>11</b>
<b>3. MOŽNOSTI LÉČBY DUŠEVNÍCH PORUCH.....</b>	<b>13</b>
3.1. Psychoterapie .....	13
3.2. Psychofarmakoterapie.....	13
3.3. Biologická terapie .....	14
3.4. Psychiatrická rehabilitace a socioterapie.....	14
3.5. Omezovací prostředky .....	15
<b>4. OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY .....</b>	<b>16</b>
4.1. Základní principy .....	16
4.2. Dokumentace.....	16
<b>5. OMEZENÍ PACIENTA V POHYBU OCHRANNÝMI PÁSY NEBO KURTY18</b>	
5.1. Indikace .....	18
5.2. Ošetrovatelská péče před omezením pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty .....	18
5.3. Ošetrovatelská péče při omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty .....	19
5.4. Ošetrovatelská péče po ukončení omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty.....	19
5.5. Komplikace u omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty .....	20
5.6. Materiální, organizační a personální předpoklady.....	20
<b>6. UMÍSTĚNÍ PACIENTA V MÍSTNOSTI URČENÉ K BEZPEČNÉMU POHYBU - TERAPEUTICKÁ IZOLACE PACIENTA.....</b>	<b>22</b>
6.1. Indikace .....	22

6.2.	Ošetrovatelská péče před umístěním pacienta do terapeutické izolace .....	23
6.3.	Ošetrovatelská péče o pacienta umístěného v terapeutické izolaci.....	23
6.4.	Ošetrovatelská péče po ukončení izolace .....	24
6.5.	Komplikace .....	24
6.6.	Materiální, organizační a personální předpoklady.....	25
<b>7.</b>	<b>UMÍSTĚNÍ PACIENTA V SÍŤOVÉM LŮŽKU .....</b>	<b>26</b>
7.1.	Indikace .....	27
7.2.	Ošetrovatelská péče u pacienta před umístěním do síťového lůžka.....	27
7.3.	Ošetrovatelská péče u pacienta umístěného v síťovém lůžku .....	27
7.4.	Ošetrovatelská péče po ukončení umístění v síťovém lůžku.....	28
7.5.	Materiální, organizační a personální předpoklady.....	28
7.6.	Komplikace .....	28
<b>8.</b>	<b>OMEZENÍ PACIENTA PSYCHOFARMAKY .....</b>	<b>30</b>
8.1.	Nejčastěji užívaná medikace při omezení pacienta psychofarmaky .....	31
8.1.1.	Benzodiazepinová anxiolytika .....	31
8.1.2.	Antipsychotika .....	31
<b>9.</b>	<b>OMEZENÍ PACIENTA POMOCÍ OCHRANNÉHO KABÁTKU .....</b>	<b>33</b>
<b>10.</b>	<b>ÚCHOP PACIENTA ZDRAVOTNICKÝMI PRACOVNÍKY NEBO JINÝMI OSOBAMI K TOMU URČENÝMI POSKYTOVATELEM.....</b>	<b>34</b>
<b>11.</b>	<b>DETENČNÍ ŘÍZENÍ.....</b>	<b>35</b>
<b>12.</b>	<b>PROJEKT EUNOMIA.....</b>	<b>37</b>
12.1.	Výsledky výzkumu v České republice .....	37
12.2.	Závěr projektu Eunomia .....	38



<b>13. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>40</b>
<b>13.1. Kvalitativní průzkum.....</b>	<b>40</b>
13.1.1. Volba vzorku, vstup do terénu .....	40
<b>13.2. Pacient J. B. ....</b>	<b>42</b>
13.2.1. Epikríza pacienta J. B. ....	42
13.2.2. Rozhovor s pacientem J. B.....	42
13.2.3. Záznam z chorobopisu pacienta J. B. ze dne 26. 11. 2013.....	45
<b>13.3. Pacient P. N.....</b>	<b>47</b>
13.3.1. Epikríza pacienta P. N.....	47
13.3.2. Rozhovor s pacientem P. N.....	47
13.3.3. Záznam z chorobopisu pacienta P. N. ze dne 13. 12. 2013.....	49
<b>13.4. Pacient K. N. ....</b>	<b>54</b>
13.4.1. Epikríza pacienta K. N. ....	54
13.4.2. Rozhovor s pacientem K. N. ....	54
13.4.3. Záznam pacienta K. N. z chorobopisu ze dne 31. 5. 2013 .....	57
<b>13.5. Analýza zjištěných dat .....</b>	<b>63</b>
13.5.1. Analýza polostrukturovaných rozhovorů .....	63
13.5.2. Porovnání platného standardu s výpověďmi pacienta P. N. a K. N. a záznamy v chorobopise ..	66
<b>14. DISKUSE: .....</b>	<b>73</b>
<b>15. ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
<b>16. SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>75</b>

## **PŘÍLOHY**

# 1. Úvod

Omezovací prostředky jsou velmi aktuální, probírané téma. V psychiatrické literatuře se o restriktivních metodách zmiňují velmi okrajově, ale z medií se dozvídáme o omezovacích prostředcích většinou pouze negativní informace, což vede k vytvoření nejrůznějších stigmat. Cílem bakalářské práce je určitá stigmata vyvrátit a obhájit důležitost omezovacích prostředků. Práci lze také využít jako zdroj informací o psychiatrii a restriktivních metodách pro nelékařské zdravotnické pracovníky, případně další zainteresované odborníky pracující s pacienty trpícími psychickou poruchou.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V začátku teoretické části je shrnuta obecně psychiatrie jako vědní obor. Vzhledem k tomu, že užití omezovacích prostředků se používá až jako nejkrajnější terapeutická metoda, druhá kapitola se zabývá ostatními možnostmi léčby duševních poruch. V dalších kapitolách jsou popsány všechny omezovací prostředky, které jsou v České republice, dle zákona 372/2011 Sb., povoleny (tato bakalářská práce je vypracována na základě zákonů, které byly platné k 15. 3. 2014). U každé restriktivní metody je podrobně rozepsaná indikace, ošetrovatelská péče u pacienta před, během a po použití dané restriktivní metody, možné komplikace a materiální, organizační a personální předpoklady. Další kapitola obsahuje průběh detenčního řízení. „Detence je jedním ze způsobů omezení práva na osobní svobodu jednotlivce, a to nuceným pobytem ve zdravotnickém zařízení“ (KAŠPÁRKOVÁ, 2006, s. 138), a proto k tomuto tématu neodmyslitelně patří. Poslední kapitolou teoretické části je projekt Eunomia, který vznikl pro vědecké podložení důležitosti užívání restriktivních metod. V průběhu kvalitativního výzkumu byly prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, třem vybraným pacientům z PN Bohnice, pokládány otázky ohledně detenčního řízení a omezovacích prostředků. V praktické části jsou tyto rozhovory popsány spolu se záznamy z chorobopisů u daných pacientů a standardem o užití omezovacích prostředků platným pro Psychiatrickou Nemocnici Bohnice.

Výstupem bakalářské práce je srovnání praxe užití restriktivních metod a platného standardu o užití omezovacích prostředků PN Bohnice, které lze využít pro zkvalitnění péče v tomto zdravotnickém zařízení.

## 2. Psychiatrie

“Psychiatrie je v klasickém pojetí lékařskou vědou, která se zabývá příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch a chorob. Ty se mohou vyskytovat v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí (porucha myšlení, emocí atd.) verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi. Vznikají na podkladě poruch biologických funkcí, stejně jako pod vlivem nepříznivých psychologických nebo sociokulturních faktorů a jejich vzájemného působení” (ZVOLSKÝ a kol., 1995 s. 5)

I když doklady o existenci jedinců, kteří byli svými současníky označováni za blázny či šilence, lze najít bezesporu i v nejstarších historických pramenech (CHROMÝ, 1990), je psychiatrie jako vědní obor poměrně nový a vědecké začátky nalezneme až na přelomu 18. a 19. století. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Již kolem roku 1900 před Kristem vznikl nejspíše nejstarší lékařský dokument Eberův papyrus, kde najdeme záznamy popisující specifický syndrom, jako je deprese. Dokonce i v Bibli se píše o králi Saulovi, jenž trpí těžkou depresí, kterou David mírní hrou na lyru. (ZVOLSKÝ a kol., 1995)

Ve starověku považovali lidé psychiatrické onemocnění za boží trest, či posedlost démonem, a proto se toto pojetí duševních poruch nazývalo démonologií. (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2002)

Egyptské a řecké lékařství se velmi podílelo na celkovém vývoji péče o duševně nemocné.

Duševně nemocní lidé v Egyptě měli jako své útočiště chrámy, kde například při léčbě takzvané melancholie probíhaly různé hry a tělesná cvičení všeho druhu. (BABIÁKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Hippokrates z Kósu, nejslavnější lékař starověku a takzvaný otec medicíny jako první tvrdil, že duševní poruchy jsou chorobami mozku, ale aplikoval jen somatickou léčbu. Hippokratova teze byla, že duševní poruchy mají příčinu v nadbytku z některých tělesných šťáv, a proto je léčil projímadly, dávidly, či pouštěním žilou. Jako první také zjistil, že duševní choroby se mohou projevit u matek po porodu a že pokud má pacient dlouhodobé úzkostné stavy, mohou přejít v takzvanou melancholii. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)

Za dob středověku se snažili duševně nemocné někde takzvaně odklidit. Jeden z příkladů, jak se lidé psychiatricky nemocných zbavovali, bylo vyhnání duševně nemocných do lesů,

nebo jejich umístění na loď, která plula údajně po říčních cestách Vlámka a Poryní a nazývala se Opilý koráb. V Norimberské kronice také najdeme záznamy o Věži bláznů, která měla fungovat jako galerie a zdraví lidé se do této věže chodili koukat na duševně choré. Středověk byl asi nejmudnější období v dějinách psychiatrie, protože právě v tomto čase se rozvinula myšlenka, že duševně choří lidé jsou posednutí démonem, a proto se musí upálit. Zemřeli tak tisíce nevinných lidí. (ŠEDIVÉC, 2008)

Významným dnem pro psychiatrii bylo 11. září 1793, kdy Phillipe Pinel, pařížský lékař, vyvedl z podzemních kopek duševně choré na světlo a vzduch a poskytl jim ošetrovatelskou a lékařskou péči a právo na osobní svobodu. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Na konci 18. století již začali vznikat instituce psychiatrických léčeb, kdy se ve všeobecných špitálech vydělovali první ústavy pro léčení duševně chorých. (ČERNOUŠEK, 1994)

Přelom 19. a 20. století je pro psychiatrii důležitý díky zrodu systematické psychoterapie a vzniku psychoanalýzy. V tomto období je: „na duševní chorobu nazíráno jako na patologický výsledek konfliktních nitroduševních sil, které zrcadlí i patologii sil společenských.“ (ČERNOUŠEK, 1994, s. 28)

V první čtvrtině 20. století psychiatrie vystoupila ze svého stínu, vzniklo takzvané Hnutí mentální hygieny, kde byly definovány pozitivní poznatky o tom, jak si udržet své duševní zdraví a jak se ubránit možnostem psychické dezintegrace. (ČERNOUŠEK, 1994)

Po skončení druhé světové války byl objeven chlorpromazin, první účinná psychotropní látka a tímto objevem začala důležitá éra v oblasti psychiatrie a to psychofarmakologie.

### **3. Možnosti léčby duševních poruch**

Psychiatrie má více možností, jak duševně nemocného léčit. Nejlepší je však takzvaná komplexní léčba, kdy se snažíme využít všechny dostupné a pro pacienta vhodné léčebné prostředky. Užití omezovacích prostředků se používá až jako krajní řešení, kdy všechny ostatní terapeutické metody selhaly.

#### **3.1. Psychoterapie**

Jednou z důležitých terapeutických metod u duševně nemocných je psychoterapie.

Psychoterapie, jako samostatný vědní obor, vznikl ve 20. století a za zakladatele této terapeutické metody se považuje P. Janet, jenž se věnoval hlavně hypnotickým technikám a S. Freud, zakladatel psychoanalýzy. (VYMĚTAL a kol., 2004)

Psychoterapie je takzvaný transdisciplinární obor, protože se v ní prolíná hned několik oborů. Jsou to medicína, psychologie a poradenství. Psychoterapeut se při své práci opírá o psychologické poznatky a soustředí se zejména na duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nelze považovat za ideální, a se souhlasem pacienta se je snaží společně měnit. (HERMAN, PRAŠKO, DOUBEK, HOVORKA, 2007) „Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý ochraňující prostor, ve kterém se nemocný může projevit- vyjádřit, co ho trápí. Psychoterapeut je takzvaným lidským průvodcem pro duševně choré, který svým pochopením umožní uklidnit se a postupně porozumět souvislostem.“ (PRAŠKO a kol., 2001, s. 33)

#### **3.2. Psychofarmakoterapie**

Další důležitou metodou je psychofarmakoterapie. První účinná látka- chlorpromazin, byla objevena po druhé světové válce a tímto objevem začala důležitá éra v oblasti psychiatrie a to psychofarmakologie. (ČERNOUŠEK, 1994)

Psychofarmaka jsou ty léky, u kterých je očekávaným výsledkem změna psychického stavu.

„Cílem psychofarmakoterapie je vytvořit logickou léčebnou strategii, která se řídí určitými obecnými pravidly.“ (HÖSCHL, SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, 2004, s. 50) Psychofarmakologický zásah by měl být aplikován společně s behaviorálními a psychologickými interevnecemi. (LÁTALOVÁ, 2013) I když se psychofarmakologie považuje za základ léčby duševních

poruch, k úplnému uzdravení většinou nedostačuje. Důležité jsou i jiné formy léčby jako je výše uvedená psychoterapie a podobně. (HOSCHL, SEIFERTOVÁ, PRÁŠKO, 2004)

Psychofarmaka obsahují rozsáhlou skupinu léků, ale s odlišnou chemickou strukturou, účinkem a indikací. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Nejčastěji užívané psychiatrické medikamenty jsou psychostimulancia, antidepressiva, anxiolytika, thymoprofylaktika, antipsychotika, neuroprotektiva a kognitiva a léčiva používaná v léčbě závislosti na opioidech, alkoholu a tabáku. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### **3.3. Biologická terapie**

K léčbě některých duševních poruch můžeme využít také biologickou terapii. První stimulační šokové metody vznikly na začátku 20. století. Hojně se využívala například malarioterapie, inzulínová komata, či metrazolové konvulze. Roku 1937 se použila do dnes známá, užívaná a uznávaná léčebná metoda- elektrokonvulzivní terapie. Nejdříve se zkoušela na prasatech a o rok později poprvé u neznámého tuláka, trpícím autismem, který se ze své psychózy díky této léčbě zotavil. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Právě elektrokonvulzivní terapie patří mezi nejznámější biologickou terapii. Při tomto léčebném zákroku aplikujeme pacientovi střídavý proud do mozku za pomoci elektrod, které jsou přiloženy na spánkové krajiny. Pacient je při průběhu elektrokonvulzivní terapie v krátkodobé celkové anestezii. Výkon musí být prováděn pod dohledem anesteziologa, anesteziologické sestry, psychiatra a proškolené sestry. Tato metoda se doporučuje zejména pacientům s depresivní poruchou. Dále pak u schizofrenních a schizoafektivních pacientů, u pacientů postižených neuroleptickým syndromem, či katatonními stavy a v neposlední řadě u manických pacientů. (FLEKOVÁ, 2008)

Další méně užívané biologické terapeutické metody jsou repetitivní transkraniální magnetická stimulace, vagová stimulace, fototerapie a pak takzvané experimentální metody, kam spadá magnetická konvulzivní terapie a hluboká mozková stimulace. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### **3.4. Psychiatrická rehabilitace a socioterapie**

Pokud má být pacient léčen komplexně a moderně nesmíme zapomenout právě na psychiatrickou rehabilitaci a socioterapii. Už v roce 1796 v Anglii založil bývalý obchodník

W. Tuke ústav pro duševně choré nového typu a roku 1820 ve Francii, Pinelův žák, J. D. Esquirol založil při svém sanatoriu pro duševně choré také pracovní dílny. Roku 1927-1928 H. Simon z Anglie publikoval Zásady aktivní terapie duševně nemocných a založil tím novou terapeutickou metodu- socioterapii. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Cílem psychiatrické rehabilitace a socioterapie je zařazení psychiatricky nemocného pacienta do normálního života. Zároveň je zde snaha o zkvalitnění života pacienta a zlepšení sebevědomí při zvládnání každodenních činností. (BOUČEK, 2004)

Je mnoho možností jak dosáhnout kýženého výsledku. Často užívaná terapie je léčebná rehabilitace, kam spadá arteterapie (umělecky zpracované vyjádření emocí), kinezioterapie (léčba pohybem a sportem) a takzvané fyzikální léčby jako je balneoterapie (vodoléčba), nebo helioterapie (léčba světlem). Dále se pacient může zúčastnit pracovní rehabilitace, rehabilitace sociálně-psychologické a pedagogické, rehabilitace sociálně-psychologické a v neposlední řadě lázeňské léčby v psychiatrii. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

### **3.5.Omezovací prostředky**

Dalším způsobem léčby duševních poruch jsou již zmiňované omezovací prostředky, které jsou hlavním tématem této práce a je jim proto věnována celé následující kapitola

## 4. Omezovací prostředky

Omezovací prostředky spadají pod terapeutické a preventivní opatření, kdy dojde k omezení volného pohybu a chování pacienta. „Omezovacími prostředky zasahujeme do lidských práv a důstojnosti, nicméně jejich používání má v psychiatrii doposud své nezastupitelné a nezbytné místo.“ (ANDERS, HELLEROVÁ, PRÁŠKO, RABOCH, 2006, s. 51)

### 4.1. Základní principy

Pro jakékoliv terapeutické omezení pacienta jsou dány základní principy

- Zásady všech terapeutických omezení jsou totožné pro všechna zařízení a platí za jakékoliv situace
- Všechna psychiatrická zařízení musí mít standart pro užití omezovacích prostředků
- Omezovací prostředky používáme pouze jako krajní řešení dané situace
- U pacienta, který je jakkoliv terapeuticky omezen musí bezpodmínečně probíhat komplexní ošetrovatelská péče
- Ošetrovatelský tým spolupracuje s lékaři a přesně plní jejich ordinace (ANDERS, HELLEROVÁ, PRÁŠKO, RABOCH, 2006)

### 4.2. Dokumentace

Při užití jakékoliv restriktivní metody musí sestra i lékař vše řádně dokumentovat.

Zápis v dokumentaci musí obsahovat:

- Důvody, které vedly k užití omezovacího prostředku a stav pacienta
- Čas kdy došlo k omezení pacienta
- Ordinace lékaře, ošetrovatelský postup po dobu užití restriktivní metody
- Pokud je lékařem ordinovaná medikace, zapsat čas, kdy došlo k podání medikace, jaký to byl druh léku, dávka a způsob podání
- Průběžné zhodnocování stavu pacienta
- Zápis ošetrovatelských postupů, které byly provedeny u pacienta jako například hygiena, příjem potravy a tekutin a podobně
- Návštěvy u pacienta



- Čas kdy bylo ukončení užití omezovacího prostředku a popsání stavu pacienta
- Podpis lékaře a personálu, kteří byli odpovědni za terapeutické omezení pacienta
- Informace o tom, že byl pacient před, v průběhu nebo po ukončení aplikace omezovacího prostředku seznámen s důvody užití restriktivní metody (ANDERS, HELLEROVÁ, PRÁŠKO, RABOCH, 2006)

V České republice jsou dle zákona 372/2011 Sb. povoleny tyto omezovací prostředky: úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, umístění pacienta v síťovém lůžku, farmakologické omezení pacienta a ochranný kabátek.

## **5. Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty**

Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty rozumíme krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku, za použití popruhů na horní a dolní končetiny. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Za omezení v lůžku se také považuje stav, kdy jsou omezeny pouze horní či pouze dolní končetiny. Názor na tuto restriktivní metodu je ve světě také velmi odlišný. Například ve Švýcarsku, či Německu je omezení pacienta v lůžku povoleno. (ŠVARC, 2008). Za to v Anglii je přísný zákaz užívání tohoto omezovacího prostředku a to pro nehumánnost. (BEER, PATON, PEREIRA, 2005)

V České republice je toto omezení možné, ale je samozřejmě nutné striktně dodržovat pravidla užití tohoto omezovacího prostředku.

Podle vrchního ošetřovatele Psychiatrické nemocnice v Bohnicích Mgr. Vladimíra Ochraný, který pracuje v sektoru ochranné léčby, by se nemělo přistupovat k tomuto omezení jako k terapeutickému prostředku, ale za účelem aplikace například intramuskulárních tlumících farmak u agresivních pacientů. (OSOBNÍ ROZHOVOR S MGR. VLADIMÍREM OCHRANOU, 27. 11. 2013)

### **5.1. Indikace**

K této restriktivní metodě se přistupuje většinou pro psychomotorický neklid, kdy je možné ohrožení okolí a dále pak při autoagresivních projevech, kdy hrozí riziko sebepoškození či suicidality. Samozřejmě také sledujeme pacienty, u kterých je vysoká pravděpodobnost, že chování pacienta vyústí do výše uvedených projevů.

"Objevují se situace, kdy pacient sám požádá o omezení v lůžku. Této žádosti je po konzultaci s lékařem možno vyhovět, očekává-li se od daného opatření přínos pro pacienta (pomůžeme tím pacientovi zvládnout jednání, které souvisí například s nepříjemnými imperativními halucinacemi)" (PETR, MIKLÓŠ, 2004, s. 10)

### **5.2. Ošetřovatelská péče před omezením pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty**

K omezení pacienta v lůžku přistupujeme jen v momentě, kdy je to nezbytně nutné. Nejdříve se snažíme zvládnout situaci vhodným terapeutickým přístupem, či podáním farmak. Pokud výše psané intervence selžou, je nutný odpovídající počet proškoleného

ošetřovatelského personálu. Snažíme se, aby daná pacifikace pacienta proběhla pro pacienta bezbolestně, bez ztráty důstojnosti a v neposlední řadě bez přítomnosti spolupacientů, či návštěv. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

### **5.3.Ošetřovatelská péče při omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty**

Při omezení v lůžku dbáme samozřejmě na to, aby celá akce byla pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující. Je proto nutné řádně vypodložit popruhy, vhodně napolohovat lůžko, zajistit tepelný i světelný komfort a klidné, nerušené prostředí. Lékař nebo sestra vysvětlí pacientovi, pro něj pochopitelnou formou, důvody pro užití této restriktivní metody a popíše mu následující postup. (BABIAKOVÁ,MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Na počátku omezení sestra změří pacientovi tlak a puls. Pokud to momentálně neumožňuje stav pacienta, jsou tlak a puls změřeny v co nejkratší možné době a dále pak, neurčí-li lékař jinak, každou hodinu. (STANDARD Č. 1, PN BOHNICE, 2003)

Pacientovi je po celou dobu omezení věnována zvýšená péče. Sestra se zejména soustředí na projevy nemocného, které vedly k omezení, na celkové projevy, stav vědomí a prokrvení fixovaných končetin. Dále také sestra pozoruje stav dýchacích cest z důvodu zahlenění, či riziku aspirace. Samozřejmě sestra poskytuje i standartní ošetřovatelskou péči jako je hydratace, vyprazdňování a hygiena. U pacientů omezených na lůžku také hrozí riziko dekubitů, proto sestra vypodloží riziková místa, dále může použít antidekubitní pomůcky a pečuje o kůži pacienta. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Pro pacienta musí být zajištěna dostupnost ošetřovatelského personálu, pro minimalizaci psychické zátěže pacienta. (Návštěvy jsou u této restriktivní metody povoleny. Návštěva však musí být lékařem informována o důvodech použití tohoto omezovacího prostředku a pro bezpečnost se doporučuje pouze krátká návštěva pod supervizí některého ze členů ošetřovatelského týmu. (BABIAKOVÁ,MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

### **5.4.Ošetřovatelská péče po ukončení omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty**

Po ukončení omezení, jsou po dobu minimálně dalších šesti hodin sledovány projevy a chování pacienta. Lékař s pacientem může zpětně projednat důvody, které vedly k jeho omezení. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

## **5.5. Komplikace u omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty**

U omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, může dojít k poranění pacienta nebo někoho ze členů personálu. Může se tak stát v průběhu omezování pacienta, kdy je nutná pacifikace. Jak již bylo výše uvedeno, musí proto být na oddělení odpovídající množství personálu a zákrok musí být přiměřený, organizovaný a rozhodný, aby se takovéto situaci předešlo. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Další z komplikací u této restriktivní metody může být poranění pacienta způsobené utáhnutými popruhy, kdy může dojít k poruše inervace, poruše prokrvení, vzniku trombózy, nebo odřenin. Je proto velmi důležité, aby popruhy byly řádně vypodloženy, a dále jsou nutné časté kontroly ze strany ošetřovatelského týmu.

U pacienta také může hrozit prochladnutí a to z důvodu nezajištění tepelného komfortu.

Pokud pacient není v uzamykatelném pokoji, hrozí poranění pacienta jiným pacientem. Proto se doporučuje, aby omezení v lůžku probíhalo pouze v uzamykatelné místnosti, pod stálým dohledem ošetřovatelského personálu. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Také se může stát, že dojde k psychické traumatizaci pacienta vyplývající z omezení a to bývá často z důvodu nízké informovanosti pacienta ze strany ošetřovatelského personálu, kdy pacient například neví, jak dlouho toto omezení potrvá, necítí se bezpečně a komfortně. Aby se této komplikaci předcházelo, je nutné o všem informovat pacienta, pro něj pochopitelnou formou. Pokud je pacient přikurtovaný za všechny čtyři končetiny, hrozí také riziko aspirace například svými zvratky a podobně. Proto je důležité, aby ošetřovatelský personál zajistil správné nepolohování lůžka a předešel tak této situaci. (BABIÁKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Vyskytne-li se jakákoliv komplikace, je sestra povinna tuto informaci řádně zdokumentovat, oznámit ji ošetřujícímu lékaři a přijmout opatření k řešení situace. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

## **5.6. Materiální, organizační a personální předpoklady**

Pro omezení pacienta v lůžku je důležité, aby byl na oddělení k tomu určený pokoj, který je mimo dosah ostatních pacientů, je uzamykatelný a vybavený buď kamerovým systémem, nebo s proskleným oknem na sesternu, pro kontrolu pacienta. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Dále musí oddělení disponovat omezovacími popruhy na horní a dolní končetiny různé velikosti a vhodným materiálem na vypodložení končetin.

Personální obsazení je velmi individuální a odvíjí se od průběhu situace. Pokud je pacient spolupracující, tak na omezení pacienta stačí dva členové ošetřovatelského týmu. Všeobecně se však doporučuje pět členů, kdy se při pacifikaci každý z týmu stará o jednu pacientovu končetinu a jeden má na starosti pacientovu hlavu.

Samozřejmě je velmi nutné aby byl celý ošetřovatelský tým prošel minimálně jednou za rok školením o užití omezovacích prostředků v praxi. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

## **6. Umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu - terapeutická izolace pacienta**

Terapeutická izolace je samostatná speciální uzamykatelná místnost, kam můžeme umístit pacienta, pokud je nutné mu znemožnit volný pohyb na oddělení.

Umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu je velmi kontroverzní téma po celém světě. V mnoha zemích, jako například v Dánsku, se na tento terapeutický prostředek pohlíží jako na nehumánní a je absolutně zakázán. (ŠVARC, 2008)) Kromě důvodu nehumánnosti se také často poukazuje na to, že umístění pacienta do terapeutické izolace a následné uklidnění např. agresivního pacienta není podpořeno vědeckými důkazy. Dalším z důvodů může být zneužitelnost ze strany ošetrovatelského personálu, kdy se pacienti dostanou do této místnosti za trest nebo z důvodu nízkého obsazení pracovní síly na oddělení. (BEER, PATON, PEREIRA, 2005)

Zastánci tvrdí, že umístění do terapeutické izolace může mít pro některé typy klientů (např. pro agitované pacienty) dobré výsledky, kdy odstraníme klientovi vnější stimuly vyvolávající agitovanost, pacient se cítí v uzavřené místnosti bezpečně a uklidní se (BEER, PATON, PEREIRA, 2005). Další situací, kdy je pro zastávce vhodné umístit pacienta do terapeutické izolace je v momentě, kdy pacient výrazně narušuje terapeutický režim, chod oddělení, nebo své okolí. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

V České republice je umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu povoleno.

Jako jakýkoliv jiný omezující prostředek, tak i terapeutická izolace se používá jen jako krajní řešení dané situace, kdy všechny ostatní terapeutické prostředky (rozhovor, medikace...) selhaly.

### **6.1.Indikace**

Omezení v terapeutické izolaci může indikovat pouze lékař.

Jak již bylo uvedeno v úvodu, do terapeutické izolace se může umístit např. agitovaný pacient, který může podrážděně reagovat na vnější prostředí a svým chováním (motorickým a verbálním neklidem) narušuje klidné prostředí dalších pacientů.

Nejčastěji se však do této místnosti umístí pacienti, kteří zásadně poruší léčebný režim (např. u hrozící otravy z nadměrného příjmu tekutin), klienti, jenž výrazně obtěžují svým

chováním například pacienty, návštěvy a jiné, dále pak z důvodu vystupování klientů které velmi výrazně snižuje jejich lidskou důstojnost a v neposlední řadě na vlastní žádost pacienta. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

## **6.2. Ošetrovatelská péče před umístěním pacienta do terapeutické izolace**

Pokud je to možné, pacientovi jsou vysvětleny důvody pro umístění do terapeutické izolace a je mu umožněno nechat se izolovat dobrovolně bez užití fyzického nátlaku. Jestliže pacient tuto možnost odmítá a je nutný fyzický nátlak, celé provedení akce řídí proškolená všeobecná sestra, která by měla dbát zejména na to, aby byl celý zákrok přiměřený, organizovaný a rozhodný. Další věc, na kterou by se měl ošetrovatelský tým při pacifikaci pacienta soustředit je, že nesmí být používáno bolestivých hmatů ani jiných nehumánních postupů. Po celou dobu zásahu musí být respektována důstojnost pacienta. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Pro bezpečnost pacienta a okolí je také před umístěním do terapeutické izolace bezpodmínečně nutná kontrola osobních věcí, kdy jsou mu odejmuty rizikové předměty, s kterými by mohl ublížit sobě, okolí, či poškodit majetek zdravotnického zařízení (zápalky, opasek, tkaničky od bot aj.). (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

V neposlední řadě personál zajistí také kontrolu terapeutické izolace s ohledem na přítomnost nebezpečných předmětů (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Na oddělení, kde je nutné přistupovat k restriktivním metodám, proto musí být velmi dobře vyškolený ošetrovatelský personál.

## **6.3. Ošetrovatelská péče o pacienta umístěného v terapeutické izolaci**

Pokud nebyla možnost obeznámit pacienta s důvody pro umístění do izolace již dříve a je-li to nyní možné, informuje ho sestra nebo lékař, pro něj pochopitelnou formou, v co nejkratší možné době. Pacienta nezapomeneme seznámit s dalším průběhem a snažíme se mu podat co nejvíce informací snižující jeho napětí.

Po umístění do terapeutické izolace také pacientovi změříme tlak a puls, pokud to neumožňuje aktuální stav pacienta, učiníme tak v co nejkratší možné době a neurčí-li lékař jinak, měříme poté tlak a puls každé tři hodiny. (STANDARD Č. 1, PN BOHNICE, 2003)

U pacienta, umístěného v terapeutické izolaci je velmi důležitá zvýšená pozornost a péče. Soustředíme se zejména na projevy, které vedly k tomuto restriktivnímu prostředku, dále

pak na celkové projevy a chování. Průběžně pacientovi poskytujeme dostatečné množství informací. Kontroly personálu u pacienta jsou nejdéle v jedno hodinových intervalech. Pacientovi samozřejmě poskytujeme i standartní ošetrovatelskou péči, kdy dohlídíme nad dostatečnou hydratací, vyměšováním, hygienou, nebo výměnou osobního a ložního prádla. Dbáme také na tepelný a světelný komfort. V neposlední řadě je také důležitý dohled nad medikací pacienta.

Neurčí-li lékař jinak, jsou návštěvy v terapeutické izolaci možné. Je však důležité, aby lékař seznámil návštěvu daného pacienta s příčinou užití tohoto omezovacího prostředku. Při návštěvě v terapeutické izolaci se také pro bezpečnost doporučuje přítomnost člena ošetrovatelského týmu. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

#### **6.4.Ošetrovatelská péče po ukončení izolace**

Po ukončení izolace lékař s pacientem zpětně pohovoří o důvodech umístění do terapeutické místnosti a je-li to možné, pokusí se společně vymyslet postup, aby se dalo takovýmto situacím příště předcházet. Pacient je nadále zvýšeně sledován minimálně dalších šest hodin.

#### **6.5.Komplikace**

U pacienta, který je umístěn do terapeutické izolace, hrozí poranění cizím předmětem kvůli nedostatečné kontrole před umístěním do této místnosti. Proto je nutné, aby ošetrovatelský tým zkontroloval jak pacienta, tak i terapeutickou izolaci a zajistil tak v tomto směru klidný průběh situace. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Jak již bylo výše uvedeno, jsou nutné časté kontroly u pacienta a to i z důvodu poskytování standartní ošetrovatelské péče. Pokud tomu tak není, hrozí riziko například dehydratace, prochladnutí, tenze a podobně. (Jako z jakéhokoliv jiného omezení, tak i z umístění pacienta do terapeutické izolace může vzniknout traumatizace pacienta. Jako prevence proti této komplikaci se doporučují časté kontroly u pacienta, jak od členů ošetrovatelského týmu, tak i od lékaře, kdy se snažíme o veškerém dalším průběhu informovat pacienta a zajistit mu pocit bezpečí a klidu. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Vyskytne-li se jakákoliv komplikace, je sestra povinna tuto informaci řádně zdokumentovat, oznámit ji ošetřujícímu lékaři a přijmout opatření k řešení situace.



## **6.6. Materiální, organizační a personální předpoklady**

Máme-li aplikovat tuto restriktivní metodu, musíme mít pro to určenou místnost, která splňuje daná kritéria.

Terapeutická izolace musí být uzamykatelná místnost, v blízkosti sesterny, která je nepřístupná ostatním pacientům a do které nemohou nahlížet ostatní pacienti nebo návštěvy. (BABIÁKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Pro zamezení ublížení pacienta je nutné například bezpečné krytí topných těles, použití nerozbitného skla, nebo speciální fólie proti jeho vysypání a celkové odstranění všech nebezpečných předmětů.

Pro kontrolu pacienta by měl být zajištěn adekvátní způsob monitorování pacienta buď panoramatickým kukátkem pro personál, nebo kamerovým systémem s výstupem do pracovny sester.

Samozřejmě musí být v této místnosti zajištěn tepelný a světelný komfort. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Dle Mgr. Vladimíra Ochrany tato místnost nemusí být vypořstovaná. Svůj názor obhajuje tím, že do této místnosti nepatří agresivní pacient, a proto není důvod k polstrování izolace. (OSOBNÍ ROZHOVOR S Mgr. VLADIMÍREM OCHRANOU, 2013)

Personální obsazení je opět velmi individuální a záleží na spolupráci s pacientem. Všeobecně se však doporučuje opět pět členů z ošetřovatelského týmu, kteří jsou řádně proškoleni.

## 7. Umístění pacienta v síťovém lůžku

Umístění pacienta v síťovém lůžku je omezení jeho volného pohybu ve speciálním lůžku se sítí.

Otázka klecových a síťových lůžek vzbuzuje už delší dobu pozornost. V roce 2004 Střediska pro práva lidí s mentálním postižením (MDAC - Mental Disability Advocacy Center) začala poukazovat na tuto problematiku s tím, že Česká republika je jedinou z evropských zemí, která v ústavech sociální péče tato lůžka stále používá. Toto restriktivní opatření jim přijde jako nejméně humánní terapeutická metoda, a dávají přednost farmakologické léčbě. Bývalý ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice (dříve Psychiatrické léčebny Bohnice) MUDr. Ivan David, pro Český rozhlas 2 v roce 2006 uvedl, že z pohledu kvality života pacienta upřednostňuje fyzické omezení pacienta vzhledem k tomu, že velké dávky psychiatrických farmak mají velmi tlumivý efekt na dlouhou dobu. S tímto stanoviskem také souhlasil i prezident Svazu pacientů České republiky Luboš Olejář, který pro ten samý rozhovor pro Český rozhlas 2 v roce 2006 řekl: "Byli jsme vyzváni Mezinárodní aliancí patientských organizací se sídlem v Londýně k podání informace o používání klecových a síťových lůžek v České republice. Dozvěděli jsme se přitom, že v zemích západních Evropy se k uklidňování pacientů hojně využívají sedativa. My se naopak domníváme, že tato cesta by měla být opuštěna. Proto jsme do Londýna sdělili, že nevidíme řešení v tom, dát pacientům medikamenty a tím je zklidnit a vlastně více udržovat ve stavu nepřítomném, než ve stavu bdícím. Také jsme poskytli informaci, že jsme za to, aby v případě potřeby nouze, se věc řešila raději síťovým lůžkem než napíchním uklidňujících léků." (ČESKÝ ROZHLAS, 2012)

V roce 2007 vyšel v platnost Zákon o sociálních službách, kde tato terapeutická metoda není uvedena mezi omezovacími prostředky. Jako náhrada za tato lůžka se doporučují samostatné vypořstrované místnosti, kam je možné pacienta umístit. Tento zákon se však netýká psychiatrických léčeben. Klecová lůžka jsou sice také zakázaná, ale síťová se používat mohou.

I přesto se užívání síťových lůžek v psychiatrických léčebnách výrazně eliminovalo. Například v Psychiatrické nemocnici Bohnice v Praze se od roku 2006 toto omezení nepoužívá vůbec, jak uvedl primář oddělení ochranné léčby z Psychiatrické nemocnice v Bohnicích Jiří Švarc pro Radiožurnál v roce 2012. (ČESKÝ ROZHLAS, 2012)

## **7.1.Indikace**

Omezení pacienta v síťovém lůžku musí být na základě písemné ordinace lékaře.

U umístění do síťového lůžka samozřejmě platí stejné pravidlo, jako u každé jiné omezovací metody. Síťové lůžko se užívá pouze jako krajní řešení dané situace, kdy všechny ostatní terapeutické metody u pacienta selhaly a velmi často se od této metody upouští úplně. Indikace může být velmi silná, dlouhodobá agitovanost, která je farmakologicky neovlivnitelná. Dále pak v případě zmatenosti a dezorientace, kdy hrozí poranění pacienta, nebo jeho okolí. Není také výjimkou, že pacient sám požádá, aby byl do síťového lůžka umístěn. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

## **7.2.Ošetřovatelská péče u pacienta před umístěním do síťového lůžka**

Pravidla pro umístění do síťového lůžka se v mnohých bodech neliší od užívání jiných restriktivních metod. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Proces umístění pacienta do síťového lůžka organizuje proškolená sestra, která následně zapojuje ostatní členy ošetřovatelského týmu. Snažíme se, aby celý zákrok proběhl bez přítomnosti spolupacientů, nebo návštěv.

Pokud je to možné, vysvětlíme pacientovi důvod pro umístění do síťového lůžka a nabídneme mu možnost nechat se umístit dobrovolně.

Při nutném fyzickém nátlaku ze strany ošetřovatelského týmu dbáme na to, aby byly veškeré hmaty bezbolestivé a byla zachována důstojnost pacienta.

Před umístěním pacientovi odebereme veškeré nebezpečné předměty, kterými by mohl poškodit sebe, okolí, nebo majetek zdravotnického zařízení. Dále je také důležitá, pro bezpečnost pacienta, kontrola a zajištění úpravy síťového lůžka. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

## **7.3.Ošetřovatelská péče u pacienta umístěného v síťovém lůžku**

Při této restriktivní metodě je důležitý zvýšený dohled nad pacientem ze strany lékaře i ze strany ošetřovatelského personálu. Sledujeme zejména projevy, které vedly k umístění do síťového lůžka, dále celkové projevy a chování. Kontroly pacienta provádíme minimálně jednou za hodinu. Dovolí-li to stav pacienta, vysvětlíme pacientovi důvody pro toto opatření a následující průběh událostí. Dbáme na to, aby měl pacient pro něj co nejvíce srozumitelných informací. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

Samozřejmě pacientovi poskytujeme i standartní ošetrovatelskou péči jako je péče o hydrataci, vyprazdňování, hygienu a výživu. Nezapomínáme také na tepelný a světelný komfort pro pacienta. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Velmi důležitá je aktivizace pacienta. Pokud to stav pacienta dovolí a neurčí-li lékař jinak, snažíme se pacienta pravidelně vyvádět ze síťového lůžka za účelem např. hygieny, vycházky apod. Pokud stav pacienta umožňuje pouze pobyt v síťovém lůžku, snažíme se ho adekvátně aktivizovat v něm.

Návštěvy jsou u této restriktivní metody povoleny. Návštěva však musí být lékařem informována o důvodech použití tohoto omezovacího prostředku a pro bezpečnost se doporučuje supervize některého ze členů ošetrovatelského týmu. (PETR, MIKLÓŠ, 2004)

Síťové lůžko se musí udržovat v neustálé čistotě. Při znečištění musí být síť kompletně vyměněna, a proto je důležité, aby bylo oddělení vybaveno dostatečným počtem sítí. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

#### **7.4. Ošetrovatelská péče po ukončení umístění v síťovém lůžku**

Po ukončení omezení pacienta v síťovém lůžku je stále důležitý zvýšený dohled nad pacientem, který trvá minimálně dalších šest hodin.

#### **7.5. Materiální, organizační a personální předpoklady**

Pro užití tohoto omezovacího prostředku je nutné, aby byl na oddělení samostatný speciální pokoj, kde je umístěno pouze síťové lůžko. Tento pokoj by opět měl být situován blízko sesterny a nejlépe s kamerovým systémem pro kontrolu pacienta. Oddělení také musí disponovat dostatečným množstvím sítí na výměnu lůžka. Co se týče personálních předpokladů, tak se na umístění pacienta do síťového lůžka opět doporučuje pět členů ošetrovatelského týmu. Celý ošetrovatelský tým musí být každoročně řádně proškolen v užití omezovacích prostředků. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

#### **7.6. Komplikace**

Pacient si v síťovém lůžku může ublížit o jeho konstrukci, či se zaplést do sítě lůžka.

V dubnu 2006 také v mediích proběhla zpráva, kdy se pacientka z Psychiatrické nemocnice v Bohnicích v síťovém lůžku udusila vlastními výkaly (ČTK, 2006) a v lednu

2012 pacientka z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech se v síťovém lůžku oběsila na síti lůžka (ČTK, 2012). Proto je nutný stálý dohled nad pacientem.

Pokud je pacient v síťovém lůžku dlouhodobě, nebo opakovaně může dojít ke svalovým atrofiím, či omezení hybnosti kloubů. Proto je velmi důležitá mobilizace pacienta. V neposlední řadě může dojít ke komplikacím plynoucím z nedostatečné ošetrovatelské péče jako je například dehydratace, prochladnutí, tenze a jiné. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

## 8. Omezení pacienta psychofarmaky

Omezení pacienta psychofarmaky rozumíme parenterální aplikaci psychiatrických léků, které se podávají pro omezení volného pohybu pacienta bez jeho souhlasu. K tomuto kroku ve většině případů dochází v akutních stádiích, kdy pacient trpí akutním intenzivně probíhajícím psychomotorickým neklidem, má autoagresivní, nebo heteroagresivní projevy, agitovanost, nebo úzkost. K omezení pacienta psychofarmaky tedy většinou dochází z důvodu zklidnění pacienta. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

I u tohoto omezení dbáme na to, aby byly nejdříve upřednostněny všechny mírnější opatření jako je například verbální zklidnění, či perorální medikace a tuto restriktivní metodu máme až jako poslední řešení dané situace.

Indikovat aplikaci psychofarmak bez souhlasu pacienta může opět pouze lékař a tuto skutečnost zaznamená do dokumentace pacienta, kde napíše důvod opatření, druh a dávku medikace.

Při výběru medikace se lékař soustředí zejména na vysokou účinnost léku, minimum nežádoucích účinků a předchozí dobrou zkušenost s daným lékem. (ANDERS, HELLEROVÁ, PRÁŠKO, RABOCH, 2006)

Při parenterální aplikaci psychofarmak, u pacienta v akutním stadiu, s výše uvedenými projevy, musí být proškolený ošetřovatelský tým v dostatečném počtu lidí. Počet ošetřovatelského personálu je individuální a odvíjí se od dané situace. U částečně spolupracujícího pacienta stačí dva členové ošetřovatelského týmu, u nespolupracujícího pacienta se doporučuje členů pět.

Základní postup při této restriktivní metodě je stejný jako u ostatních omezovacích prostředků. Umožňuje-li to situace, lékař před zákrokem informuje pacienta, proč volí toto opatření. Pokud to však není možné, učiní tak lékař v co nejkratší možné době po zákroku.

Ošetřovatelský tým samozřejmě dbá na klidné jednání s pacientem, zachovává jeho důstojnost a snaží se, aby zákrok proběhl co nejméně bolestivě. (ANDERS, HELLEROVÁ, PRÁŠKO, RABOCH, 2006)

## **8.1. Nejčastěji užívaná medikace při omezení pacienta psychofarmaky**

Jak již bylo výše uvedeno, při této restriktivní metodě nám jde ve většině případů o zklidnění pacienta. Proto lékař většinou zvolí aplikaci benzodiazepinových anxiolytik, nebo antipsychotik.

### **8.1.1. Benzodiazepinová anxiolytika**

Anxiolytika jsou psychofarmaka snižující úzkost a působící na centrální nervový systém. Kromě potlačení úzkosti je při podání anxiolytik také účinek hypnotický, antikonvulzivní, myelorelaxanční a hypnosedativní. (LÁTALOVÁ, 2013)

Anxiolytika spolu s hypnotiky jsou nejčastěji užívaná psychofarmaka (v České republice 4 miliony balení ročně). (JIRÁK, PACLT, RABOCH, 2007)

První léky snižující úzkost a mající hypnotický účinek používali již ve starověku a to ve formě například alkoholu nebo opia.

Roku 1826 byly poprvé aplikovány soli brómu a roku 1868 byl použit chloralhydrát.

20. století je pro historii psychofarmakologie známo jako éra moderních léků. V první polovině 20. století byly použity barbituráty, ale pro své nežádoucí účinky, byly roku 1960 nahrazeny benzodiazepiny, které se používají do dnes. (JIRÁK, PACLT, RABOCH, 2007)

Do skupiny benzodiazepinových anxiolytik patří například Alprazolam (firemní označení Frontin, Helex, Neurol), Bromazepam (firemní označení Lexaurin), Klobazam (firemní označení Frisium), Medazepam (firemní označení Ansilan), nebo Oxazepam, ale jediným anxiolytickým farmakem, který je na našem trhu a může se aplikovat parenterálně je Diazepam. (LÁTALOVÁ, 2013)

### **8.1.2. Antipsychotika**

Antipsychotika jsou psychofarmaka, která se nejčastěji užívají k léčbě psychóz. Dále mají antimanický, sedativní, anxiolytický, antihistaminický a antidepressivní účinek. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010)

Historie antipsychotik není tak dlouhá. Jak již bylo výše uvedeno, po 2. světové válce, přesněji roku 1952 byl poprvé aplikován chlorpromazin schizofrennímu pacientovi. Do té doby se používal pro anesteziologické účely. Tím začala léčba psychiatrických pacientů antipsychotiky I. generace. (JIRÁK, PACLT, RABOCH, 2007)

Antipsychotika si můžeme rozdělit na tři skupiny. Za prvé jsou to incizivní klasická antipsychotika I. generace, což jsou psychofarmaka mající zejména vliv na takzvané pozitivní příznaky schizofrenie (halucinace, bludy...). Další skupinou jsou sedativní klasická antipsychotika, která mají hypnosedativní účinky a lehce ovlivňují extrapyramidový systém. Poslední skupinou jsou atypická antipsychotika II. generace, která se liší od klasických antipsychotik tím, že nezpůsobují tolik nežádoucích účinků a je zde širší spektrum účinku. (JIRÁK, PACLT, RABOCH, 2007)

Z klasických incizivních antipsychotik užíváme k psychofarmakologickému omezení pacienta Haloperidol. Ze sedativních klasických antipsychotik jsou to Chlorpromazin (firemní označení- Plegomazin), Levopromazin (firemní označení Tisercin), a Zyklopentixol (firemní označení- Cisordinol). U atypických antipsychotik Aripiprazol (firemní označení Abilify), Olanzapin (firemní označení Zyprexa) a Ziprasidon (firemní označení Zeldox). (LÁTALOVÁ, 2013)



## **9. Omezení pacienta pomocí ochranného kabátku**

Omezením pacienta ochranným kabátkem rozumíme omezení pohybu pacientových horních končetin speciálním kabátkem, dříve také nazývaným svěrací kazajkou. Tento způsob omezení je dobře znám z historie psychiatrie ale v současné době se již v praxi téměř nepoužívá. Své uplatnění má u pacientů, kteří mají tendence se sebepoškozovat (škrábání v obličeji, poškozování očí...) a není u nich nutné omezit veškerý volný pohyb. (BABIÁKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

## **10. Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem**

Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem- zjednodušeně manuální fixace je proces, při kterém brání pacientovi v pohybu jeden nebo více členů ošetrovatelského týmu z důvodu podání například akutně neklidnému pacientovi uklidňující medikaci. (BABIAKOVÁ, MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006)

## 11. Detenční řízení

Osmý článek z Listiny základních práv a svobod začíná větou- „Osobní svoboda je zaručena“ (ČESKO, 1992) Toto pravidlo platí i pro psychiatrická zařízení.

„Detence je jedním ze způsobů omezení práva na osobní svobodu jednotlivce, a to nuceným pobytem ve zdravotnickém zařízení“ (KAŠPÁRKOVÁ, 2006, s. 138).

Jestliže pacient není schopen s ohledem na jeho zdravotní stav podepsat souhlas s hospitalizací, nebo jen nesouhlasí s léčbou a lékař přesto na jeho hospitalizaci trvá, musí být tento fakt oznámen soudu. (MACH, 2010)

Dalším případem, který se musí hlásit soudu je u pacienta, který podepsal souhlas s hospitalizací, ale byla u něj bez jeho písemného svolení použita jedna z restriktivních metod.

Poslední situace, kterou lékař musí nahlásit soudu je, pokud je pacient umístěn bez písemného souhlasu na takzvaném uzavřeném oddělení, kde je omezen v kontaktu s vnějším světem.

U všech těchto případů je hlášení soudu povinné do 24 hodin od přijetí do nemocničního zařízení. Forma ani obsah zprávy pro soud není zákonem stanovena. Je však důležité, aby lékař ve zprávě uvedl jméno a příjmení pacienta, datum narození, oddělení, kde je pacient hospitalizován a důvody, které lékaře vedly pro takzvaný nedobrovolný vstup pacienta. (MACH, 2010)

Pokud dojde k jedné z výše uvedených situací, a dovolí-li to stav pacienta, poučíme ho pro něj pochopitelnou formou o jeho právech a o krocích, jenž budou následovat. Samozřejmě ho také informujeme o eventuelní dostupné právní pomoci. (ANDERS, HELLEROVÁ, PRÁŠKO, RABOCH, 2006)

Po informování soudu se zahajuje takzvané detenční řízení. Soud do 7 dnů vyslechne pacienta, ošetřujícího lékaře a další osoby, o jejichž vyslechnutí pacient požádá. Dále pak soud určí znalce-lékaře, který zjistí, zda je nutné, aby byl pacient nadále hospitalizován. Znalcem nikdy nesmí být lékař, který pracuje v nemocnici, kde je určený pacient hospitalizován. Pokud soud posoudí situaci tak, že je pacient v psychiatrickém zařízení držen neprávem, lékař ho musí okamžitě propustit.

Jestliže však soud společně se znalcem souhlasí s lékařem a posoudí případ tak, že je pacient v psychiatrickém zařízení držen právem, musí být tento výrok do 3 měsíců vyhlášen rozsudkem, kde je mimo jiné napsáno, jak dlouhou dobu tento rozsudek trvá. (Po roce

rozsudek však pozbývá platnosti, a pokud je pacient nadále nedobrovolně hospitalizován, musí být zahájeno nové detenční řízení.

1. ledna 2013 vyšel v platnost nový zákon o detenčním řízení č. 404/2012 Sb. § 191. Jedna z největších změn je v § 191b, kde je psáno, že pokud je pacient zbaven svéprávnosti, nemůže za něj souhlas s hospitalizací, či s omezovacím prostředkem podepsat jeho opatrovník, jak to bylo povoleno dříve v zákoně č. 99/1963 Sb., ale pouze on sám. (POLICAR, 2012)

## **12. Projekt Eunomia**

Ač je užívání omezovacích prostředků velmi diskutované a ostře sledované téma, ať už ze strany samotných pacientů, jejich příbuzných nebo ze strany médií, tak není dostatečně vědecky prozkoumané. Proto vznikl v roce 2002 grantový projekt dotovaný evropskou unií s názvem EUNOMIA. Název Eunomia vznikl jako zkratka anglických slov European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of best Clinical practice, což v překladu znamená Evropské hodnocení nátlaku v psychiatrii a sladění nejlepší klinické praxe. (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006)

Tohoto projektu se zúčastnilo 11 zemí - Německo, Bulharsko, Česká republika, Řecko, Izrael, Itálie, Litva, Polsko, Španělsko, Švédsko a Velká Británie. Cílem projektu bylo zjistit co nejvíce informací o užívání omezovacích prostředků, analyzovat mezinárodní rozdíly a pokusit se vytvořit jednotný a co nejvhodnější postup při používání restriktivních metod v každé zemi.

Tento projekt trval až do roku 2006 a za Českou republiku se programu zúčastnila Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, která také spolupracovala s Psychiatrickou nemocnicí v Praze Bohnicích.

Projekt Eunomia měl hlavní tři body. Prvním bodem byl výzkum pomocí dotazníku, který byl vytvořen pro nedobrovolně přijaté pacienty s akutní duševní poruchou a pro dobrovolně přijaté pacienty, kteří při přijetí do nemocnice cítili nátlak, či omezení. Dalším bodem byl právní rozbor dané problematiky. Poslední bod programu obsahoval vytvoření skupiny osob, kteří se zúčastnili užití některé z restriktivních metod (ošetřovatelský personál, pacienti, právníci, policie...) a kteří se pak následně podíleli na vytvoření nejvhodnějšího postupu při jednotlivých omezovacích opatření. (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006)

### **12.1. Výsledky výzkumu v České republice**

Výzkum v České republice probíhal od 1. 9. 2003 do 31. 8. 2003. Celkově se výzkumu zúčastnilo 202 nedobrovolných pacientů a 59 dobrovolných. Nejčastější diagnózy v obou skupinách byly psychotické poruchy, afektivní poruchy a poruchy osobnosti. Ve skupině pacientů s nedobrovolným vstupem bylo větší zastoupení žen, ve skupině dobrovolně hospitalizovaných byla větší část mužů. Ve většině případů se v obou skupinách jednalo o opakovanou hospitalizaci. Necelá polovina vybraných pacientů byla v invalidním důchodu a

invalidní důchod také uváděli jako hlavní zdroj příjmu. Většina pacientů v obou skupinách byli svobodní, bez partnera a bez dětí. (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006)

Ve výsledcích výzkumu byly zjištěny tři hlavní důvody pro přijetí pacienta na psychiatrické oddělení- zabránit agresi vůči sobě, zabránit agresi vůči okolí a neschopnost postarat se o sebe. Průměrná délka pobytu na psychiatrickém oddělení činila 42,1 dní a většina pacientů, byla po ukončení hospitalizace odeslána k ambulantnímu psychiatrovi.

Necelých 80 % pacientů uvedlo, že nebyli přijati z důvodu vlastního rozhodnutí, ale kvůli nátlaku okolí. Ve výzkumu bylo rozlišení nátlaku řazeno do třech kategorií. Pozitivní symbolický nátlak ve formě přesvědčování, negativní symbolický nátlak formou výhrůžek, příkazu, lhaní a podobně a poslední kategorií byla demonstrace síly ať už fyzická, nebo právní. Pacienti uvedli, že na ně byl vyvíjen pozitivní symbolický nátlak ze strany příbuzných, negativní symbolický nátlak a někdy až demonstrace síly ze strany zdravotníků, nebo policie. (KALIŠOVÁ a kol., 2009)

Po prvním měsíci hospitalizace uvedla nadpoloviční většina všech tázaných, že přijetí na psychiatrické oddělení již hodnotí jako správné řešení. (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006)

U téměř poloviny tázaných pacientů byla použita jedna z restriktivních metod. Nejčastěji pacienti uvádějí podání medikace bez jejich souhlasu, dále pak omezení v pohybu ochrannými pásy nebo kurty a pouze u 9 pacientů byla použita terapeutická izolace.

Nejčastěji podávaná medikace bez souhlasu pacienta byla z důvodu akutního neklidu, kdy převažovalo užití typických antipsychotik a benzodiazepinu. (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006)

## **12.2. Závěr projektu Eunomia**

Díky výzkumu bylo dokázáno, že se bez používání restriktivních metod v současné době nemůžeme obejít. (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006) „Výsledky projektu EUNOMIA by měly pomoci vytvoření co nejvhodnějšího postupu při jejich použití a vést k maximálnímu respektování důstojnosti pacienta při zachování efektivního léčebného postupu.“ (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006, s. 65)

„Za dobu trvání projektu EUNOMIA se řada věcí změnila. Psychiatři musí čelit stále většímu tlaku ze strany médií a laické veřejnosti. Pacienti a jejich příbuzní projevují o problematiku stále větší zájem, jsou vytvářeny destigmatizační aktivity. Byl vydán první

celonárodní dokument vymezující používání omezovacích opatření v České republice  
(Vyhláška MZ z 1. 1. 2005)“ (DOUBEK, RABOCH, ZRZAVECKÁ, 2006, s. 65)

## 13. Praktická část

### 13.1. Kvalitativní průzkum

Studie byla uskutečněna od 1. 5. 2013 do 30. 1. 2014 v Psychiatrické nemocnici Bohnice (dále jen PN Bohnice) v Praze. Pro rychlý postup ve výzkumu si pacient nakonec zvolil, místo pavilonu 27, pavilon 33 což je mužské oddělení následné péče, určené převážně pro nemocné s mentálním postižením kombinovaným s psychiatrickým onemocněním a výzkumník zde již po dobu dvou let pracuje.

Pro kvalitativní výzkum byly dané následující otázky, které tvořily základ polostrukturovaného rozhovoru:

- Jste na psychiatrickém oddělení hospitalizován se svým písemným souhlasem?
- Byl jste v průběhu Vaší hospitalizace fyzicky omezen v lůžku?
- Byl jste v průběhu Vaší hospitalizace umístěn do terapeutické izolace?
- Byla Vám v průběhu hospitalizace aplikovaná medikace proti vaší vůli?
- Jaké byly důvody vašeho omezení?
- Myslíte si, že jste byl někdy bezdůvodně omezen?
- Byl jste někdy omezen na vaši vlastní žádost?
- Jak byste hodnotil informovanost ze strany ošetrovatelského týmu?
- Jak vypadal průběh omezení? (informovanost, kontroly, tekutiny...)
- Jak jste se cítil v průběhu omezení?
- Jak byste hodnotil celý proces?

#### 13.1.1. Volba vzorku, vstup do terénu

Pro získání informací bylo zapotřebí oslovit pacienty, kteří mají zkušenost s užitím omezovacích prostředků.

Studie se zúčastnili tři respondenti, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v PN Bohnicích a mají zkušenost s omezovacími prostředky.

Před zahájením průzkumu, bylo nutné sepsat žádost pro Etickou komisi PN Bohnice, pro povolení sběru dat. Žádost obsahovala tyto informace:

- Důvod výzkumu- Studijní účely v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5



- Obsah práce- Seznámení s omezovacími prostředky užívanými na psychiatrii v ČR a výzkumné šetření subjektivního hodnocení pacientů, u kterých byla použita restriktivní metoda.
- Základní metody práce- Kombinované výzkumné šetření na pavilonu 33, s cílem zjištění subjektivního hodnocení omezených pacientů.
- Metody sběru dat:
  1. Polostrukturované rozhovory s pacienty, u kterých byla použita některá z restriktivních metod.

Tematické okruhy rozhovorů:

Subjektivní popis pocitů před užitím restriktivní metody

Informovanost ze strany personálu o použití restriktivní metody

Popis průběhu užití restriktivní metody

Hodnocení celého procesu ze strany pacienta

2. Analýza dokumentace – od popisu příznaků pacienta, vlastní indikace, popis sledování pacienta během restrikce, náležitosti dokumentace související s užitím restriktivní metody.

Po zaslání žádosti tajemníkovi etické komise Mgr. Janu Pomykaczovi bylo toto povolení velice ochotně poskytnuto. V průběhu rozhovoru si pacienti nepřáli být nahráváni na diktafon, proto výzkumník zaznamenával informace pomocí poznámek. Pro zaručení soukromí rozhovory probíhaly v terapeutické místnosti, nebo v kanceláři staniční sestry. Výzkumník každého z respondentů předem informoval o účelu rozhovoru, anonymitě a o zapisování poznámek během hovoru.

Fakt, že výzkumník pracuje v PN Bohnice mělo řadu výhod. Měl snadný přístup k informacím, věděl, kde má hledat například záznamy o omezení v chorobopisu apod., což přispívalo k rychlému postupu ve výzkumu. Vzhledem k tomu, že respondenti výzkumníka dobře znají, další z výhod byla jejich velmi dobrá spolupráce.

Nevýhodou bylo, že během rozhovorů výzkumník musel klást velký důraz na to, že momentálně není v roli sestry, pracující na daném oddělení, ale v roli nezaujatého člověka.

## **13.2. Pacient J. B.**

### **13.2.1. Epikríza pacienta J. B.**

36- letý pacient, 20. pobyt od 1997 pro paranoidní schizofrenii (F200), od roku 2004 trvale hospitalizován pro bludnou produkci a zintenzivněním sluchových halucinací. Během léčby verbalizoval sluchové imperativní (rozkazovací, poznámka výzkumníka) halucinace, religiózní (náboženské, poznámka výzkumníka) bludy /promlouvá s Bohem, Satanem. /. Tendence k agresivnímu chování vůči věcem /rozbíjel okna i nábytek/. Pacient několikrát sám zažádal o omezení, aby neublížil. Postupně rozvoj postprocesního defektu osobnosti. Pokusy o resocializaci a návrat domů bez úspěchu. V září 2013 byl nasazen Aripiprazol 15mg (antipsychotikum, poznámka výzkumníka) jako augmentace Quetiapinu (antipsychotikum, poznámka výzkumníka), který následně snížen z 1200mg na 1000mg. Pacient poté bez halucinačních prožitků. Pro autoakuzace (sebeobviňování, poznámka výzkumníka) s následným sebepoškozováním (bouchal hlavou o zeď) nasazeno SSRI (antidepresiva, poznámka výzkumníka) dle dokumentace zatím neměl antidepresivní medikaci. V dalším průběhu pacient klidnější, dobře naladěný, bez auditivních (sluchových, poznámka výzkumníka) halucinací, bez automutilační (sebepoškozovací, poznámka výzkumníka) tendence cca 4 měsíce.

Plán: Zapojení do aktivit mimo oddělení v APLAe (asociace pomáhající lidem s autismem, poznámka výzkumníka). Překlad do patra. (Oddělení rozdělené na přízemí a patro, v patře volnější režim, poznámka výzkumníka)

### **13.2.2. Rozhovor s pacientem J. B.**

V (výzkumník) – zdravotnický asistent pracující na daném oddělení

R (pacient) – pacient J. B. hospitalizovaný na oddělení II. následné péče, pavilon 33, na pacientovo přání je používání v komunikaci křestní jméno, vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci; pacient veškerému nelékařskému personálu tyká

V: Honzíku, víte, jak studuju vysokou školu?

R: Jo, to jsi mi říkala, Lenči

V: Tak já teď píšu bakalářskou práci.

R: A co to je bakalářská práce?

V: To je taková velká závěrečná práce na konci mého studia, kterou musím napsat, abych dostala ten titul.

R: Aha, už tomu rozumím.

V: No a já píšu tu práci o omezovacích prostředcích. Víte, co jsou omezovací prostředky?

R: Kurty.

V: No nejen kurty, je to taky umístění do terapeutické izolace, když vám píchnem nějakou injekci na zklidnění a tak, víte?

R: Jasný.

V: A jaký u Vás je nejčastější omezení?

R: Kurty.

V: A na terapeutickou izolaci jste někdy byl?

R: Byl jsem tam jednou, ale tam já být nechci, tam nejsou kurty.

V: A vy když jste na těch kurtech, tak se cejtíte bezpečně nebo (...) uklidní vás to, když vás přikurtujem?

R: No tak jako (...) cejtim se bezpečně no.

V: A jaký jsou u Vás nejčastější důvody k těm kurtům?

R: Když se chci sebepoškodit.

V: A proč se chcete sebepoškodit?

R: No když mě třeba naštvě nějaký pacient, tak jsem pak naštvanej a třeba si rozmlátím hlavu o topení. Třeba včera mě na jídelně provokoval pan M., tak jsem rozflákal talíř.

V: A jak se to řešilo?

R: Dohodou.

V: Takže jste nedostal ani nějakou medikaci na zklidnění?

R: Ne to ne. Luděk (všeobecná sestra, známka výzkumníka) si se mnou promluvil a já jsem se uklidnil.

V: A byl jste někdy omezený třeba na těch kurtech dobrovolně? Jako že jste si o to sám řekl?

R: Jo to jo, někdy cejtim, že to na mě přijde, tak jdu za nějakou sestřičkou, ať mi něco píchne na zklidnění, nebo ať mě rovnou přikurtujou.

V: A stalo se vám někdy, že jste měl pocit, že nevíte, proč jste na těch kurtech? Že je to bezdůvodný?

R: To ne, vždycky vím, co jsem udělal.

V: Takže se nestalo, že byste třeba byl ještě víc naštvanej po tom, co vás pustí z kurtů a bral to jako trest?

R: Ne to vůbec. Mě ty kurty uklidněj. Když hodně zlobim, tak dostávám i anděla.

V: Co je anděl?

R: To je takovýto prostěradlo, kterým mě ještě svážou.(břišní pás, poznámka výzkumníka)

V: A víte, kolik lidí, třeba když jste byl naposledy na kurtech, bylo potřeba, aby vás přikurtovali?

R: Já se hodně vztekám, tak asi hodně. Každý mě drží za ruku nebo nohu. (...) No tak asi čtyři nebo pět lidí.

V: A jak dlouho většinou na těch kurtech jste? Aspoň odhadem?

R: (...) Řek bych tak hod'ku. Ale jednou jsem měl tak silný hlasy, že jsem byl imrvére přikurtovanej skoro tři tejdny.

V: Teda to je dlouhá doba.

R: No ale teď jsem hodnej. Pavel (ošetřovatel, poznámka výzkumníka) mi slíbil, že když vydržím sto dnů, aniž bych se sebepoškodil, tak půjdem na guláš.

V: A kolik máte teď dnů?

R: No mně to tak různě sthává, když zlobim jenom trochu. Třeba za to, že jsem včera rozbil ten talíř, tak mám tři dny dole. Takže teď mám (...) 87. den!

V: Tak to jste šikovnej, držím palce.

R: Dík, Lenči.

V: Když se ještě vrátím k tomu omezení, tak když jste na těch kurtech, tak chodí vás tam kontrolovat sestřičky?

R: Jo měřej mi třeba tlak nebo tak.

V: A stalo se někdy, že byste tam měl hlad, žízeň, byla vám zima (...) že by na vás prostě sestřičky zapomněli a vy jste se jich nemohl dovolat?

R: Ne to ne, choděj za mnou.

V: A nestalo se vám někdy, že byste měl sedřený zápěstí od toho kurtování?

R: To ne, to vím, že vždycky sestřička nebo nějaký ošetřovatel mi pod ty kurty strčí prst, jako jestli to není moc utažený. I se mě ptají.

V: A na začátku jste mi říkal, že jste byl i na terapeutický izolaci?

R: Jednou, ještě na starý čtrnáctce. To jsem si v noci zpíval a nechtěl jsem přestat. Tak za mnou přišla Romana (všeobecná sestra, poznámka výzkumníka) a dala mě tam a řekla mi: „Až se uklidníš, tak tě pustím.“ Za chvíli na to přišla a já sem zavolal: „Romano, už jsem klidný!“ Tak mě pustila a šel jsem spát.

V: Tak Vám Honzíku děkuju. A pošlete mi sem Pavla?

### **13.2.3. Záznam z chorobopisu pacienta J. B. ze dne 26. 11. 2013**

Farmaka k tlumení akutního neklidu

Od: 26. 11. 2013 20:53 Do: 26.11.2013 22:00

Důvod: Hrozící závažné projevy agrese ohrožující pacienta či okolí nezvládnutelné psychologickými prostředky.

Druh omezení: Farmaka k tlumení akutního neklidu

O POUŽITÍ BYL(A) INFORMOVÁN (A) : MUDr. V. Z.

ZHODNOCENÍ ODŮVODNĚNOSTI POUŽITÍ: Tenze a agresivní chování vůči sobě nezvládnutelné psychologickými prostředky.

POPIS SITUACE: 20:40- Pacient se nepohodl se spolupacientem P. S., který nechtěl, aby byl na jeho pokoji a řekl mu, ať jde pryč. Pacient přišel na WC a zde začal bouchat hlavou do zdi, pacient byl ihned odveden na sesternu, kde mu byla aplikována 1 ampule Apaurinu (anxiolytika, poznámka výzkumníka) a 1 ampule Haloperidolu Richter (antipsychotika, poznámka výzkumníka) intramuskulárně. Odřenina na čele mu byla ošetřena Novikovem (slouží jako krytí ran a dezinfekce, poznámka výzkumníka). Pacient plakal, že lituje svého

počínání a po domluvě se zklidnil a byl odveden na pokoj zvýšeného dohledu.

#### POZNÁMKA K UKONČENÍ OMEZENÍ

22:00 pacient klidný, vyveden na oddělení

### **13.3. Pacient P. N.**

#### **13.3.1. Epikríza pacienta P. N.**

44letý pacient, opakovaně v PNB od 1988 (20 let přestávka pro výkon trestu), nyní rehospitalizace 11. 12. 2013 na pavilon 11 (Resocializační oddělení pro muže do 65- ti let, poznámka výzkumníka) přivezen RZS+PČR s parere CHIR+NEU NNF (chirurgie a neurologie Nemocnice Na Františku, poznámka výzkumníka), kde přivezen po napadení, na ambulanci třes, halucinace, výrazně neklidný, slovně i fyzicky agresivní. Na CPP (centrální příjem pacientů PN Bohnice, poznámka výzkumníka) orientován, kooperoval, udával auditivní (sluchové, poznámka výzkumníka) halucinace, sociálně selhávající. Přijatý DV(dobrovolný vstup, poznámka výzkumníka) k detoxifikaci a observaci na pavilon 31(Příjmové oddělení pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách, poznámka výzkumníka) Na oddělení koherentní, bez psychotické produkce, udával suicidální ideace (sebevražedné myšlenky, poznámka výzkumníka), nekritický ke svému chování. Během pobytu na detoxu verbálně i fyzicky agresivní, dysforický(úzkostný, poznámka výzkumníka), nasazen Olanzapin 10mg/d (antipsychotika, poznámka výzkumníka). Po Tisercinu (antipsychotika, poznámka výzkumníka) popsal visuální (zrakové, poznámka výzkumníka) halucinace a hypomnézii (snížení paměti). Po snížení Olanzapínu na 5mg/d opět zhoršení stavu. Pacient byl přeložen na pavilon 33 (Mužské oddělení II následné péče, poznámka výzkumníka) tady kooperabilní, bez poruch chování. Pro depresivní ladění opět nasazen Escitalopram (antidepresiva, poznámka výzkumníka). Pro extrapyramidové vedlejší účinky na Olanzapínu změna na Quetiapin (antipsychotika, poznámka výzkumníka), poté úprava spánku, bez nežádoucích účinků. Pacient je aktivnějším, bez obtíží vede spoluzprávu (funkce v patře oddělení, každodenní hlášení lékařům na komunitě o dění na oddělení.) zaslal do terapeutické komunity Němčice žádost a CV.

Plán: idem, stabilizace. Dimise do terapeutické komunity Němčice.

#### **13.3.2. Rozhovor s pacientem P. N.**

V(výzkumník)- všeobecná sestra pracující na daném odd.

R (respondent) - pacient P. N., hospitalizovaný na oddělení II. následné péče, pavilon 33

V: Pane N., já studuji Vysokou školu zdravotnickou a momentálně pracuji na závěrečné práci, která se týká omezovacích prostředků. Můžu vám položit pár otázek na toto téma?

R: Můžete, nemám s tím žádný problém.

V: Tak nejdřív se chci zeptat, jestli jste hospitalizovanéj se svým písemným souhlasem?

R: Jo, to jsem podepisoval.

V: Dobře, díky. Teď k tomu samotnému omezení. Byl jste někdy omezený v lůžku?

R: Jo.

V: A byl jste někdy umístěn do terapeutické izolace?

R: To nevím, co je.

V: To je taková ta samostatná místnost, my jí máme v přízemí vedle koupelny.

R: Jo tohle, tak tam jsem byl. Ale když jsem byla na pavilonu č. 17 (Příjmové oddělení pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou, poznámka výzkumníka), ne tady.

V: A byla vám někdy aplikovaná medikace proti vaší vůli? To je jak jí dáváme často právě třeba, když jste na kurtech nebo tak.

R: Tak tu jsem taky dostal.

V: A víte, jaký byly důvody vašeho omezení? Třeba na těch kurtech?

R: Byl jsem agresivní.

V: A důvody u té terapeutický izolace?

R: No to bylo tak, že já jsem byl agresivní vůči sobě.

V: A kvůli tomu jste byl v terapeutický izolaci?

R: To ne, to jsem dal facku jednomu spolupacientovi. Takže to jsem šel na izolaci, po pár dnech mě pustili a byl jsem přeloženej na sedmadvacítku (p. 27 příjmové oddělení, léčí nemocné v akutním stádiu psychického onemocnění, poznámka výzkumníka) s tím, že jsem se tam podřezával, takže to mě pak přikurtovali.

V: A vám to přišlo jako správný důvod to kurtování? Myslíte, že by to šlo řešit jinak ten váš tehdejší stav?

R: To ne, oni mě chtěli zklidnit. Bylo to správně. Taky jsem tu už teď nemusel bejt.

V: A vzpomínáte si, jak probíhal celý ten proces, než vás přikurtovali k tomu lůžku?



R: No mě našli na sedmnáctce (pavilon 17- Ochranné léčby, poznámka výzkumníka), šel jsem na sedmadvacítku, (pavilon 27, poznámka výzkumníka) a tam já jsem šel dobrovolně na ty kurty. Nikdo se se mnou nemusel prát. Věděl jsem, že to pomůže.

V: A vzpomenete si, kolik lidí z ošetřovatelského personálu u toho asistovalo?

R: Asi čtyři.

V: A jak jste se cítil v průběhu toho omezení?

R: No já jsem byl takovej vobľblej, takže mi to bylo asi jedno.

V: A odhadem, jak jste tam mohl dlouho být?

R: Tak půl hodky.

V: A ještě u té terapeutický izolace. Tam jste byl jak dlouho?

R: (...) Asi tři dny.

V: A vzpomenete si, na průběh u toho umístění do terapeutický izolace?

R: No to jsem dal facku tomu jednomu spolupacientovi, tak mě tam zavřeli, to jsem se taky s nikým nepral a šel jsem tam sám.

V: A chodil za váma někdo?

R: Návštěvy žádný. Za mnou v té době nikdo moc nechodil. Jen sestry mě tam kontrolovaly.

V: Tak vám moc děkuju za rozhovor.

R: To je celý? No tak to nemáte vůbec zač.

### **13.3.3. Záznam z chorobopisu pacienta P. N. ze dne 13. 12. 2013**

Omezení pacienta ochrannými pásy nebo kurty

Od 13.12.2013 09:55

Do 14.12.2013 10:30

Použití indikoval: MUDr. K. N.

Použití ukončil: MUDr. K. N.

Zdůvodnění opatření: Projevy agrese ohrožující pacienta, či okolí nezvládnuté farmakologicky

Druh omezení: Omezení v lůžku

O POUŽITÍ BYL(A) INFORMOVÁN(A) : MUDr. K N, CSc.

14.12.2013 08:49, ZHODNOCENÍ ODŮVODNĚNOSTI POUŽITÍ: Pacient neklidný válí se po zemi, chce se zabít, verbálně i fyzicky agresivní, napadá okolí, domluva bez efektu omezen v lůžku.

POPIS SITUACE: Pacient neklidný válí se po zemi, chce se zabít, verbálně i fyzicky agresivní, napadá okolí, domluva bez efektu omezen v lůžku.

**13. 12. 2013, 11:11 – Záznam sestry**

*Pacient v omezení, nespolupracuje, verbálně agresivní, končetiny prokrveny.*

**13:12.2013, 11:11 – Fyziologické funkce**

*Teplota: 36,7 °C. Puls: 76' Krevní tlak: 130/75 mm Hg*

**13. 12. 2013, 12:00- Záznam sestry**

*Pacient nadále v omezení, poněkud klidnější, verbálně agresivní, končetiny prokrveny. Uvolněny zkusmé dolní končetiny.*

**13. 12. 2013, 12:05 – Záznam sestry**

*Aplikováno 3. MgSO4 10% + Milgamma N, 1 ampule intramuskulárně*

**13. 12. 2013, 13:51- Záznam sestry**

*Pacient nadále v omezení, končetiny prokrveny, nebezpečí agresivního jednání trvá, pacient bez náhledu. Krevní tlak- 120/75 mm Hg, Puls-80'*

**13. 12. 2013, 14:00- Záznam sestry**

*Pacient nadále v omezení, nespolupracuje, suicidální úvahy nadále přítomny, končetiny prokrveny. Krevní tlak- 130/70 mm Hg, Puls-82'.*

**13. 12. 2013, 15:20- Záznam sestry**

*Pacient nadále v omezení, nespolupracuje, suicidální úvahy nadále přítomny, končetiny prokrveny. Krevní tlak- 130/75 mm Hg, Puls-80'*

**13. 12. 2013, 15:56- Záznam sestry**

*Pacient nadále omezený, stav setrvalý, končetiny prokrveny.*

**13. 12. 2013, 16:56- Záznam sestry**

*Pacient nadále omezený, stav setrvalý, dolní končetiny uvolněny, bez náhledu, další spolupráce se jeví mlhavě, dominují suicidální proklamace.*

**13. 12. 2013, 17:56- Záznam sestry**

*Pacient nadále v omezení, nespolupracuje, končetiny prokrveny.*

*Krevní tlak: 125/75mm Hg Puls: 78'*

**13. 12. 2013, 18:59- Záznam sestry**

*Pacient v omezení, TS (tentamen suicidii-sebevražedné myšlenky, poznámka výzkumníka) myšlenky přetrvávají. Končetiny prokrveny.*

**13. 12. 2013, 19:41- Záznam lékaře**

*Pacient ráno sepisuje žádost o to, abychom jej nechali zabít, vyjevuje suicidální tendence, neodklonitelný, dysforický, jednání účelové, manipulativní, nutno farmakologických a mechanických omezení, měním statut hospitalizace na nedobrovolnou ze zákonných důvodů, bezprostředně nebezpečný vůči sobě, v důsledku duševní poruchy, odmítá léčebný postup záchrany a omezujeme jej jednoznačně proti jeho svobodné vůli. Korekce medikace, nadbytečná ex, večer levomepromazin, pro poruchy chování, při odmítání- parenterální. Pokračovat v omezení.*

**13. 12. 2013, 20:01- Záznam sestry**

*Pacient v omezení, PM (psychomotorický, poznámka výzkumníka) neklid, TS (tentamen suicidii-sebevražedné myšlenky, poznámka výzkumníka) myšlenky přetrvávají.*

**13. 12. 2013, 20:58- Záznam sestry**

*Omezení pokračuje pro nespolupráci, PM (psychomotorický, poznámka výzkumníka) neklid. Pacient křičí, je vulgární, snaží se dostat z kurtů.*

**13. 12. 2013, 21:56- Záznam sestry**

*Pacient stále nespolupracující, křičí po celém oddělení, proklamuje suicidální tendence, vulgární, končetiny teplé, prokrvené. TK: 135/80, P:88, TT: 36,6*

**13. 12. 2013, 23:06- Záznam sestry**

*Pacient v omezení pro TS (tentamen suicidii-sebevražedné myšlenky, poznámka výzkumníka) proklamace, stav bez výrazných změn. Končetiny prokrveny.*

**14. 12. 2013, 00:26- Záznam sestry**

*Omezení trvá pro nespoupráci, TS (tentamen suicidii-sebevražedné myšlenky, poznámka výzkumníka) myšlenky, končetiny prokrveny.*

**14. 12. 2013, 1:00- Záznam sestry**

*Pacient omezený, neklidný, snaží se vstát- udává, že je zamotaný. Končetiny prokrveny. Krevní tlak-130/80 mm Hg, Puls-84', TT:36,7°C*

**14. 12. 2013, 1:55- Záznam sestry**

*Omezení pokračuje, pacient nespí, snaží se uvolnit z kurtů. Podány tekutiny, vulgární.*

**14. 12. 2013, 2:55- Záznam sestry**

*Pacient v omezení pro nespoupráci, opakovaně křičí, ruší noční klid, končetiny prokrveny.*

*Krevní tlak:125/80 mm Hg, Puls-84', Teplota-36,7°C*

**14. 12. 2013, 3:55- Záznam sestry**

*Omezení trvá, stav bez výrazných změn*

**14. 12. 2013, 4:55- Záznam sestry**

*Pacient v omezení, PM (psychomotorický, poznámka výzkumníka) neklid, vulgární na personál.*

**14. 12. 2013, 5:59- Záznam sestry**

*Omezení trvá pro PM (psychomotorický, poznámka výzkumníka) neklid, TS (tentamen suicidii-sebevražedné myšlenky, poznámka výzkumníka) proklamace, končetiny prokrveny.*

*Krevní tlak-130/80 mm Hg, Puls-84', Teplota-36,7°C*

**14. 12. 2013, 6:51- Záznam sestry**

*Omezení v lůžku nadále. Pacient neklidný, nespí, snaží se dostat z kurtů, hlasitá mluva, podávané tekutiny odmítá, močí do pleny, končetiny bez otoků, zarudnutí.*

**14. 12. 2013, 7:00- Záznam lékaře**

*Omezení nadále, nekritický, zmítá se, medikace nadále dle žurnálního lékaře.*

**14. 12. 2013, 7:46- Záznam sestry**

*Pokračuje omezení, krmení-snídání snědl, pije podávané tekutiny, končetiny bez otoků, zarudnutí.*

*Konec omezení: 14. 12. 2013, 8:48*

*Teplota: 36,4°C, Puls- 78', Tlak 125/80 mm Hg*

**14. 12. 2013, 11:30- Záznam sestry**

*Pacient spolupracuje, po ukončení omezení snědl další rohlík sám, posazen v lůžku, pije sám čaj, prevence pádu- břišní pás, výměna pleny, komunikace- pomalá mluva.*

**14. 12. 2013, 14:34- Záznam sestry**

*Pacient na břišním pásu, klidný, pospává v lůžku, hydratace dostatečná- pije sám čaj, močí do bažanta, dnes snědl vše, co pacientovi bylo podáno. Potíže neudává. Má plenu. Odfaxován nedobrovolný vstup.*

**14. 12. 2013, 00:26- Záznam lékaře**

*Pacient udává, že je zapomětlivý, neví, co udělal před chvílí. Tisercin bral i v komunitě. Nebyl schopný se koncentrovat na sezeních. Teď ho bolí loket, byl na rentgenu, zlomené to není. Objektivně: Klidný, v projevu přiléhavý, insuficiální stesky, kognitivní funkce zhoršeny, pravý loket hematom a otok, mírně omezená hybnost.*

*Plán: Tisercin jen fakultativně na nespavost.*

## **13.4. Pacient K. N.**

### **13.4.1. Epikríza pacienta K. N.**

21letý pacient, 14. pobyt v PNB (léčen od 11 let pro poruchy chování), aktuálně rehospitalizace přišel sám po pobytu s rodinou. Na CPP klidný, spolupracující, bez latence, psychomotorické tempo v normě, myšlení simplexní (jednoduché, poznámka výzkumníka) bez bludné produkce, bez známek auto/heteroagrese (bez agrese vůči sobě/vůči okolí, poznámka výzkumníka), náhled přiměřený, asuicidální (bez sebevražedných tendencí, poznámka výzkumníka). Dobrovolný vstup podepsal, opatrovník-matka dodatečně. Během pobytu na pavilonu 33 byl dobře adaptovaný, zvládal aktivity mimo oddělení, v popředí poruchy chování v rámci impulzivitu jako verbální agrese, drobné krádeže mezi pacienty pro distribuci marihuany a 1x intoxikace marihuanou přemístěn na přízemí. Nasazení Olanzapinu (antipsychotika, poznámka výzkumníka) místo Quetiapinu (antipsychotika, poznámka výzkumníka) bez stesků na nežádoucí účinky, dříve xerostomie (snížené slinění, útlum, poznámka výzkumníka), bez elevace forie (zvýšení emotivity, poznámka výzkumníka). Přetrvávají pseudologie (chorobný sklon k lhaní, poznámka výzkumníka) pacient tvrdí, že o víkendech studuje (pacient je negramotný, poznámka výzkumníka). Navýšen Olanzapín na 30mg pro dezinhibice (odbržděnost, poznámka výzkumníka) a konflikty, na patře podezření na šikanu, proto přeložen na přízemí (oddělení rozdělené na přízemí a patro, v patře volnější režim, poznámka výzkumníka), kde dále klidný postupně rozvolněný režim v patře dále bez stížností, nárůst váhy po denní konzumaci salátů z krámku, opakovaně volné propustky na víkend domů, bez obtíží. Plán: Výhledově zvážit umístění v Domově Maxov (Domov pro osoby se zdravotním postižením, poznámka výzkumníka).

### **13.4.2. Rozhovor s pacientem K. N.**

V (výzkumník) – Zdravotnický asistent pracující na daném oddělení

R (pacient) – Pacient hospitalizovaný na pavilonu 33, II. následná péče. Na pacientovo přání je používání v komunikaci křestní jméno (vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci; pacient veškerému nelékařskému personálu tyká)

V: Karle, můžu vám tedy položit pár otázek ohledně té mé bakalářské práce?

R: Jééé, Leni, já nevím, jestli budu umět na všechno odpovědět, když je to do školy.

V: Ale já po vás nebudu chtít žádné vědomosti. Spíš vaše zážitky, pocity, nebo zkušenosti, který tu prožíváte během hospitalizace. Nebojte.

R: No tak to jo.

V: Dělán bakalářku na téma Omezovací prostředky v psychiatrii. Víte, co jsou omezovací prostředky?

R: Jo to vím.

V: A dokázal byste to nějak popsat?

R: To je když člověk nemá práci, je nezaměstnaný nebo tak.

V: To si to pletete. Omezovací prostředky jsou, když vás umístíme na pokoj zvýšeného dohledu na kurty, nebo na izolaci. Taky jsou to neklidové medikace, síťové lůžko, ale to tu nemáme. Byl jste někde hospitalizovaný, kde by měli síťové lůžko?

R: Ne, to jsem nikdy neviděl.

V: Vidíte, já taky ne. Ještě se vás chci zeptat, dřív, než začnem rozebírat ty omezovací prostředky. Jste tu hospitalizovaný se svým písemným souhlasem?

R: Jasný, to jsem.

V: Dobře, díky. A byl jste teda někdy přikurtovaný?

R: Několikrát.

V: A byl jste i v terapeutické izolaci?

R- Taky několikrát.

V: A aplikovali vám někdy tu neklidovou medikaci?

R: Jasně že jo.

V: A víte, jaké byly důvody omezení třeba u toho kurtování?

R: No byly to takový důvody, že jsem po někom prostě vystartoval.

V: Takže agrese?

R: Jo, agrese. Pak jsem dostal pigáro a byl jsem na těch kurtech.

V: A stalo se vám někdy, že byste byl třeba na těch kurtech, aniž byste věděl důvod, proč tam jste?

R: No jako když je mi třeba špatně a zvracím.

V: Tak jdete na kurty?

R: Ne tak jdu na PZD (pokoj zvýšeného dohledu, poznámka výzkumníka).

V: To jste mě špatně pochopil. Myslím, jestli jste byl někdy na kurtech, aniž byste věděl proč. Jestli jste měl prostě někdy pocit, že vás ošetrovatelskej personál přikurtoval bezdůvodně?

R: Jo aha. Ne to ne. Vždycky je tam nějaký důvod.

V: A stalo se vám, že byste šel na ty kurty dobrovolně? Že byste cítil, že na vás jde třeba to agresivní chování, tak byste se nechal preventivně přikurtovat?

R: Jooo, taky už několikrát.

V: A dokázal byste popsat průběh toho omezení? Třeba jak zasahuje personál, než vás přikurtují?

R: No tak když po někom vystartuju, tak přiběhnou chlapi (ošetrovatelský personál, poznámka výzkumníka) a složej mě na zem.

V: A co se děje pak?

R: No pak mě zvednou, odvedou mě na PZD (pokoj zvýšeného dohledu, poznámka výzkumníka), tam mě přikurtují.

V: A víte, kolik lidí u takového zásahu odhadem je?

R: To si přesně nepamatuju. Asi pět. Pak ještě přijde nějaká sestřička a dá mi to pigáro.

V: A dokázal byste popsat ten průběh, když už jste na těch kurtech?

R: Já většinou usnu. Někdy za mnou přijde sestřička, jestli mi třeba není špatně nebo tak.

V: A myslíte si, že vám ty kurty v něčem pomohou? Že vás to zklidní? Nebo naopak jste po nich ještě více rozčilený?

R: Jasný, zklidňují.

V: A já si vzpomínám, že jste byl i na terapeutické izolaci nějak přes víkend?

R: Jo to jsem byl. Kvůli Leonovi (spolupacient). Měli jsme oba vycházku, on mi dlužil peníze, tak jsem ho u krámků zkopal. Jenže to viděla naše primářka a ta to zavolala doktorovi.

V: A co se dělo pak?



R: Pak jsem přišel, měli jsme komunitu a doktor se mě ptal, jak to celý bylo. Tak jsem se přiznal a on mi řekl, že se mě teď Leon bojí, tak že půjdu na izolaci přes víkend a já jsem s tím souhlasil.

V: A co jste dělal na tý izolaci?

R: Doktor mi dal nějaký knížky a tak. Tak jsem si tam četl. (Pacient je negramotný, poznámka výzkumníka)

V: A tam za váma taky chodily sestřičky?

R: Jo nosily mi tam jídlo, ptaly se, jestli něco nepotřebuju, nechci čůrat a tak.

V: A myslíte si, že to vám taky k něčemu pomohlo ta terapeutická izolace, nebo jste to bral jako trest?

R: Ponaučil jsem se. Od té doby už jsem podobnou akci neudělal.

V: Tak vám děkuju Karle.

### **13.4.3. Záznam pacienta K. N. z chorobopisu ze dne 31. 5. 2013**

Pobyt v izolační místnosti

#### **31. 5. 2013, 09:45- Záznam lékaře**

*Dle telefonátu primářky J. M. byl pacient dnes viděn, jak pacient srazil na zem pacienta S. L. a kopal do něho, včetně do oblasti ledvin. Pacient zatím mimo pavilon. Po návratu pohovor, pak umístění do terapeutické izolace, kde bude během víkendu. V pondělí úprava medikace, kterou nechceme přes víkend měnit.*

#### **31. 5. 2013, 09:56- Záznam lékaře**

*Vypsaná žádanka na laboratoř + vytištěna opatření v medikaci. Plán: Po víkendu úprava medikace dle laboratoře. Zrušení propustky nahlásit matce- sociální pracovnice. Pacient zařazen do terapeutické izolace jednak z důvodů edukativních za zvlášť surovou agresi a jednak není možno separovat pacienta do patra, (v patře oddělení pavilonu 33 je volnější režim, pacienti jsou tam umísťováni i za dobré chování, poznámka výzkumníka) kam L. S. není vhodný pro četné konflikty. Pacient K. N. do patra chtěl delší dobu a přeřazení bezprostředně po agresi by potvrdilo „výhodu“ agresivního chování. Uvažujeme o přeřazení po víkendu, ev. Po úpravě medikace.*

**31. 5. 2013, 15:16- Záznam lékaře**

*Incident probírán na komunitě, pacient doznal rozsah útoku, včetně kopání do zad. Souhlasil s pobytem na terapeutické izolaci, vybaven četbou- noviny, knihy... Slíbil, že bude přemýšlet o svém počínání. Po víkendu možné přeřazení do patra. Atakovaný pacient L. S. sdělil, že se pacienta bojí a že by s ním nechtěl být pohromadě o samotě.*

**31. 5. 2013, 15:34- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Pacient brachiálně napadl při pobytu mimo odd. jiného pacienta L. S. z rozhodnutí ošetřujícího lékaře umístěn do terapeutické izolace.*

*Indikoval: MUDr. I. H.*

**31. 5. 2013, 17:47- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti*

*Pacient uvolněn z terapeutické izolace na večeri a toaletu.*

**31. 5. 2013, 20:02- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Dle rozhodnutí ošetřujícího lékaře, je pacient umístěn během víkendu 31. 5. 2013 -3. 6. 2013 do terapeutické izolace. Kontroly dle standardu. Krevní tlak-120/80 mm Hg, Puls-76'*

*Indikoval: MUDr. H. K.*

**31. 5. 2013, 23:14- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**1. 6. 2013, 02:00- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**1. 6. 2013, 05:00- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**1. 6. 2013, 06:35- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti.*

*Pacient si došel na WC, provedena ranní hygiena, do snídaň ponechán na otevřené terapeutické izolaci.*

**1. 6. 2013, 8:00- Záznam lékaře**

*Terapeutická izolace povolena pro trvající riziko heteroagrese.*

**1. 6. 2013, 8:15- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Dle rozhodnutí oš. lékaře, je pacient umístěn během víkendu 31. 5. 2013-3. 6. 2013 do terapeutické izolace. Snídal a pil dostatečně, dále kontroly dle standardu. Krevní tlak 115/75 mm Hg, P- 74'*

*Indikoval: MUDr. P. P.*

**1. 6. 2013, 11:00- Záznam sestry**

*Pacient v terapeutické izolaci klidný, pospává. Krevní tlak-120/75mm Hg, P-68'*

**1. 6. 2013, 12:15- Záznam sestry**

*Přerušeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti*

*Důvod přerušení: Oběd*

**1. 6. 2013, 12:42- Záznam sestry**

*Ukončeno přerušení použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti*

**1. 6. 2013, 15:35- Záznam sestry**

*Pacient v terapeutické izolaci, spí, fyziologické funkce neměřeny.*

**1. 6. 2013, 18:22- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti.*

*Pacient puštěn na odd., aby se navečeřel a napil, šel na WC a provést večerní hygienu. Klidný, Krevní tlak- 120/80 mm Hg,Puls- 76'. Předáno noční službě*

**1. 6. 2013, 19:53- Záznam lékaře**

*Indikace terapeutické izolace trvá, povolena od 20:00 pro trvající riziko agrese.*

**1. 6. 2013, 20:00- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Dle rozhodnutí oš. lékaře, je pacient umístěn během víkendu 31. 5. 2013 -3. 6. 2013 do terapeutické izolace, kam nyní umístěn. Večeřel a pil dostatečně, podána večerní medikace, dále kontroly dle standardu. Krevní tlak-120/80 mm Hg, P- 70'.*

*Indikoval: MUDr. P. P.*

**1. 6. 2013, 23:01- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**2. 6. 2013, 02:00- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**2. 6. 2013, 05:00- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**2. 6. 2013, 06:21- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti.*

*Pacient si došel na WC, provedena ranní hygiena, do snídaně ponechán na otevřené terapeutické izolaci.*

**2. 6. 2013, 8:15- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Pro možnou agresi a dle rozhodnutí lékaře oddělení, má být pacient ponechán přes víkend v uzavřené terapeutické izolaci, kde nyní uzamknut, snídal a pil dostatečně. Dále kontroly dle standardu. Krevní tlak-115/70 mm Hg P- 72'. Informován žurnální lékař.*

*Indikoval: DiS. K. S.*

**2. 6. 2013, 11:04- Záznam sestry**

*Pacient v terapeutické izolaci, klidný, pospává, močí do bažanta, zavodňován, Krevní tlak-120/75', Puls-74'.*

**2. 6. 2013, 12:00- Záznam sestry**

*Prerušeno použití omezujícího prostředku: Pobyt v izolační místnosti*

*Důvod přerušení: Oběd*

**1. 6. 2013, 12:20- Záznam sestry**

*Ukončeno přerušení použití omezujícího prostředku: Pobyt v izolační místnosti*

**2. 6. 2013, 12:44- Záznam lékaře**

*Kontrola v terapeutické izolaci, pacient je aktuálně klidný, smířený s pobytem v terapeutické izolaci, vnímá to jako trest za své chování. Je poučen o tom, že napadený spolupacient má z něj stále strach. Aktuálně pacient ponechán v terapeutické izolaci do odeznění zvýšeného rizika agresivního chování.*

**2. 6. 2013, 15:20- Záznam sestry**

*Pacient svačil a pil dostatečně. V terapeutické izolaci klidný, nic nepotřebuje. Krevní tlak-115/75 mm Hg, Puls-72'*

**2. 6. 2013, 18:20- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyt v izolační místnosti.*

*Pacient klidný, došel si na večeři a WC, dále ponechán v otevřené izolaci, kde je dobrovolně, nesnaží se terapeutickou izolaci opustit. Krevní tlak-120/80 mm Hg, Puls-78'*

**1. 6. 2013, 19:54- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyt v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Dle rozhodnutí oš. lékaře, je pacient umístěn během víkendu 31. 5. 2013 -3. 6. 2013 do terapeutické izolace, kam nyní umístěn. Večeřel a pil dostatečně, podána večerní medikace, dále kontroly dle standardu. Krevní tlak -110/70 mm Hg, Puls- 78'.*

*Indikoval: MUDr. P. P.*

**2. 6. 2013, 23:13- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**3. 6. 2013, 02:00- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**3. 6. 2013, 05:00- Záznam sestry**

*Pacient spí, fyziologické funkce neměřeny*

**3. 6. 2013, 6:27- Záznam sestry**

*Provedeny odběry: Celková bílkovina, Albumin, Močovina, Kreatinin, Krevní obraz s diferenc., Chloridy, Kalium, Natrium, Bilirubin celkový, ALT, AST, GMT, ALP, Moč chemicky+ sediment, CRP, ASLO, Testosteron, Valproat, Prolaktin (S)*

*Poznámka:*

*výška: 184 cm, váha: 104,00 kg.*

**3. 6. 2013, 6:38- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti.*

*Pacient si došel na WC, provedena ranní hygiena, do snídaně ponechán na otevřené terapeutické izolaci.*

**3. 6. 2013, 15:17- Záznam lékaře**

*Po ránu ukončena terapeutická izolace. Pacient udává, že přemýšlel o svých činech a sliboval, že se bude snažit nebýt agresivní. Přerázen do patra na pokyn primářky J. M., pro prevenci kontaktu s pacientem L. S. Centrální terapie povolena od zítra. Propustka po domluvě od zítra.*

## **13.5. Analýza zjištěných dat**

### **13.5.1. Analýza polostrukturovaných rozhovorů**

Analýza dat proběhla přiřazením relevantních odpovědí respondentů k jednotlivým tematickým okruhům:

#### **Subjektivní popis pocitů před užitím restriktivní metody**

Odpovědi respondentů související s důvody omezení:

*„No když mě třeba našťve nějaký pacient, tak sem pak našťvanej a třeba si rozmlátim hlavu o topení. Třeba včera mě na jídelně provokoval pan M., tak jsem rozflákal talíř.“*

*„No byly to takový důvody, že jsem po někom prostě vystartoval.“*

*„To ne, to jsem dal facku jednomu spolupacientovi. Takže to jsem šel na izolaci, po pár dnech mě pustili a byl jsem přeložený na sedmadvacítku (p. 27 příjmové oddělení, léčí nemocné v akutním stádiu psychického onemocnění, poznámka výzkumníka) s tím, že jsem se tam podřezával, takže to mě pak přikurtovali.“*

Respondenti ve svých výpovědích udávají, že se například při omezení na lůžku ochrannými pásy nebo kurty „cítí bezpečně“, „zklidní je to“ a pokud dokáží rozpoznat počínající tenzi, tak se sami přihlásí o dobrovolné omezení:

*„Jo to jo, někdy cejtím, že to na mě přijde, tak jdu za nějakou sestřičkou, ať mi něco píchne na zklidnění nebo ať mě rovnou přikurtujou.“*

#### **Informovanost ze strany personálu o použití restriktivní metody**

Odpovědi na otázku související s informovaností ze strany ošetřovatelského personálu

Na otázku, zda mají respondenti pocit, že byl někdy u nich omezovací prostředek použit bezdůvodně, nebo zda se jim někdy stalo, že by je nikdo neinformoval o tom, proč byla u nich použita restriktivní metoda, odpovídají všichni respondenti vcelku stejně:

*„(...) Vždycky je tam nějaký důvod.“*

*„To ne, vždycky vím, co jsem udělal.“*

*„Bylo to správně. Taky jsem tu už teď nemusel bejt.“*

## **Popis průběhu užití restriktivní metody**

Odpovědi na otázku související s průběhem užití restriktivní metody

Respondenti popisují odlišné průběhy při užití restriktivních metod. Dle výpovědí respondent někdy sám uzná nutnost omezovacího opatření a restriktivní metoda je použita bez pacifikace pacienta.

*„(...)a tam já jsem šel dobrovolně na ty kurty. Nikdo se se mnou nemusel prát. Věděl jsem, že to pomůže.“*

*„(...)tak že půjdu na izolaci přes víkend a já jsem s tím souhlasil“*

Ze zkušeností výzkumníka většina omezení ale probíhá s nutnou pacifikací

*„No tak když po někom vystartuju, tak přiběhnou chlapi (ošetřovatelský personál, poznámka výzkumníka) a složej mě na zem.“*

U použití omezovacích prostředků asistují dle výpovědí: „Asi čtyři.“ členové ošetřovatelského personálu. Další postup respondenti popisují odvedením na pokoj zvýšeného dohledu, kde jsou k dispozici kurty, nebo na terapeutickou izolaci. Dle zkušeností výzkumníka jsou pacienti omezení na lůžku v průměru jednu hodinu, na terapeutické izolaci v průměru tři hodiny. Terapeutická izolace se na pavilonu 33 ale používá minimálně. Síťové lůžko je v celé PN Bohnice pouze jedno a to na pavilonu 14, což je oddělení následné péče pro ženy s mentálním postižením kombinovaným s psychiatrickým onemocněním a rodina pacientky ho musela financovat celé sama. Vzhledem k tomu, že užití omezovacích prostředků většinou souvisí s aplikací neklidové medikace: *„Pak ještě přijde nějaká sestřička a dá mi to pigáro“*, pacienti popisují subjektivní pocity při omezení podobně:

*„No já jsem byl takovej vobblej, takže mi to bylo asi jedno.“*

*„Já většinou usnu. Někdy za mnou přijde sestřička, jestli mi třeba není špatně nebo tak.“*



## **Hodnocení celého procesu ze strany pacienta**

Odpovědi na otázku související s ošetrovatelskou péčí v průběhu užití restriktivní metody

Na otázku, zda u pacienta během omezení probíhají kontroly ze strany ošetrovatelského personálu, respondenti odpovídají:

*„ Jo měřej mi třeba tlak nebo tak. “*

*„ (...)choděj za mnou. “*

*„(...) sestřička nebo nějaký ošetrovatel mi pod ty kurty strčí prst, jako jestli to není moc utažený. I se mě ptaj. “*

*„(...)jen sestry mě tam kontrolovaly. “*

*„ Jo nosily mi tam jídlo, ptaly se, jestli něco nepotřebuju, nechci čůrat a tak “*

## **Shrnutí polostrukturovaných rozhovorů**

Z rozhovorů vyplývá, že jsou omezovací prostředky pacienty pozitivně přijímány. Pacienti vnímají restriktivní metody jako terapeutický prostředek, který jim pomůže a o který se někdy i sami dobrovolně přihlásí. Pacienti nemají pocit, že by u nich byla restriktivní metoda použita bezdůvodně, nebo za trest. Dále pacienti udávají, že při omezení je kontroluje ošetrovatelský personál, který jim zajišťuje všestrannou ošetrovatelskou péči, jako je hygiena, strava, vyprazdňování, tepelný a světelný komfort kontrola tlaku a pulsu, nebo kontrola prokrvení končetin.

### 13.5.2. Porovnání platného standardu s výpověďmi pacienta P. N. a K. N. a záznamy v chorobopise

Pacient P. N. - Omezení ochrannými pásy nebo kurty

Pacient K. N. - Umístění pacienta do terapeutické izolace

Výzkumník porovnával pouze standard č. 1 o omezení ochrannými pásy nebo kurty, či umístění pacienta do terapeutické izolace. Z důvodu revize standardu aplikace neklidové medikace, výzkumník tento standard nemohl porovnat.

- I. V platném standardu č. 1 o Omezovacích prostředcích je jako první bod procesu, již několikrát v teoretické části zmiňované pravidlo, že restriktivní metody se používají jako poslední krajní možnost, kdy všechny terapeutické metody již selhaly.

U pacienta P. N. je stav vedoucí k omezení na lůžku popsán tak, že pacient je neklidný, se suicidálními tendencemi, verbálně i fyzicky agresivní a napadá okolí. Dále záznam sestry popisuje snahu domluvit se s pacientem na jiném možném řešení, to je však bez efektu. Proto je pacient omezen v lůžku za všechny čtyři končetiny. Pacient sám v rozhovoru zpětně udává, že toto řešení bylo správné: „(...)taky už jsem tu nemusel být“

U pacienta K. N. bylo umístění do terapeutické izolace, dle záznamu lékaře z důvodů edukativních za zvlášť surovou agresi, což se neshoduje s daným standardem, ale pacient K. N. v rozhovoru udává, že mu pobyt v terapeutické místnosti prospěl: „Ponaučil jsem se. Od té doby už jsem podobnou akci neudělal.“  
Závěr:

U pacienta P. N. je praxe v souladu s procesuálním kritériem. U pacienta K. N. není praxe v souladu s procesuálním kritériem, ale pacientovi toto rozhodnutí dle jeho vlastních slov prospělo.

- II. Druhý bod procesu se týká informovanosti pacienta ze strany ošetrovatelského personálu, kdy všeobecná sestra, nebo lékař vysvětlí pacientovi důvody vedoucí k užití restriktivní metody.

Pacient P. N. ve svém rozhovoru udává, že ví, proč došlo k omezení: „(...)oni mě chtěli zklidnit.“ Dále tento bod také zahrnuje změření pacientových fyziologických

funkcí. Dle záznamu v chorobopise sestra změřila teplotu, tlak i puls a tyto fyziologické hodnoty byly v normě.

Také pacient K. N. ve své výpovědi udává, že byl od lékaře informován: „(...) *tak jsem se přiznal a on mi řekl, že se mě teď Leon bojí, tak že půjdu na izolaci přes víkend a já jsem s tím souhlasil.*“

Závěr:

U obou pacientů je praxe v souladu s procesuálním kritériem.

- III. Dle dalšího bodu ve standardu by měl vlastní omezení provést vedoucí směny za pomoci ostatních zdravotníků.

Dle výpovědi pacienta P. N. bylo omezení v lůžku dobrovolné, bez nutné pacifikace: „(...) *a tam já sem šel dobrovolně na ty kurty. Nikdo se se mnou nemusel prát. Věděl jsem, že to pomůže.*“ Výpověď se značně liší od záznamu v chorobopise, kde všeobecná sestra i lékař popisují stav pacienta jako verbálně i brachiálně agresivní. Na dotaz pacienta, kolik lidí z ošetrovatelského personálu asistovalo při omezení, odpovídá: „*Asi čtyři.*“

Dle záznamu ošetřujícího lékaře pacienta K. N.: *Souhlasil s pobytem na terapeutické izolaci, vybaven četbou- noviny, knihy...* Výzkumník byl ten den přítomen na oddělení 33, a proto může potvrdit, že pacient K. N. šel do terapeutické izolace dobrovolně, bez nutné pacifikace.

Závěr:

U obou pacientů je praxe v souladu s procesuálním kritériem.

- IV. Další body obsahují kontroly pacienta a poskytování všestranné ošetrovatelské péče, ze strany ošetrovatelského personálu, které by měly být časté, u omezení v lůžku minimálně jednou za hodinu zaznamenány do chorobopisu, u terapeutické izolace minimálně po třech hodinách spolu s popisem stavu pacienta.

Pacient P. N. v rozhovoru popisuje: „(...) *Jen sestry mě tam kontrolovaly*“ Záznamy v chorobopisu jsou zapsány po jedné hodině a popisují stav pacienta P. N.:

**14. 12. 2013, 6:51- Záznam sestry**

*Omezení v lůžku nadále. Pacient neklidný, nespí, snaží se dostat z kurtů, hlasitá mluva, podávané tekutiny odmítá, močí do pleny, končetiny bez otoků, zarudnutí.*

**14. 12. 2013, 7:00- Záznam lékaře**

*Omezení nadále, nekritický, zmítá se, medikace nadále dle žurnálního lékaře.*

**14. 12. 2013, 7:46- Záznam sestry**

*Pokračuje omezení, krmení-snídání snědl, pije podávané tekutiny, končetiny bez otoků, zarudnutí.*

U pacienta K. N. jsou záznamy v chorobopisu také zaznamenávané dle standardu:

**1. 6. 2013, 11:00- Záznam sestry**

*Pacient v terapeutické izolaci klidný, pospává. Krevní tlak-120/75 mm Hg, Puls 68'*

**1. 6. 2013, 12:15- Záznam sestry**

*Přerušeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti*

*Důvod přerušeni: Oběd*

**1. 6. 2013, 12:42- Záznam sestry**

*Ukončeno přerušeni použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti*

**1. 6. 2013, 15:35- Záznam sestry**

*Pacient v terapeutické izolaci, spí, fyziologické funkce neměřeny.*

**1. 6. 2013, 18:22- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyť v izolační místnosti.*

*Pacient puštěn na odd., aby se navečeřel a napil, šel na WC a provést večerní hygienu. Klidný, Krevní tlak-120/80 mm Hg, Puls-76'. Předáno noční službě*

Pacient sám potvrzuje kontroly ze stran ošetrovatelského týmu: „*Jo nosily mi tam jídlo, ptaly se, jestli něco nepotřebuju, nechci čůrat a tak*“

*Závěr:*

U obou pacientů je praxe v souladu s procesuálním kritériem

- V. Další část standardu popisuje po domluvě s lékařem možné povolení návštěv u nemocného v omezení, ale jak pacient P. N. sám udává: „*Návštěvy žádný. Za mnou v tý době nikdo moc nechodil.*“ Ani u pacienta K. N. žádné návštěvy během umístění do terapeutické izolace neproběhly.

*Závěr:*

U obou pacientů je praxe v souladu s procesuálním kritériem.

- VI. Je-li proti své vůli omezen pacient s dobrovolným vstupem, další část standardu popisuje nutnost zajištění všeobecné sestry ve spolupráci s lékařem a centrálním příjmem pacientů neprodleně změnu vstupu na nedobrovolný.

Záznam z chorobopisu pacienta P. N.:

**13. 12. 2013, 19:41- Záznam lékaře**

*Pacient ráno sepisuje žádost o to, abychom jej nechali zabít, vyjevuje suicidální tendence, neodklonitelný, dysforický, jednání účelové, manipulativní, nutno farmakologických a mechanických omezení, měním statut hospitalizace na nedobrovolný ze zákonných důvodů, bezprostředně nebezpečný vůči sobě, v důsledku duševní poruchy, odmítá léčebný postup záchrany a omezujeme jej jednoznačně proti jeho svobodné vůli. Korekce medikace, nadbytečná ex, večer levomepromazin, pro poruchy chování, při odmítání- parenterální. Pokračovat v omezení.*

**14. 12. 2013, 14:34- Záznam sestry**

*Pacient na břišním pásu, klidný, pospává v lůžku, hydratace dostatečná- pije sám čaj, močí do bažanta, dnes snědl vše, co pacientovi bylo podáno. Potíže neudává. Má plenu. Odfaxován nedobrovolný vstup.*

Pacient K. N. souhlasil s umístěním do terapeutické izolace, proto nebylo nutné měnit dobrovolný vstup.

Závěr:

U obou pacientů je praxe v souladu s procesuálním kritériem.

- VII. V předposlední části je ve standardu popsána situace, kdy pokud je pacient omezený v lůžku déle, než tři hodiny musí další trvání omezení každé 3 hodiny opět indikovat lékař. U umístění do terapeutické izolace musí lékař znovu indikovat další trvání každých dvanáct hodin. Z vybraných záznamů lékaře v chorobopisu tato část procesu u pacienta P. N. není splněna:

**13. 12. 2013, 19:41- Záznam lékaře**

*Pacient ráno sepisuje žádost o to, abychom jej nechali zabít, vyjevuje suicidalní tendence, neodklonitelný, dysforický, jednání účelové, manipulativní, nutno farmakologických a mechanických omezení, měním statut hospitalizace na nedobrovolnou ze zákonných důvodů, bezprostředně nebezpečný vůči sobě, v důsledku duševní poruchy, odmítá léčebný postup záchrany a omezujeme jej jednoznačně proti jeho svobodné vůli. Korekce medikace, nadbytečná ex, večer levomepromazin, pro poruchy chování, při odmítání- parenterální. Pokračovat v omezení.*

**14. 12. 2013, 7:00- Záznam lékaře**

*Omezení nadále, nekritický, zmítá se, medikace nadále dle žurnálního lékaře.*

U pacienta K. N. jsou indikace od lékařů dle standardu:

**1. 6. 2013, 8:00- Záznam lékaře**

*Terapeutická izolace povolena pro trvajícím riziko heteroagrese.*

**1. 6. 2013, 19:53- Záznam lékaře**

*Indikace terapeutické izolace trvá, povolena od 20:00 pro trvajícím riziko agrese.*

**2. 6. 2013, 8:15- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Pro možnou agresí a dle rozhodnutí lékaře oddělení, má být pacient ponechán přes víkend v uzavřené terapeutické izolaci, kde nyní uzamknut, snídal a pil dostatečně. Dále kontroly dle standardu. Krevní tlak-115/70 mm Hg, Puls- 72'. Informován žurnální lékař.*

*Indikoval: DiS. K. S.*

**2. 6. 2013, 12:44- Záznam lékaře**

*Kontrola v terapeutické izolaci, pacient je aktuálně klidný, smířený s pobytem v terapeutické izolaci, vnímá to jako trest za své chování. Je poučen o tom, že*

*napadený spolupacient má z něj stále strach. Aktuálně pacient ponechán v terapeutické izolaci do odeznění zvýšeného rizika agresivního chování.*

**1. 6. 2013, 19:54- Záznam sestry**

*Použit omezující prostředek: Pobyť v izolační místnosti*

*Zdůvodnění: Tenze a neklid hrozící agresí nezvládnutelné psychologickými prostředky*

*Popis situace: Dle rozhodnutí oš. lékaře, je pacient umístěn během víkendu 31. 5. 2013 -3. 6. 2013 do terapeutické izolace, kam nyní umístěn. Večeřel a pil dostatečně, podána večerní medikace, dále kontroly dle standardu. Krevní tlak- 110/70 mm Hg, Puls- 78'.*

*Indikoval: MUDr. P. P.*

**3. 6. 2013, 15:17- Záznam lékaře**

*Po ránu ukončena terapeutická izolace. Pacient udává, že přemýšlel o svých činech a sliboval, že se bude snažit nebýt agresivní. Přeřazen do patra na pokyn primářky J. M., pro prevenci kontaktu s pacientem L. S. Centrální terapie povolena od zítra. Propustka po domluvě od zítra.*

*Závěr:*

*U pacienta P. N. není praxe v souladu s procesuálním kritériem, u K. N. je praxe v souladu s procesuálním kritériem.*

- VIII. Poslední část standardu obsahuje činnosti všeobecné sestry při ukončení omezení, jako jsou zaznamenání času ukončení omezení do chorobopisu a zaznamenání stavu pacienta:

*Záznam z chorobopisu u pacienta P. N.:*

**14. 12. 2013, 11:30- Záznam sestry**

*Pacient spolupracuje, po ukončení omezení snědl další rohlík sám, posazen v lůžku, pije sám čaj, prevence pádu- břišní pás, výměna pleny, komunikace- pomalá mluva.*

**14. 12. 2013, 14:34- Záznam sestry**

*Pacient na břišním pásu, klidný, pospává v lůžku, hydratace dostatečná- pije sám čaj, močí do bažanta, dnes snědl vše, co pacientovi bylo podáno. Potíže neudává. Má plenu. Odfaxován nedobrovolný vstup.*

**14. 12. 2013, 14:26- Záznam lékaře**

*Pacient udává, že je zapomětlivý, neví, co udělal před chvílí. Tisercin bral i v komunitě. Nebyl schopný se koncentrovat na sezeních. Ted' ho bolí loket, byl na rentgenu, zlomené to není. Objektivně: Klidný, v projevu přiléhavý, insuficiální stesky, kognitivní funkce zhoršeny, pravý loket hematom a otok, mírně omezená hybnost.*

Záznam z chorobopisu u pacienta K. N.:

**3. 6. 2013, 6:38- Záznam sestry**

*Ukončeno použití omezujícího prostředku: Pobyt v izolační místnosti.*

*Pacient si došel na WC, provedena ranní hygiena, do snídaně ponechán na otevřené terapeutické izolaci.*

**3. 6. 2013, 15:17- Záznam lékaře**

*Po ránu ukončena terapeutická izolace. Pacient udává, že přemýšlel o svých činech a sliboval, že se bude snažit nebýt agresivní. Přeřazen do patra na pokyn primářky J. M., pro prevenci kontaktu s pacientem L. S. Centrální terapie povolena od zítra. Propustka po domluvě od zítra.*

Závěr:

U pacienta P. N. Není přesné označení ukončení omezení na lůžku, u pacienta K. N. je praxe v souladu s procesuálním kritériem.



## 14. Diskuse:

Výzkumník výsledky průzkumu získal pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty PN Bohnice a dále pak porovnával platný standard s výpověďmi pacientů a se záznamy v chorobopise.

Z výše provedené analýzy zjištěných dat plyne, že vybraní tři respondenti považují omezovací prostředky, jako plnohodnotnou terapeutickou metodu, která jim pomáhá zejména při zvládnání agrese. Respondenti se k celému průběhu omezení staví kladně. Z jejich výpovědí vyplývá, že jsou vždy informováni o důvodu omezení a je jim během celého procesu poskytována všestranná ošetrovatelská péče.

Standard a záznamy v chorobopise byly v některých bodech v rozporu. Indikace k umístění do terapeutické izolace nebyla dle standardu dostatečná, ale pacientovi toto rozhodnutí, ošetřujícího lékaře a primářky pavilonu 33, dle jeho vlastních slov prospělo. Dále podle záznamů v chorobopise u omezení na lůžku nebyla zaznamenaná po třech hodinách indikace od lékaře k pokračování v omezení a nebylo jasně viditelné, kdy došlo k ukončení použití restriktivní metody. Jinak byla ve většině bodů procesu praxe v souladu s procesuálními kritérii

Vzhledem k užití metodě průzkumu, výzkumník nemůže zcela srovnávat svojí práci s ostatními závěrečnými pracemi. Bylo by však možné vytvořit samostatný výzkum zaměřený na porovnání již zjištěných relevantních výsledků průzkumů.

Výsledky průzkumu budou dány k dispozici PN Bohnice pro možné řešení výše uvedených nedostatků. Zjištěné rozpory mezi praxí a platnými standardy ošetrovatelské péče je vhodné ověřit provedením auditu ošetrovatelské péče.

Pro předcházení dalších možných pochybení v poskytované péči lze navrhnout seminář pro veškerý zdravotnický personál zaměřený na problematiku užívání restriktivních metod.

Vzhledem k tomu, že v PN Bohnice probíhají také praxe dalších vysokých škol, studenti mohou využít výsledky průzkumu pro své potřeby.

## **15. Závěr**

Jak již bylo psáno v úvodu, omezovací prostředky jsou v dnešní době velmi aktuálním tématem. Vzhledem k tomu, že v psychiatrické literatuře je užití restriktivních metod ve většině případů popsáno jen okrajově, tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací využitelných v praxi pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Teoretická část obsahuje popis psychiatrie, jako vědního oboru, možnosti léčby duševních poruch, dále všechny restriktivní metody, které jsou v České republice, dle zákona 372/2011 Sb., povoleny, detenční řízení a projekt Eunomia.

Praktická část je pojatá jako kvalitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo obhájit důležitost omezovacích prostředků, zjištění subjektivní hodnocení omezovaných pacientů pomocí polostrukturovaných rozhovorů a porovnání platného standardu s výpověďmi pacientů a záznamů v chorobopise.

## Seznam literatury

- BEER, M. D., S. M. PEREIRA a C. PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 80-247-0363-7. s. 296.
- CHROMÝ, K., 1990. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum Praha. ISBN 80-201-0050-4. s. 82.
- ČERNOUŠEK, M., 1994. *Šílenství v zrcadle dějin- Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80- 7169-086-4. s. 228.
- ČESKO. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 1, s. 17-23. ISSN 1211-1244.
- ČESKÝ ROZHLAS [online]. *Český rozhlas*. (© 1997-2014 Český rozhlas). [vid. 15. 12. 20013]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/\\_zprava/psychiatr-sitova-luzka-jsou-mirnym-omezovacim-prostredkem--1009237](http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/psychiatr-sitova-luzka-jsou-mirnym-omezovacim-prostredkem--1009237)
- ČTK. 2006. [vid. 15. 11. 2013] Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/pacientka-psychiatrie-se-obesila-v-sitovem-luzku-f7f-/zpravy-domov.aspx?c=A120125\\_074526\\_In\\_domov\\_rka](http://www.lidovky.cz/pacientka-psychiatrie-se-obesila-v-sitovem-luzku-f7f-/zpravy-domov.aspx?c=A120125_074526_In_domov_rka)
- ČTK. 2012. [vid. 15. 11. 2013] Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/pacientka-se-obesila-v-sitovem-luzku-lecebna-naridila-kontrolu-pva-/krimi.aspx?c=A120125\\_071851\\_krimi\\_hv](http://zpravy.idnes.cz/pacientka-se-obesila-v-sitovem-luzku-lecebna-naridila-kontrolu-pva-/krimi.aspx?c=A120125_071851_krimi_hv)
- DUŠEK, K., A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0197-9. s. 170
- HERMAN, E., J. PRAŠKO, P. DOUBEK, J. HOVORKA, 2007. *Bipolární porucha a její léčba- Příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345135-6. s. 96.
- KALIŠOVÁ, L. a kol., 2009. Vnímání omezení a nátlaku během nedobrovolné hospitalizace a po propuštění. Eunomia – konečné výsledky v České republice. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 2009: 105, 1, 5 – 11. ISSN 1212-0383. [vid. 6. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.cspsiatr.cz/detail.php?stat=538>
- KAŠPÁRKOVÁ, J. 2006. *Detence a detenční řízení*. Rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Katedra občanského práva.
- LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4454-4. s. 235.

- MACH, J., 2010. *Lékař a právo- Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3683-9. s. 320.
- MALÁ, E., P. PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie- Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7178-700-0. s. 143.
- MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 80-247-1151-6. s. 352.
- POLICAR, R. Detenční řízení po 1. lednu 2013. In: *Zdravotnické právo a bioetika*. [online]. Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, AV ČR, 2012. [vid. 13. 11. 2013]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/detencni-rizeni-po-1-lednu-2013/>
- PRAŠKO, J. a kol., 2001. *Psychotická porucha a její léčba- Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 80-85912-65-1. s. 90.
- RABOCH, J., M. ANDERS, J. PRAŠKO a P. HELLEROVÁ, 2006. *Psychiatrie- Doporučené postupy psychiatrické péče II.*. Praha: Infopharm, a.s. ISBN 80-239-8501-9. s. 204.
- RABOCH, J., I. ZRZAVECKÁ a P. DOUBEK, 2006. *Nemocná duše- nemocný mozek: Klinická zkušenost a fakta.*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-420-2. s. 285
- RABOCH, J., R. JIRÁK, I. PACLT, 2007. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-041-6. s. 167.
- SEIFERTO VÁ, D., J. PRAŠKO, C. HÖSCHL, Postupy v léčbě psychických poruch. 1.vyd. Praha: Academia Medical Pragensis. ISBN 80- 86694-06-2. s. 478.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III- Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2270-2. s. 214.
- Standard č. 1 Terapeutická izolace pacienta, omezení v lůžku*. Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha. 2003.
- ŠEDIVEC, V., 2008. *Přehled dějin psychiatrie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN- 978-80-87142-00-4. s. 56.
- ŠVARC, J. Omezující prostředky v psychiatrii. Zdravotnictví a medicína ZDN [online]. 4, 2, 26 – 28. ISSN: 1805-2355. [vid. 8. 12. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/omezujici-prostredky-v-psychiatrii-341328>

TOMÁŠ, P., T. MIKLÓŠ, 2004. *Restriktivní metody v psychiatrii- Standardizace ošetrovatelské péče*. s. 38.

VYMĚTAL, J. a kol., *Obecná psychoterapie- 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-0723-5. s. 339.

ZVOLSKÝ, P. a kol. 1994. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-681-3. s. 192.

## **Přílohy**

Příloha A – Schválení etické komise .....I

Příloha B – Standard č. 1 - Terapeutická izolace pacienta, omezení v lůžku ..... II

## Příloha A: Schválení etické komise

### **Etická komise**

[ekomise@plbohnice.cz](mailto:ekomise@plbohnice.cz)

Psychiatrická nemocnice Bohnice  
státní příspěvková organizace  
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220  
181 02 Praha 8, Ústavní 91  
ředitel organizace: MUDr. Martin Holly

### **Lenka Fajfrlíková**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze 5  
150 00 Praha 5, Duškova 7

Naše značka:

Vyřizuje/linka: **420284016141**

V Praze dne **20.3.2014**

### **Souhlas ke sběru dat k bakalářské práci**

Etická komise PN Bohnice vyslovila souhlas ke sběru dat k bakalářské práci na téma  
**Omezovací prostředky v psychiatrii, na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. v Praze 5,**  
Duškova 7, 150 00 Praha 5.

**Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.**

MUDr. Richard Krombholz  
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.  
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice  
Ústavní 91  
181 02 Praha 8 – Bohnice

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595  
[pomykacz@bohnice.cz](mailto:pomykacz@bohnice.cz), [www.bohnice.cz](http://www.bohnice.cz)

## **Příloha B: Standard č. 1**

Téma: Terapeutická izolace pacienta, omezení v lůžku

Určeno pro: PN Bohnice

Platí od : 1. 6. 2003

Omezení – buď terapeutické omezení pohybu pacienta přikurtováním v lůžku, nebo umístění pacienta do terapeutické péče



Struktura	Proces	Výsledky
<p>Omezení pacienta musí vždy indikovat lékař, ve výjimečných případech lze omezení indikovat i dodatečně (vyžadují-li to bezpečnostní důvody, nejdříve provést omezení a poté ihned informovat lékaře, který ordinaci zapíše do chorobopisu.</p>	<p>Pokud se nepodařilo neuspokojivý stav pacienta zvládnout stav verbálním usměrněním či neklidovou medikací přichází v úvahu jako poslední krajní možnost omezení pacienta. Sestra popíše stav pacienta a není-li aktuálně (toho dne) ordinována možnost omezení, přivolá lékaře. Je-li omezení ordinováno, nebo rozhodne-li o něm přivolaný lékař, zodpovídá za jeho správné provedení vedoucí směny.</p>	<p>Nemocný vzhledem ke svému aktuálnímu stavu neohroží sebe, ani nikoho ve svém okolí, respektive nebude svým chováním zneklidňovat, či obtěžovat ostatní nemocné, event. i návštěvy.</p>
<p>Na oddělení jsou k dispozici kurty a sestra zná místo jejich uložení. Na oddělení je terapeutická izolace.</p>	<p>Sestra se snaží nemocnému pro něj pochopitelnou formou vysvětlit důvody vedoucí k jeho omezení (je-li to možné), informovat jej o dalším postupu a event. i časové perspektivě omezení. Na počátku omezení je pacientovi změřen tlak a puls, nedovoluje-li to jeho stav, je změřen v co možná nejkratším čase. Čas počátku omezení sestra výrazně zaznamená do chorobopisu.</p>	<p>K omezení nemocného bylo přistoupeno po vyčerpání jiných možností, ke zvládnutí neuspokojivého stavu a omezení bylo realizováno v souladu s příslušnými interními předpisy- pod supervizí lékaře, za správné indikace, pouze po nezbytně nutnou dobu.</p>
<p>Na oddělení jsou dostupné tiskopisy pro soud Oznamení o nedobrovolném vstupu.</p>	<p>Vlastní omezení provádí všeobecná sestra za pomoci ostatních zdravotníků. Není-li na oddělení k dispozici dostatečný počet personálu, požádá o výpomoc centrální příjem pacientů (telefonní linka 155)</p>	<p>Během omezení nedošlo k poškození pacienta. Jeho základní potřeby byly dostatečně uspokojovány. Dle možnosti ovlivněných stavem pacienta, byl nemocnému umožněn i po dobu omezení kontakt s jeho blízkými.</p>
	<p>Před umístěním pacienta do terapeutické izolace mu personál odebere vše, čím by se mohl poškodit.</p>	<p>Celý průběh omezení byl přehledně a logicky zdokumentován.</p>

Struktura	Proces	Výsledky
	<p>Při omezení pacienta na lůžku, či v terapeutické izolaci kontroluje všeobecná sestra průběžný stav pacienta a nejdéle v hodinových/u terapeutické izolace v tříhodinových intervalech provádí zápis zjištěných údajů do chorobopisu. Předmětem kontrol jsou především tlak a puls, stav vědomí a intenzita utažených páسů s ohledem na prokrvení končetin. Zápis obsahuje zhodnocení projevů pacienta, ve smyslu rozhodnutí o pokračování, nebo ukončení omezení.</p>	
	<p>V průběhu omezení je pacientovi poskytována komplexní ošetrovatelská péče s ohledem na jeho stav. Důraz je třeba klást na hydrataci, vylučování, prevenci dekubitů a event. negativních důsledků omezení končetiny (oděrky, hematomy), hygienu, prevenci prochladnutí.</p>	
	<p>Návštěvy v průběhu omezení jsou možné, nejsou-li výslovně zakázány lékařem. Je vhodné, aby jejich průběh nebyl příliš dlouhý, odehrával se za dohledu personálu a návštěva nemocného byla schopna akceptovat omezující opatření. V případě pochybností se všeobecná sestra obrátí na lékaře se žádostí o rozhodnutí event. i poučení návštěvy.</p>	
	<p>Je-li proti své vůli omezen pacient s dobrovolným vstupem, zajistí všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem a centrálním příjmem pacientů neprodleně změnu vstupu na nedobrovolný.</p>	

Struktura	Proces	Výsledky
	Je-li pacient nepřetržitě omezen v lůžku 3 hodiny, nebo v terapeutické izolaci 12 hodin, musí další trvání omezení každé 3 hodiny resp. 12 hodin opět indikovat lékař.	
	Při ukončení omezení všeobecná sestra zaznamená výrazně do chorobopisu čas, kdy bylo omezení ukončeno a popíše stav pacienta.	

Zdroj: PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA BOHNICE, 2003

