

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Veronika Bauerová**

**Pocity psychiatrických sester při péči o pacienty  
v mechanickém omezení**

*Feelings of psychiatry nurses related to the care of  
patients in mechanical restraints*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2018

Autor práce: Veronika Bauerová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 13. června 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 15. května 2018

Veronika Bauerová

.....

## **Poděkování**

Zde bych chtěla poděkovat paní Mgr. Janě Heřmanové, PhD. za její odborné vedení a cenné rady, které napomohly ke vzniku této práce a paní Mgr. Petře Plaché za odborné konzultace. Dále bych chtěla poděkovat vedení Psychiatrické nemocnice v Horních Beřkovicích za umožnění provedení dotazníkového šetření a všem zaměstnanců dané nemocnice za aktivní účast při vyplňování dotazníků.

## **Obsah**

<b>OBSAH.....</b>	<b>4</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
1.1 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY.....	9
1.1.1 <i>Legislativa omezovacích prostředků</i> .....	9
1.2 DRUHY OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	10
1.2.1 <i>Manuální úchop</i> .....	11
1.2.2 <i>Mechanické omezení</i> .....	11
1.2.3 <i>Terapeutická izolace</i> .....	13
1.2.4 <i>Ochranný kabátek</i> .....	13
1.2.5 <i>Síťové lůžko</i> .....	13
1.2.6 <i>Parenterální psychofarmaka bez souhlasu pacienta</i> .....	14
1.3 SITUACE VYŽADUJÍCÍ APLIKACI OMEZENÍ.....	14
1.4 APLIKACE OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	15
<b>2. SESTRA NA PSYCHIATRII.....</b>	<b>17</b>
2.1 OSOBNOST SESTRY.....	18
2.2 ROLE SESTRY.....	18
2.3 PŘEDPOKLADY PSYCHIATRICKÉ SESTRY.....	19
2.4 ČINNOST SESTRY NA PSYCHIATRII.....	20
2.4.1 <i>Specifická činnost sestry při použití omezovacích prostředků</i> .....	21
2.4.2 <i>Specifika v komunikaci s agresivním</i> .....	22
2.5 VLIVY PŮSOBÍCÍ NA PSYCHIATRICKÉ SESTRY.....	22
2.6 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	24
2.7 DUŠEVNÍ HYGIENA.....	25
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>26</b>
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE.....	26
3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	26
3.3 METODIKA A REALIZACE VÝZKUMU.....	26
3.3.1 <i>Použitá metoda výzkumu</i> .....	26
3.3.2 <i>Průběh výzkumného šetření</i> .....	27
3.3.3 <i>Oddělení zahrnutá do dotazníkového šetření</i> .....	28
3.3.4 <i>Charakteristika respondentů</i> .....	28
3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	29
<b>4 DISKUZE.....</b>	<b>48</b>
<b>5 VÝSTUPY PRO PRAXI.....</b>	<b>53</b>

<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOHY</b>	

## Úvod

Bakalářská práce *Pocity psychiatrických sester při péči o pacienty v mechanickém omezení* pojednává o činnosti sester, která má své nezastupitelné místo ve všech lékařských oborech, tudíž i na psychiatrickém oddělení. Proto jsme se rozhodli zaměřit pozornost právě na tyto sestry, které se každý den ve svém povolání setkávají s omezovacími prostředky. Zaměřili jsme se na metodu omezovacích prostředků, které jsou v posledních letech dosti diskutovaným tématem. Zájem o tuto metodu projevuje nejen široká veřejnost, ale také institut Veřejného ochránce zdraví. Právě kvůli jejich negativním posouzením se na danou metodu všeobecně nahlíží jako na nástroj nelidského zacházení s psychiatrickými pacienty. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli toto téma prozkoumat a následně zpracovat.

Práce je rozčleněna do několika částí, ve kterých jsme se snažili vysvětlit, co obnášejí *omezovací prostředky*, a co tento pojem vůbec znamená. Rozepsali jsme charakteristiku jednotlivých omezovacích prostředků. Poukazujeme na přísnou legislativu, která nám přesně udává, jaké omezovací prostředky lze v praxi používat. Přestože jsou v zákoně přesně definované druhy omezovacích prostředků, tato práce se zabývá pouze fyzickým omezením pacienta v pohybu. Dále se zaměřuje na situace, které vedou sestru nebo lékaře k okamžitému použití omezení a jaké náležitosti musejí být splněny při použití omezení.

Další část práce se věnuje sestrám pracujícím na psychiatrickém oddělení. Popisuje, jakou by měla mít sestra osobnost, především se zaměříme na její předpoklady. Zaměřuje se na samotnou činnost sestry na psychiatrii a na její specifika.

V závěru teoretické části se zabýváme náročnými situacemi, které vznikají na psychiatrii. S tím úzce souvisí i oblast duševní hygieny sestry a možných důsledků vznikajících nedodržování péče o sebe.

Cíle této práce jsou zaměřené na prožitky sester, které poskytují ošetrovatelskou péči u pacienta v mechanickém omezení. Mapujeme jejich kladné i záporné prožitky, zjišťujeme, zda sestry relaxují a dozvídáme se od sester, jaké mají možnosti pro získání informací a kvalifikací pro práci s pacientem v mechanickém omezení.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

S omezovacími prostředky se již můžeme setkat v dávné minulosti. V té době byla léčba duševně nemocných nesmyslná a způsobovala spíše újmy na psychickém i fyzickém zdraví než vidinu vyléčení. S duševně nemocnými se zacházelo jako s jedinci, kteří byli posednutí, nebo byla na ně uvrhnuta kletba. Velký zlom nastal až na počátku 19. století, kdy se začaly vytvářet ústavy, ve kterých byli duševně nemocní pozorováni. V tomto období bylo odstoupeno od nelidského zacházení a začalo se pracovat na omezovacích prostředcích, které by byly přijatelné pro nemocné. Setkáváme se již se svěrací kazajkou, kurty, se speciální židlí, dokonce i s lůžkem pro upoutání pacienta do doby úplného zklidnění (Ocisková, 2015).

V současné době jsou omezovací prostředky považovány za terapeutické a preventivní opatření, které omezuje pacienta v jeho vlastním pohybu, a tím zabraňuje újmě na zdraví, kterou by mohl způsobit sobě či ostatním. K danému opatření je přístupováno jen ve chvílích, kdy jsou vyčerpány všechny ostatní možnosti. Omezovací prostředky nelze považovat za nástroje, které by zdravotnickému personálu ulehčovalo péči o pacienta, ani nejsou považovány za trestající prostředky. Vždy bychom měli myslet na to, že omezovací prostředek je nástroje, způsobující vysoký zásah do lidské důstojnosti a práv pacienta (Dušek, 2015).

### 1.1.1 Legislativa omezovacích prostředků

Omezovací prostředky jsou pevně zakotveny v legislativě České republiky. Nejdůležitějším zákonem pro omezovací prostředky je zákon O zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

#### §38

Zahrnuje náležitosti o nedobrovolné hospitalizaci tj. hospitalizace bez souhlasu pacienta. V paragrafu jsou uvedeny situace, za kterých může poskytovatel zdravotních služeb, převážně lékař, přijmout pacienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu.

### §39

Zde je uvedeno, co je považováno za omezovací prostředek a jehož užití je zákonné.

### §40

Nařizuje ohlašovací povinnost, kterou musí splnit každý poskytovatel zdravotních služeb, pokud dojde k nedobrovolné hospitalizaci nebo užití omezovacích prostředků. Ohlašovací povinnost musí být splněna do 24 hodin od přijetí pacienta k nedobrovolné hospitalizaci, či od užití omezovacích prostředků, a to k určenému soudu.

### **Vyhláška č. 98/2012 Sb., O zdravotní dokumentaci**

Daná vyhláška určuje, jak evidovat omezovací prostředky a co musí tato evidence obsahovat v případě, že jsou aplikovány. Každá aplikace musí mít písemnou podobu a musí obsahovat veškeré náležitosti uvedené v dotyčné vyhlášce.

### **Metodické opatření používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky**

Tento metodický pokyn je obsahem Věstníku 1/2005 Ministerstva zdravotnictví České republiky. Přesně stanovuje celý proces při aplikaci omezovacích prostředků, během omezení a po skončení užití omezovacích prostředků. Dle metodického pokynu si každé psychiatrické zařízení vytváří vlastní standardy o omezovacích prostředcích (Radolf, 2005).

## **1.2 DRUHY OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ**

V této podkapitole se zaměříme na druhy omezení, a to převážně na fyzické omezování, které bývá aplikováno v každodenní.

Raboch (2012, str. 456) vyjmenovává ve své knize omezovací prostředky: „

- a) *manuální fixace*
- b) *mechanické prostředky (kurty, ochranné pásy)*
- c) *síťové lůžko*
- d) *uzavřená izolační místnost*
- e) *ochranný kabátek nebo vesta*
- f) *parenterální psychofarmaka bez souhlasu pacienta“.*

Vypsané druhy omezení lze navzájem kombinovat a použít dle vlastního uvážení lékaře.

### **1.2.1 Manuální úchop**

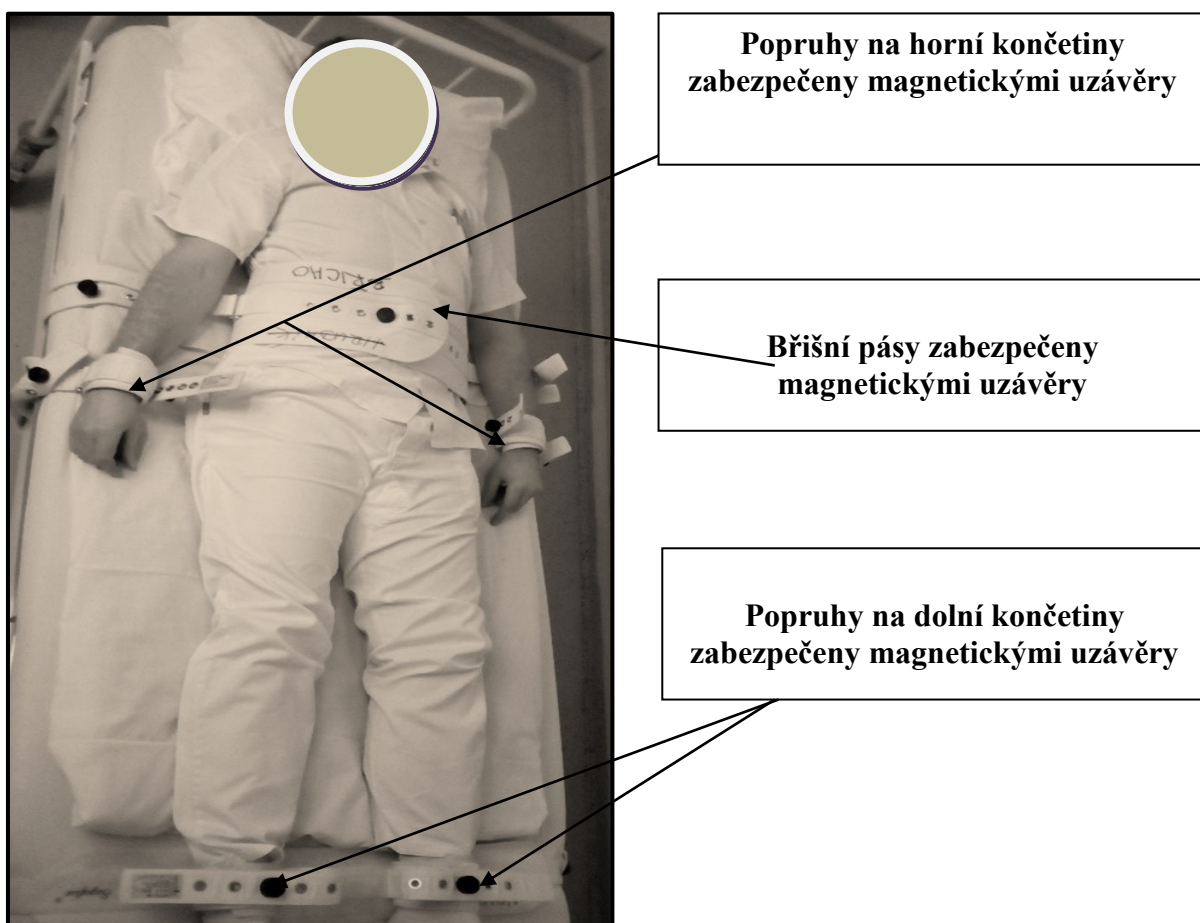
V tomto opatření je využit lidský faktor. Hlavní roli zastupuje při aplikaci opatření ošetrovatelský personál, který se snaží vlastním tělem zajistit pacienta v jeho volném pohybu. Pokud je nutné toto opatření aplikovat, vždy musí být zabezpečen stanovený počet personálu, a to v rozsahu tří až pěti vyškolených jedinců na danou techniku. Předpokládá se, že správně provedený manuální úchop je zajištění každé končetiny pacienta jedním zdravotním pracovníkem. Během celého procesu je nutné postupovat rychle ale šetrně a tak, aby nedocházelo k bolestivým hmatům (Humpl, 2013).

### **1.2.2 Mechanické omezení**

Při mechanickém omezení jsou používány kurty nebo ochranné pásy, které upoutají pacienta na lůžko a znemožní mu volný pohyb. Jedná se o pevné popruhy, které zabezpečují horní končetiny, dolní končetiny a trup. Vzhled a technika upevnění se může lišit dle druhu a dle pokynů výrobce (Kelnarová, 2015).

V tomto opatření je důležité dodržovat přesně stanovené instrukce od výrobce, ale zároveň je velmi podstatné, aby ošetrovatelský personál, který pracuje s popruhy, byl dostatečně informovaný a dodržoval striktně postupy daného zařízení. Z toho vyplývá, že každá instituce by měla vytvořit standardy o omezovacích prostředcích. Pro správné přiložení kurtů, výrobci radí, jak vybrat správnou délku popruhů, protože krátké či úzké popruhy mohou pacientovi způsobit nejen nepohodlí, ale také mohou ohrozit samotné bezpečí pacienta. Břišní kurty musejí přiléhat těsně k břichu a být zabezpečeny magnetickými uzávěry. Přiléhání kurtů nesmí být volné, aby se pacient z omezení nedostal ven, ale zároveň nesmějí být tak těsné, že by omezovaly proces dýchání. Samotné kurty fixované k lůžku nesmějí omezovat polohovací systém lůžka. Pacientův pohyb lze omezit určitým bodovým systémem. Nejčastěji se používá čtyřbodový systém, ale pro zvýšené bezpečí lze užít pětibodový systém (Georgieva, 2012). Další možnosti omezení jsou uvedené na konci bakalářské práce (viz. Příloha A).

**Obrázek 1** Pětibodový systém (zdroj: Veronika Bauerová)



### **1.2.3 Terapeutická izolace**

Terapeutická izolace je charakterizovaná jako prostředek znemožňující volný pohyb pacienta po oddělení. Pacient je uzavřený v samostatné místnosti s určitými náležitostmi. Terapeutická izolace je nepřístupná pro ostatní pacienty. Pacient je v místnosti sám. Svým stavebním uspořádáním musí eliminovat vzniklá rizika, která by vedla k poškození zdraví pacienta. Místnost obsahuje nerozbitná skla, topná tělesa jsou zakrytá. Do terapeutické izolace je zaveden kamerový systém, který by měl být nenápadný. Kamerový systém je převážně veden do sesterny, kde umožňuje pravidelné sledování pacienta. Musí být zajištěn tepelný a světelný komfort. Vzhled terapeutické izolace je v každé psychiatrické nemocnici odlišný, ale vždy musí odpovídat stanoveným kritériím. V místnosti může být umístěno lůžko nebo pouze matrace. Vybavení místnosti vychází z akutního stavu pacienta. Vlastní sociální zařízení a předsín, která slouží pro vstup personálu, je výhodou terapeutické izolace (Petr, 2006).

### **1.2.4 Ochranný kabátek**

Jedná se o pomůcku, která zamezuje pacientovi pohyb s horními končetinami. Její užití je spíše ojedinělé. Používá se především u pacientů, kteří mají sklony k sebepoškození. Ochranný kabátek zafixuje horní končetiny a pacient si nemá možnost poškodit obličejovou část hlavy, vlasový poros, nebo prsty na horních končetinách. Pacient není zcela omezen ve volném pohybu. Pacient může sedět nebo chodit (Petr, 2006).

### **1.2.5 Síťové lůžko**

Jedná se o lůžko, které má ze všech stran vysoké postranice. Prostor mezi postranicemi je vyplněný pevnou sítí. *"Lůžko lze uzavřít zámkem. Délka síťového lůžka je 210 cm, šířka je 87cm."* (Kelnarová, 2015, str. 116)

V minulosti se používala klecová lůžka, která byla ze všech stran tvořena mřížemi. Tato lůžka se používala nejen na psychiatrickém oddělení, ale také v domovech se sociálními službami. Dnes se již tento typ lůžka v našich nemocnicích nesmí používat.

Na problém užívání klecových lůžek bylo poprvé upozorněno v roce 2003, kdy Mental Disability Advocacy Center vydalo zprávu o nelidském zacházení s lidmi, kteří byli uzavíráni do klecí. Tentýž rok bylo provedeno šetření zjišťující frekvenci užívání klecových lůžek. Poté bylo nařízeno všechna klecová lůžka natřít různými barvami, aby působily veseleji. Přes silný vliv se v České republice přestala v roce 2004 užívat klecová lůžka. Přestože se tento typ lůžek nesmí používat, stále je dovoleno využívat lůžka síťová (Mental Disability Advocacy Center, 2014).

V České republice napomohlo ke zrušení klecových lůžek nejen zprávy Mental Disability Advocacy Center, ale především vlastní iniciativa britské spisovatelky J. K. Rowlingové, které v roce 2004 napsala pobouřený dopis Václavovi Klausovi, prezidentu České republiky, o nelidském zacházení s duševně nemocnými pacienty.

### **1.2.6 Parenterální psychofarmaka bez souhlasu pacienta**

Aplikace psychofarmak je posledním druhem omezovacího prostředku, který omezuje pacienta ve volném pohybu. Pacient odmítá přijmout medikaci určenou svým ošetřujícím lékařem a proto mu je aplikovaná bez jeho souhlasu. Aplikace medikace probíhá převážně intramuskulárně. Další možností je aplikace intravenózně, ale tato aplikace se využívá jen minimálně (Nawka, 2012).

## **1.3 SITUACE VYŽADUJÍCÍ APLIKACI OMEZENÍ**

Duševní onemocnění způsobuje časté výchyly v chování nemocných. Někdy se jedná o závažné výchyly, které u nemocného zapříčiňují agresivní chování, nebo mohou vystupňovat až k sebevražednému jednání. Jejich chování může být až bizarní a nežádoucí pro společnost. Proto je v dnešní době při spolupráci s těmito pacienty považováno za nevyhnutelné použít omezovací prostředky (Steiner, 2014).

Omezovací prostředky v praxi lze aplikovat jen v případě, pokud se snažíme odvrátit hrozící nebezpečí, které by mohlo vést k poškození zdraví a života samotného pacienta či jeho okolí. Pokud nastanou situace, při kterých je nezbytné aplikovat omezovací prostředky, vždy jsou aplikovány pouze na dobu nezbytně nutnou (Arnoldová, 2016).

**Agrese:** Martínek ve své knize definuje agresi: „jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit“ (Martínek 2015, 23).

**Autoagrese** je agresivní chování, které je zaměřeno na vlastní osobu pacienta. Pacient má sklony k sebepoškození. Tato agrese může vyvrcholit až v sebevražedný pokus (Petr, 2014).

**Agitovanost** je nečekaná agresivita, která může být spojená se zmateností, opocněním těla, třesem končetin, drkotáním zubů a mnoha dalšími somatickými obtížemi jako je např. bušení srdce, bolesti hlavy a mnoho dalších. Objevuje se u pacientů užívajících omamné látky a alkohol (Ondra, 2016).

**Neklid** je určitý typ projevu chování, které vychází z vnitřní nepohody pacienta. Vnitřní nepohoda může být způsobená psychickou chorobou, nebo spojená se somatickou stránkou pacienta. Neklid postihuje psychomotoriku. Pacient není schopen ovládat své pohyby. Zcela chybí organizace pohybu. Neklid je spojen s pocitem nejistoty, se zvýšením plačtivosti nebo se zvýšenou afektivností (Hýža, 2015).

## **1.4 APLIKACE OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ**

S užíváním omezovacích prostředků se nejvíce setkáváme v oboru psychiatrie. Pokud se na problematiku omezovacích prostředků podíváme podrobněji, zjišťujeme, že dané metody se využívají v dalších medicínských oborech. Velmi často se omezovací prostředky využívají na akutních nemocničních odděleních (ARO, JIP), v léčebnách dlouhodobě nemocných, dokonce i v ústavech sociální péče. Samotná aplikace omezovacích prostředků je velmi různorodá a uplatňuje se téměř v každém oboru.

Pokud se zdravotnické zařízení rozhodne aplikovat omezovací prostředky, vždy je nutné, aby zdravotnický personál postupoval dle platné legislativy České republiky a dle standardů, které si každé zdravotnické zařízení vytváří samo na základě Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Dále musí být zajištěn dostatečný počet zdravotnického personálu, jenž je patřičně proškolen, chová se profesionálně a dbá na bezpečnost pacienta, u něhož dochází k fyzickému omezení ve volném pohybu (Bártlová, 2015).

Lékař má ve svých kompetencích aplikaci omezovacích prostředků. Proto musí umět zhodnotit situaci, která se vyvíjí směrem k samotné aplikaci. Lékař vytvoří písemný zápis, který musí obsahovat podrobně popsanou situaci, která předcházela k užití omezovacích prostředků. Dále se uvádí časový úsek, tj. na jak dlouhou dobu byly omezovací prostředky užity. Zapisuje se tedy začátek a konec omezení. Lékař písemně stanoví interval kontrol pacienta v omezení (Čeledová, 2016).

Pokud lékař rozhodl o užití omezovacích prostředků, ze zákona pro něho vyplývá ohlašovací povinnost. Lékař má povinnost, do 24 hodin od užití omezovacích prostředků, ohlásit soudu danou skutečnost. Hlášení není podáno pouze soudu, ale musí být o skutečnosti informován pacienta a v případě nesvéprávného pacienta i jeho zákonný zástupce (Švarc, 2012).

## **2. SESTRA NA PSYCHIATRII**

Během několika let došlo ve vzdělávání sester k velkým změnám, především v oblasti studijních oborů. Zákony upravující vzdělání sester se neustále mění. Nejnovější změny zákona upravující vzdělání sester je novelizace zákona 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

### **Zákon č. 96/2004 Sb.**

Tento zákon o nelékařských zdravotnických povoláních změnil vzdělání na středních školách. Studenti středních zdravotnických škol, kteří byli přijati do školního roku 2004/2005 začali studovat nový obor zdravotnického asistenta. Studijní obor Všeobecná sestra byl zrušen. Zdravotnický asistent pracuje pod odborným dohledem. Absolventi, kteří nechtějí pracovat pod odborným dohledem, mohou pokračovat ve studiu na vyšší odborné škole zdravotnické nebo na vysoké škole. (Hubová, 2012).

### **Zákon č. 201/2017 Sb.**

Od 01. září 2017 nabyt účinnosti zákon č. 201/2017 Sb., který je náhradou stávajícího zákon č. 96/2004Sb. Tento zákon upravuje studijní obor na středních zdravotnických školách. Paragraf 21b) zákona č. 201/2017 mění název studijního oboru Zdravotnický asistent na nový obor Praktická sestra. Absolventi mohou dále studovat na vyšší odborné škole zdravotnické nebo na vysoké škole.

### **Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.**

Toto nařízení vlády upravuje specializační vzdělávání v psychiatrii. Sestra, která chce získat specializační vzdělání v oboru psychiatrie, musí mít ukončené vzdělání dle zákona č. 96/2004 Sb.

## **2.1 OSOBNOST SESTRY**

Každá osoba, která se rozhodne pro vykonávání povolání sestry, si musí uvědomit, že tato profese je samo o sobě velmi náročná. Má svá specifika, která musí sestra ovládat. Sestra je osobou poskytující pomoc pacientovi a zároveň je kolegyní lékaře. Stává se prostředníkem mezi lékařem a pacientem. Během výkonu svého povolání se musí vyrovnávat nejen s pochvalami, ale také s výtkami (Valdmanová, 2014).

U sester se předpokládá, že jejich osobnost je vyvinutá natolik, že zvládne všechny odborné činnosti a rychle se přizpůsobí technickému a odbornému vývoji v medicíně. Dále musí zvládnout fyzickou zátěž a dodržovat základy slušného chování, především při komunikaci s pacientem, s rodinou pacienta a s veřejností. Předpokládá se, že je kolegiální a umí spolupracovat se svými kolegy. Mezi osobní předpoklady sestry lze řadit takové, které ji pomohou hladce zvládat své povolání. Sestra musí být schopna řešit nově vzniklé úkoly, neváhat a umět se rychle rozhodnout. Musí umět přijmout kritiku a vyrovnat se s ní. Sestra musí umět ovládat své emoce, i když ve svém vnitru pociťuje napětí. Dále je důležité, aby sestra byla empatická, trpělivá, nesobecká. Ve svých činnostech je zodpovědná a umí uznat chybu. Dbá o svůj vzhled, ale i o čistotu a pořádek na nemocničním oddělení (Kelnarová, 2015).

## **2.2 ROLE SESTRY**

Každý člověk ve svém životě zastupuje několik rolí. Může být matkou, dcerou, žákem, učitelem, přítelem. Pro sestru jsou role velmi důležité, hlavně jejich poznání a následné osvojení.

Role sestry se během existence jejího povolání vyvíjela. V tradičním pojetí se sestra stala důležitým členem ošetrovatelského týmu, ve kterém má své nezastupitelné místo. Role sestry byla zdokonalena a získala nové odborné kompetence. Sestra provádí odborné výkony, které v minulosti prováděli pouze lékaři.

Plevová (2011, 85) ve své knize vyjmenovala role sestry jako: „

- *Sestra pečovatelka*
- *Sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny*
- *Sestra obhájkyň nemocného*
- *Sestra koordinátorka*
- *Sestra asistentka*
- *Sestra výzkumnice"*

## **2.3 PŘEDPOKLADY PSYCHIATRICKÉ SESTRY**

Psychiatrická sestra úzce spolupracuje nejen s lékařem, ale především s pacientem. Jejich spolupráce je postavená na vzájemné důvěře a na vytvoření, jak již bylo předtím uvedeno, terapeutického vztahu. Tento proces napomáhá sestře a samotnému pacientovi v překonávání vysilujícího období nemoci. Z toho je parné, že pro odvedení kvalitní ošetrovatelské péče, hrají velkou roli předpoklady psychiatrické sestry.

Elexová (2006, 57) uvádí šest důležitých předpokladů psychiatrické sestry, kterými jsou:

### *„Osobnostní předpoklady*

Psychiatrická sestra musí umět ovládat své emoce. Ke každému pacientovi se musí chovat stejně a nedávat najevo, že vůči pacientovi pociťuje negativní emoce. Vždy musí být neutrální a empatická.

### *Znalost symptomatologie duševních poruch*

Při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi, musí psychiatrická sestra vycházet ze své odbornosti, tj. ze znalostí jednotlivých duševních onemocnění. Pokud by se objevila neznalost duševní poruchy u psychiatrické sestry, mohlo by to vést k narušení terapeutického vztahu s pacientem a vyvrcholení napjaté situace, při které by se mohla objevit agrese ze strany pacienta.

### *Zvládnutí metod získávání údajů*

Osvojení potřebných metod pomáhajících při sběru informací o pacientovi. Důraz je kladen na rozhovor a pozorování. Psychiatrická sestra by měla znát teoretickou i praktickou část správného vedení rozhovoru, pokládání otázek a především musí umět aktivně naslouchat.

### *Znalost účinků psychofarmak*

Psychiatrická sestra musí vědět, jaký lék podává pacientovi. Je obeznámena o jednotlivých indikačních skupinách psychofarmak, jejich nežádoucích účincích, interakcích jednotlivých léčiv a dobu účinnosti stanovené medikace.

### *Orientace v psychoterapii*

#### *Znalost nových metod ošetřování nemocných“*

Psychiatrická sestra, ale také všeobecná sestra, si může své předpoklady během svého povolání zdokonalovat, je povinná si osvojovat nové vědní poznatky. V první řadě všeobecná sestra může vystudovat specializační obor pro poskytování ošetrovatelské péče v psychiatrii. Dále se může zúčastňovat certifikovaných kurzů. V rámci celoživotního vzdělávání musí docházet na pravidelné školicí akce (Hosák, 2015).

## **2.4 ČINNOST SESTRY NA PSYCHIATRII**

Každá sestra pracující ve zdravotnictví má svoji specifickou náplň činnosti, která je dána typem oddělení, na kterém své povolání vykonává, např. sestry na interním oddělení mají odlišnou náplň práce než sestry na psychiatrickém oddělení. Tyto činnosti jsou odlišné především ve stanoveném cíli ošetrovatelské péče. Pro psychiatrické sestry je hlavním cílem navázat a udržet terapeutický vztah s pacientem. Dále sestra vykonává odborné výkony, poskytuje běžnou ošetrovatelskou péči, hodnotí uspokojování základních potřeb pacienta. Těmito úkony se neliší od sester, které pracují v jiném oboru zdravotnictví. Odlišnost je zakotvená v jejich specializačních činnostech, které napomáhají pacientovi. Jedná se především o péči o pacientovu duševní pohodu a napomáhání

pacientovi se znovu začlenit do společnosti. Sestra pomáhá pacientovi naučit se žít s jeho onemocněním (Hosák, 2015).

Sestra během poskytování ošetrovatelské péče využívá terapeutické postupy, které ovlivňují kvalitu péče. Terapeutické postupy volí vždy dle svých kompetencí. Tyto postupy by měly napomoci efektivnímu a pozitivnímu průběhu ošetrovatelského procesu u pacienta s duševním onemocněním. Mezi tyto terapeutické postupy řadíme vedení komunity, biblioterapii, muzikoterapii, arteterapii, psychoedukaci pacienta (Hrindová, 2014).

#### **2.4.1 Specifická činnost sestry při použití omezovacích prostředků**

Pokud je u pacienta nutné použití omezovacích prostředků, musíme si uvědomit, že z jedince doposud soběstačného se stává kvůli omezovacím prostředkům jedinec závislý na pomoci druhé osoby. Sestra zajišťuje veškerou ošetrovatelskou péči a uspokojuje všechny standardní potřeby pacienta. Zároveň vede záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Po celou dobu trvání použití omezovacích prostředků (např. kurtů), sestra nepřetržitě sleduje pacienta. Je nepřípustné, aby tento dohled byl přerušen. Dohled vykonává, buď přes kamerový systém, nebo fyzicky u postele pacienta. Sestra sleduje celkový stav pacienta, vyhodnocuje, zda pacient nemá poruchy vědomí a zda se neobjevují změny v chování. K pacientovi sestra chodí v pravidelných intervalech dle ordinace ošetrujícího lékaře. Pokud ošetrující lékař neurčí přesné časové intervaly, sestra k pacientovi přistupuje každou hodinu. Při každém osobním kontaktu sestra sleduje přiložení kurtů na končetinách, zjišťuje, zda jsou končetiny teplé, prokrvené bez známek hematomů či otoků. Pacientovi měří fyziologické funkce (tep a krevní tlak). Zajišťuje dostatečnou hydrataci, péči o vyprazdňování, tepelný a světelný komfort. Po celou dobu užití omezovacích prostředků sestra obstarává pacientovi uložení v čistém a suchém lůžku. Pacientovi je zajištěna osobní hygiena a čisté oblečení a ložní prádlo. Z důvodu upoutání pacienta na lůžko, hrozí riziko vzniku dekubitů, proto sestra zajišťuje péči o kůži pacienta. Veškeré změny, které by nastaly během omezení pacienta, je sestra povinná ohlásit ošetrujícímu lékaři.

Po ukončení omezení pacienta, sestra nadále sleduje pacientovo chování a identifikuje změny, který by mohly vést k opětovnému užití omezovacích prostředků (Petr, 2006).

#### **2.4.2 Specifika v komunikaci s agresivním**

Komunikace je velmi důležitým nástrojem, který napomáhá sestře při poskytování ošetrovatelské péče. Samotná komunikace je náročný proces a bez komunikace by nefungovala vzájemná spolupráce mezi sestrou a pacientem. U sester, které komunikují s pacientem s duševním onemocněním, musí být komunikace odlišná od té běžné. Dá se specifikovat jako obtížná. Komunikace musí vždy vycházet z poznatků o duševní chorobě (Divácká, 2013).

Zaměřili jsme se na zásady komunikace s agresivním pacientem. Sestra, která vede rozhovor s agresivním pacientem, musí striktně dodržovat zásady správné komunikace. Na prvním místě by sestra neměla být s agresivním pacientem o samotě. Měla by dodržovat dostatečnou vzdálenost od pacienta. Sestra by měla nechat v komunikaci velký prostor pro vyjádření pacienta a klást takové otázky, které by napomohly v interpretaci pacientova chování, především v nalezení důvodu pro toto nežádoucí chování. Sestra by měla aktivně naslouchat, než pacienta opakovaně přerušovat v jeho promluvě. Promluvy sestry by měly být klidné, srozumitelné a věcné. Po celou dobu komunikace sestra udržuje s pacientem oční kontakt. Nesmí zapomínat na neverbální komunikaci. Sestra by si měla kontrolovat svojí haptiku, gestiku a mimiku. Sebemenší nekontrolovaný pohyb může vést ke zvýšení agresivity pacienta (Kelnarová, 2014).

### **2.5 VLVY PŮSOBÍCÍ NA PSYCHIATRICKÉ SESTRY**

Samotná práce na psychiatrickém oddělení je velmi náročná. Její náročnost je zakotvená v nepříjemných vlivech, které působí na psychiku a fyzický stav personálu. Intenzita vlivů se mění dle druhu oddělení, které má svá vlastní specifika. Na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti neagresivní a spolupracující, vlivy na osobu sestry působí v menší míře. Opakem jsou ta oddělení, na kterých jsou hospitalizováni pacienti agresivní, jejichž postoj k léčbě bývá odmítavý a spolupráce minimální (Neubauerová, 2007).

Žena, vykonávající povolání sestry, je ohrožená stresovými situacemi, ze kterých plynou pocity stresu, který bývá vyšší než u jiných povolání. Výkon činnosti klade nároky na psychiku sestry, protože vyžaduje od sestry velkou zodpovědnost a řešení různorodých situací, které vyplývají ze spolupráce s pacientem. Sestry se také musí mnohdy vyrovnávat s technologickým a vědeckým vývojem, s nedostatečným ohodnocením a samozřejmě s komplikacemi vyplývajícími z jejich nezdravého životního stylu (Ječná, 2009).

Na sestru působí i další vlivy, Kopecká (2011, 85) tyto pocity pojmenovává jako: „*stres, frustrace, deprivace*“. Tyto pocity, které vyplývají z náročných životních situací, ovlivňují sestry v jejich pracovním, ale i soukromém životě.

### **Stres**

Stres je zátěž vznikající při dosažení vytýčeného cíle. Tlak na jedince může být tak silný, že jedinci zamezí dosáhnout cíle a ten raději od stanoveného cíle odstupuje a volí si snadnější cíl.

### **Frustrace**

Tento stav nastává v případě, kdy se jedinci nedaří dlouhodobě uspokojit své potřeby vyplývající ze stanovených cílů. Jedinec není schopen překonávat překážky při splnění cílů. Člověk frustrovaný pociťuje neustále zklamání.

### **Deprivace**

Stav, při kterém u jedince nedochází k uspokojování vytýčených cílů, a zároveň jedinec není schopen uspokojovat své základní potřeby. Deprivace zasahuje do citové, fyzické a psychické stránky člověka. Deprivovaný jedinec má potíže v sociální a existenční sféře (Kopecká, 2011).

Pokud sestra dlouhodobě setrvává v působení těchto náročných životních situacích a s nimi souvisejícími náročnými pocity, mohou se objevit typické příznaky syndromu vyhoření. Pokud není sestra schopná svépomoci či vyhledat odbornou pomoc, dostaví se syndrom vyhoření, jenž ovlivní psychiku i práce schopnost sestry.

## 2.6 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření lze vysvětlit několika definicemi. Obecně ho lze definovat jako dlouhodobý stres působící na jedince v jeho pracovním prostředí. Dlouhotrvající stres vzniká vzájemným působením osobních předpokladů a mezilidských vztahů. Syndrom vyhoření se objevuje u všech pracovníků napříč různými oblastmi. Ve zdravotnictví jsou nejvíce syndromem vyhořením ohroženi pracovníci, kteří poskytují péči. Jedná se převážně o oblast zdravotní péče. U sester vzniká dlouhodobý stres v důsledku přetížení ve výkonu povolání (Ribeori, 2009).

Syndrom vyhoření je rozdělován do čtyř fází. První fáze je nadšení. Je to fáze, kdy sestra má stanovené vysoké cíle, je plná elánu a sil pro výkon povolání. Z této fáze se může vyvinout stagnace. Sestra ztrácí prvotní nadšení pro výkon práce, zjišťuje, že její ideály jsou v nesouladu s realitou a jsou neuskutečnitelné. Ze stagnace sestra, trpící syndromem vyhoření, přechází do fáze frustrace, po níž následuje fáze apatie. Pokud nedojde k vyhledání pomoci, sestra se z apatie dostává do poslední fáze, a to do tzv. vyhoření. Uvedené fáze nemusejí být na první pohled na sestře viditelné, mohou být skryté (Venglářová, 2011).

Příznaky syndromu vyhoření jsou považovány za důsledek stresového působení v zaměstnání. Lidé, kteří trpí syndromem vyhoření, se cítí unavení a vyčerpaní. Objevují se fyzické obtíže jako bolesti hlavy a obtíže se zažíváním. Jedinci se začínají stranit kolektivu. Nahlíží na svoji práci velmi negativně. Postupně se snižuje jejich pracovní výkon, až nejsou schopni plnit svoji stanovenou činnost nejen v práci, ale také ve své rodině (Johnson, 2013).

Prvotním krokem v léčbě syndromu vyhoření je přiznání si, že není něco v pořádku a vyhledání odborné pomoci. Následná léčba spočívá v psychoterapii. Vedle léčby je velmi důležitá prevence syndromu vyhoření. Je nezbytně nutné, aby lidé čelící při výkonu svého povolání psychické, fyzické a citové zátěži, především pokud k tomuto výkonu náleží každodenní kontakt s lidmi, byli informováni o syndromu vyhoření. Jedinec, který byl poučen o riziku syndromu vyhoření, může sám rozeznat prvotní příznaky onemocnění a již na tyto

skutečnosti dostatečně reagovat. Provádění prevence na pracovištích by neměla být pouze ve formě podávání odborných informací o syndromu vyhoření, ale také navázání spolupráce celého pracovního kolektivu. Zaměstnavatel by měl například nabízet supervize (Kelnerová, 2014).

## 2.7 DUŠEVNÍ HYGIENA

Sestry, ale i další pomáhající profese, by měly pečovat o své duševní zdraví. Pokud jsou dodržovány postupy a metody duševní hygieny, snižuje se riziko výskytu syndromu vyhoření. Společnost není schopná odstranit působení vlivů každodenního života, ale je schopna podpořit jedince v přizpůsobení se.

**Duševní hygiena:** *„je nauka o tom, jak si chránit a upevňovat duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost člověka vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Má člověka naučit, jak předcházet psychickým obtížím“* (Čeledová 2010, 65).

Duševní hygiena v sobě zahrnuje několik pojmů. Naplnění jejich podstaty pečujeme o své fyzické a psychické zdraví. Andršová (2012, 98) ve své knize uvádí zásady duševní hygieny, kterými jsou: *„Zdravý životní styl a životospráva, dostatek spánku, fyzické aktivity, vyhýbání se alkoholu, nikotinu, drogám, aktivní trávení volného času, relaxace, sport, dostatek sociálních opor v okolí“*.

Kelnarová (2014, 114) uvádí, že: *„Duševní zdraví je integrální součástí celkového zdraví člověka. Projevují se zejména v mezilidských vztazích, ve vnitřním klidu, ale i v uplatňování individuálních schopností jedince a v jeho produktivní činnosti. Lidé, kteří jsou duševně zdraví, mají pod kontrolou své myšlenky, pocity a chování“*.

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **VÝZKUM O OMEZOVACÍCH PROSTŘEDCÍCH**

Ve výzkumné části jsme se zaměřili na prožitky sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v mechanickém omezení.

#### **3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE**

Výzkumný problém a cíle práce jsme stanovili následující:

Cíl 1: Zmapovat kladné a záporné prožitky sester při práci s pacientem v mechanickém omezení.

Cíl 2: Zmapovat zda sestry po práci s pacientem v mechanickém omezení relaxují.

Cíl 3: Zmapovat využití možností, které sestry mají pro získání informací a kvalifikace pro práci s pacientem v mechanickém omezení.

#### **3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Jaké prožitky u sester převládají při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta v mechanickém omezení?

Jaké jsou nejvyužívanější techniky relaxace sester po práci?

Jak sestry využívají možnosti dalšího vzdělání o problematice v oblasti mechanického omezení pacienta?

#### **3.3 METODIKA A REALIZACE VÝZKUMU**

##### **3.3.1 Použitá metoda výzkumu**

Metoda užitá v bakalářské práci je dotazníkové šetření. Jedná se o kvantitativní výzkum. Pro dotazníkovou metodu jsme se rozhodli proto, abychom získali od respondentů detailní informace o názorech na poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v omezení. Dotazník je sestaven ze 14 uzavřených otázek, které slouží k tomu, aby nedošlo k získání velkého množství dat, jež by nás odvedlo od podstaty výzkumu. Otázky byly vytvořeny na základě neřízených rozhovorů ošetrovatelského personálu.

Jednotlivci v neřízeném rozhovoru hovořili o svých pocitech a prožitcích při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi v mechanickém omezení. Dále hovořili o činnostech během omezování pacienta, které je nejvíce ovlivňují při poskytování ošetrovatelské péče. Z cenných informací byly sestaveny hlavní cíl a dílčí cíle, ze kterých byly posléze vytvořené otázky dotazníku. Tyto neřízené rozhovory bychom považovali za pilotní fázi výzkumu, kdy jsme zjišťovali, jak na ošetrovatelský personál působí pacient v omezení. Tyto rozhovory byly vedeny náhodně a v běžné komunikaci mezi spolupracovníky.

Dotazníkové šetření bylo použito v Psychiatrické nemocnici v Horních Beřkovicích, a to na předem určených oddělení, kde se využívá aplikace omezovacích prostředků.

Dotazník je rozděleny do čtyř částí, které na sebe vzájemně navazují a doplňují se. První část otázek je zaměřená na identifikaci respondentů (položka 1-3). Druhá část otázek se již zaměřuje na získání potřebných informací, tedy na vlastní prožitky sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v mechanickém omezení (položka 4-7). Další část dotazníku se zaměřuje na informovanost sester v oblasti mechanického omezování (položky 8-10). Závěr dotazníku je věnován duševní hygieně a relaxačním technikám, které sestry volí pro vlastní uvolnění (položka 11-14).

### **3.3.2 Průběh výzkumného šetření**

Výzkumné šetření proběhlo anonymně na předem určených odděleních Psychiatrické nemocnice v Horních Beřkovicích. Po schválení žádosti (viz Příloha B.) o provedení výzkumu náměstkyní ošetrovatelské péče (dříve hlavní sestra) Mgr. Evou Minarčíkovou jsme oslovili převážně staniční sestry každého vybraného oddělení. S dotazníkovým šetřením byly seznámeny i vrchní sestry. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru. Staniční sestry zajistily vyplnění dotazníku.

### 3.3.3 Oddělení zahrnutá do dotazníkového šetření

Z Psychiatrické nemocnice v Horních Beřkovicích jsme pro dotazníkové šetření vybrali oddělení, v rámci jejichž péče dochází k užití omezovacích prostředků. Jedná se o oddělení Příjmové oddělení pro muže (Oddělení 1), Příjmové oddělení pro ženy (Oddělení 2), Příjmové neklidové oddělení (Oddělení 3), Následná psychiatrie pro mentální retardace pro muže (Oddělení 4), Následná psychiatrie pro mentální retardace ženy (Oddělení 5). Pro možnosti rozsahu bakalářské práce a pro její přehlednost v dalším textu uvádíme názvy oddělení pouze pod pojmy „Oddělení 1 – 5“. Uvedená oddělení se aktivně zapojila do výzkumného šetření.

### 3.3.4 Charakteristika respondentů

Dotazníky byly učeny pouze pro všeobecné sestry/praktické sestry, které aplikují omezovací prostředky v rámci své pracovní činnosti. Zvolili jsme tento typ vzorků, protože při aplikaci omezovacích prostředků je ošetrovatelská péče poskytována i nižším zdravotnickým personálem, ale pouze všeobecné sestry/praktické sestry nesou zodpovědnost za správně aplikované omezovací prostředky a za poskytovanou ošetrovatelskou péči u pacienta v omezení. Z celkového počtu 50 anonymních dotazníků se vrátilo 47 vyplněných, návratnost dotazníku byla tedy 98%. Ačkoli se jednalo o malý počet respondentů, návratnost dotazníku je více než dostačující. Přehled návratnosti výzkumného dotazníku uvádíme v Tabulce č. 1.

**Tabulka č.1**

NÁVRATNOST VÝZKUMNÉHO DOTAZNÍKU		
ODDĚLENÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Oddělení 1	10	21%
Oddělení 2	5	11%
Oddělení 3	18	38%
Oddělení 4	6	13%
Oddělení 5	8	17%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

### 3.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

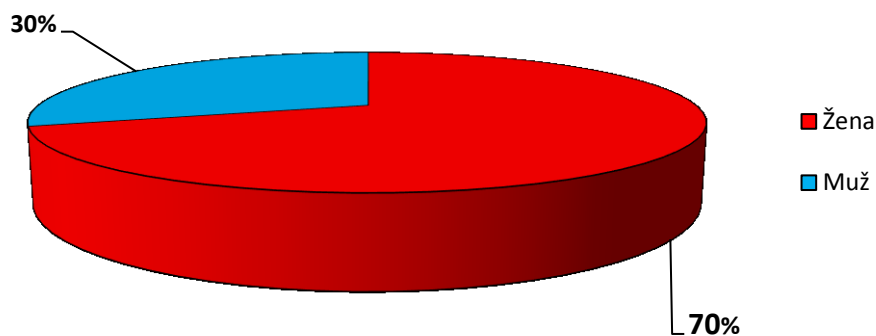
Dotazníky jsme roztřídili na zcela vyplněné a nevyplněné. Dále jsme otázky ve vyplněných dotaznících podrobily rozboru. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 47 osob.

#### 1. Pohlaví respondentů

Tabulka č.2

POHLAVÍ RESPONDENTŮ		
POHLAVÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Žena	33	70%
Muž	14	30%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



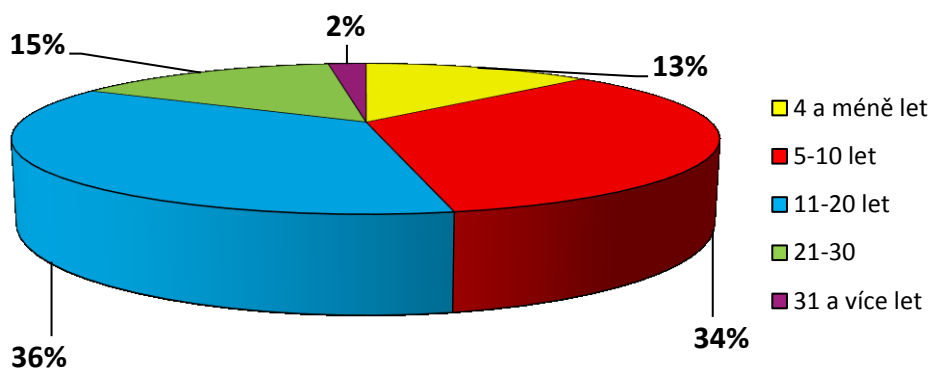
Uvedený graf znázorňuje, že se dotazníkové šetření účastnilo více žen, a to v 70%. Muži zastupovali pouze 30% dotazovaných.

## 2. Délka praxe na psychiatrii

Tabulka č. 3

DÉLKA PRAXE RESPONDENTŮ		
PRAXE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
4 a méně	6	13%
5 – 10 let	16	34%
11 – 20 let	17	36%
21 – 30 let	7	15%
31 a více let	1	2%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Graf č. 2 – Délka praxe na psychiatrii



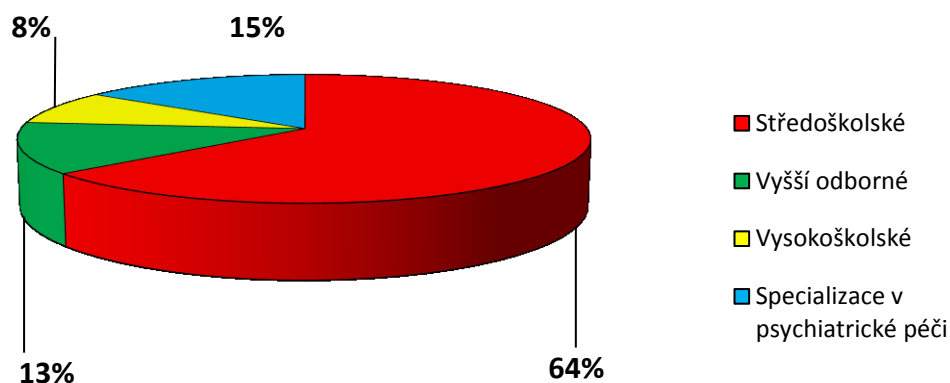
Rozdělení respondentů dle délky praxe je různorodá. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti s délkou praxe na psychiatrickém oddělení od 11 do 20 let. Jedná se o 36% všech respondentů. Druhým nejčastějším rozsahem praxe na psychiatrickém oddělení je praxe 5-10 let, kterou má 34% dotazovaných. Dalšími skupinami jsou respondenti s délkou praxe 21 – 30 let (15%), respondenti s délkou praxe 4 roky a méně (13%). Nejmenší skupinou jsou dotazovaní pracovníci s nejdelší praxí, a to 31 let a více, jedná se o 2% z celkového počtu respondentů.

### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 4.

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ		
VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Středoškolské	30	64%
Vyšší odborné	6	13%
Vysokoškolské	7	15%
Specializace	4	8%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Graf č. 3 – Dosažené vzdělání respondentů



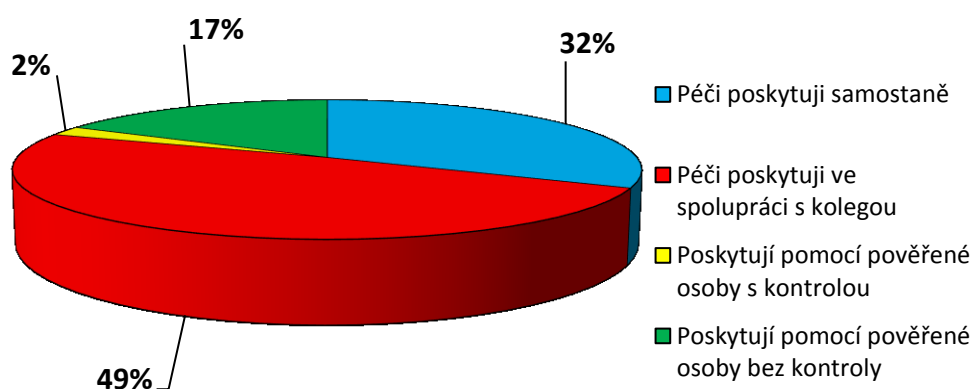
Z výzkumu jasně vyplývá, že většina respondentů má středoškolské vzdělání, a to 64% z celkového počtu dotazovaných. Vyšší odborné vzdělání má 15% oslovených pracovníků psychiatrického oddělení. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 13% dotazovaných. Minimum respondentů má ke svému zaměstnání specializaci pro psychiatrickou péči, celkem 8% respondentů.

#### 4. Jak zajišťujete péči při uspokojování základních potřeb pacienta v mechanickém omezení?

Tabulka č. 5

JAK RESPONDENTI ZAJIŠŤUJÍ OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Samostatně	15	32%
S kolegou	23	49%
Pověřenou osobou s kontrolou	1	2%
Pověřenou osobou bez kontroly	8	17%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

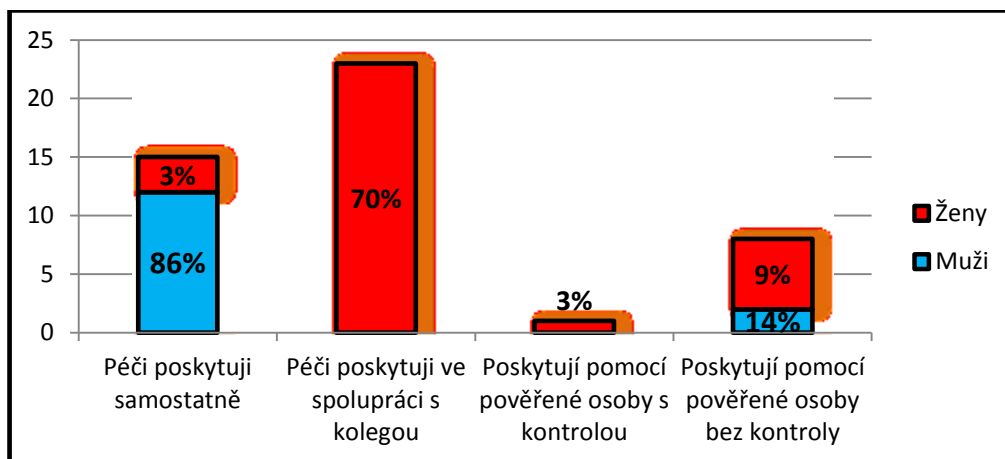
Graf č. 4 – Zajištění ošetrovatelské péče



Respondenti nejvíce uváděli, celkem v 49% odpovědích, že péči u pacienta v mechanickém omezení provádějí se svým kolegou, z důvodu pocitu většího bezpečí. Samostatně poskytuje ošetrovatelskou péči 32% respondentů; 17% respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou péči delegují na pověřené osoby, kterou v jejím výkonu nekontrolují. Pouze 2% respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou péči poskytuje pomocí pověřené osoby, kterou během výkonu kontrolují.

Danou otázku jsme skombinovali s otázkou č. 1. Rozdělili jsme odpovědi pohlaví respondentů. Z grafu je patrné, že muži (86%) péči poskytují samostatně, protože jsou si sebou jistější nežli ženy. V 14% odpovědi muži uvádějí, že poskytují ošetrovatelskou péči pomocí pověřené osoby bez kontroly.

**Graf č. 5 – Zajištění ošetrovatelské péče v závislosti na pohlaví**



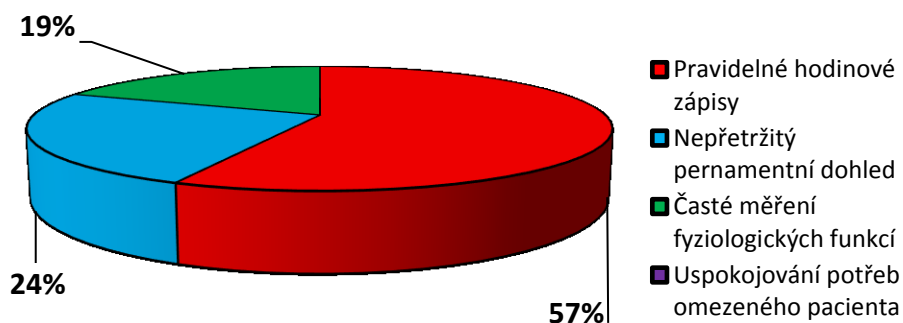
V celkovém počtu 70% žen uvedlo, že ošetrovatelskou péči poskytují převážně ve spolupráci s kolegou, protože mají pocit jistoty; 9% žen poskytuje ošetrovatelskou péči pomocí pověřené osoby bez jejich kontroly; 3% dotázaných žen uvedlo, že poskytují pomoc za pomoci pověřené osoby, ale raději si vše následně zkontrolují. Pouze 3% žen uvedlo, že ošetrovatelskou péči poskytují samostatně.

**5. Podle Vás seřad'te výkony, které sestře činí obtíže při používání mechanického omezení u pacienta.**

**Tabulka č. 6**

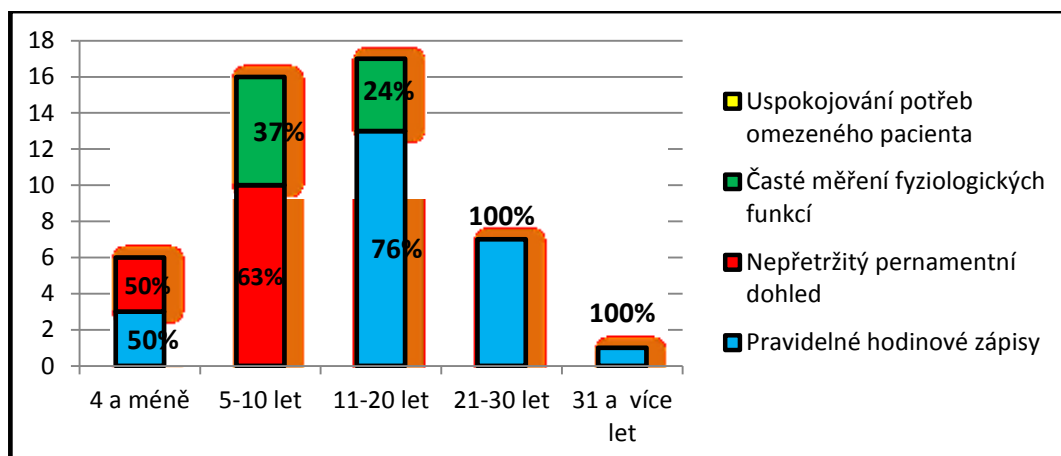
VÝKONY DLE OBTÍŽNOSTI		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Pravidelné hodinové zápisy	30	57%
Nepřetržitý permanentní dohled	17	24%
Časté měření fyziologických funkcí	10	19%
Uspokojování potřeb pacienta	0	0
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 6 – Výkony, které sestře činí obtíže**



Pro 57% respondentů jsou nejobtížnějšími výkony pravidelné hodinové zápisy; 24% respondentů uvedlo, že druhým nejvíce obtížným výkonem je nepřetržitý permanentní dohled; 19% respondentů uvedlo, že nejvíce obtížným výkonem je časté měření fyziologických funkcí. Ze všech získaných dotazníků vyplývá, že nejmenší obtíže sestřím činí uspokojování potřeb omezeného pacienta. Odpovědi z dané otázky jsme rozdělili dle délky praxe respondentů.

**Grafč. 7 –Výkony, které sestře činí obtíže podle délky praxe na psychiatrii**



Respondenti, kteří mají délku práce 4 roky a méně, považují za obtížný výkon sestry pravidelné hodinové zápisy (50%) a nepřetržitý permanentní dohled (50%).

Respondenti s délkou praxe 5-10 uvedli, že za nejobtížnější výkon považují nepřetržitý permanentní pohled (63%). Za další obtížný výkon považují časté měření fyziologických funkcí (37%).

Respondenti, kteří mají délku praxe 11-20 let, uvedli v 76%, že je pro ně nejobtížnější výkon pravidelné hodinové zápisy; 24% respondentů té samé kategorie uvedlo, že dalším obtížným výkonem sestry je měření fyziologických funkcí.

Respondenti s délkou praxe 21-30 let, uvedli ve 100%, že považují za nejobtížnější výkon pravidelné hodinové zápisy.

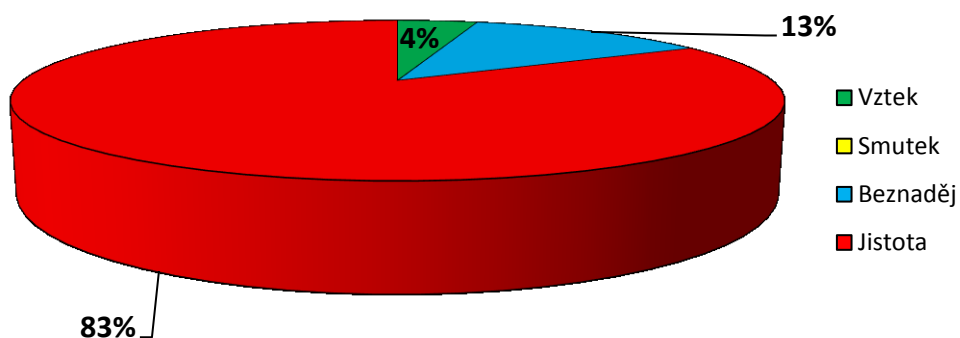
Respondenti, kteří již vykonávají svojí praxi 31 let a více, uvedli ve 100%, odpovědí, že nejobtížnější výkon u pacienta v omezení jsou pravidelné hodinové zápisy.

6. Při předávání směny zjistíte, že během své směny budete poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi v omezení. Jaké pocity Vás doprovází?

Tabulka č. 7.

POCITY RESPONDENTŮ PŘI ZJIŠTĚNÍ UŽITÍ OMEZOV. PROSTŘEDKŮ		
POCITY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Vztek	2	4%
Smutek	0	0%
Beznaděj	6	13%
Jistota	39	83%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Graf č. 7 – Pocity respondentů



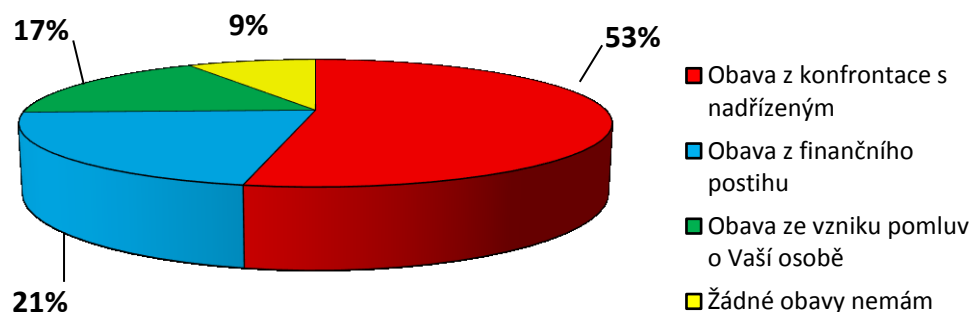
Celkem 83% respondentů, kteří zjistí, že budou mít v péči během své pracovní doby pacienta v omezení, pociťuje jistotu; 13% respondentů pociťuje beznaděj a 4% respondentů pociťuje vztek. Mezi odpověďmi se neobjevil pocit smutku.

7. Pokud by při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v mechanickém omezení došlo k chybě, která byla objevená při kontrole. Z čeho byste měl/a největší obavu?

Tabulka č. 8

JAKÁ JE OBAVA PŘI OBJEVENÍ CHYBY U MECHANICKÉHO OMEZENÍ		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Obava z konfrontace s nadřízeným.	25	53%
Obava z finančního postihu.	10	21%
Obava ze vzniku pomluv.	8	17%
Žádné obavy nemám.	4	9%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

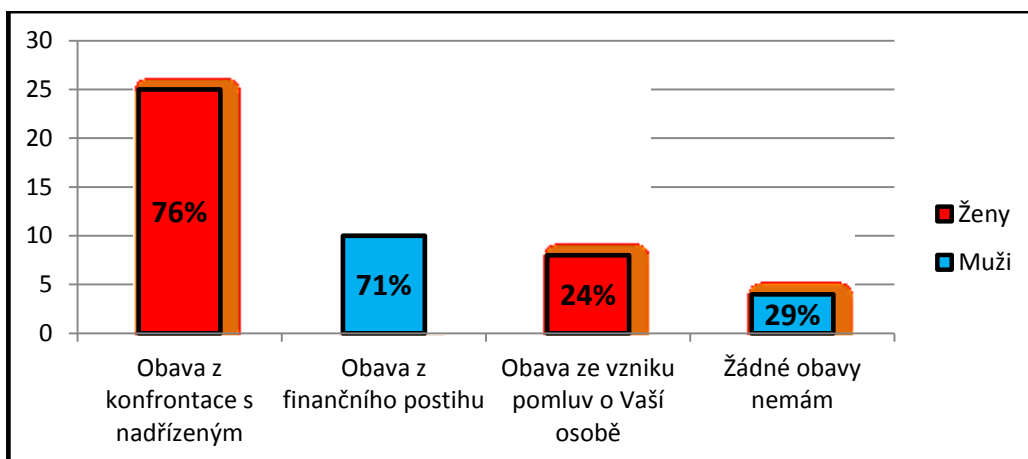
Graf č. 8 – Největší obavy respondentů



Obavu z konfrontace s nadřízeným uvedlo 53% respondentů. Obavu z finančního postihu uvedlo 21% respondentů; 17% respondentů uvedlo, že mají obavu ze vzniku pomluv. Pouze 9% respondentů uvádělo, že nemá žádné obavy.

Odpovědi na otázku č. 7 jsme rozdělili dle pohlaví respondentů a dle délky praxe na psychiatrii.

**Graf č. 9 – Odpovědi rozdělené dle pohlaví respondentů.**

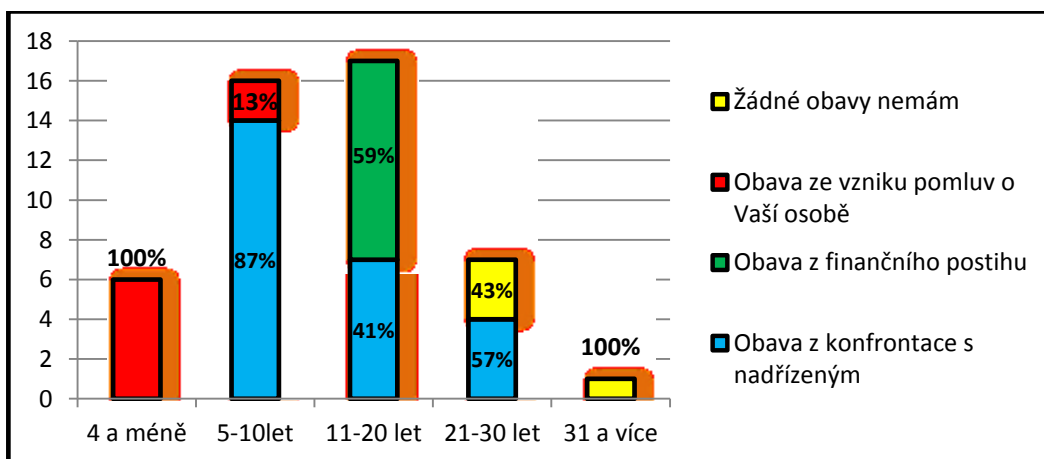


Celkem 71% respondentů – mužů se obává finančního postihu. Dalších 29% mužů uvedlo, že nemají žádné obavy.

Celkem 76% žen uvedlo, že mají obavu z konfrontace s nadřízeným. Dalších 24% žen má obavy ze vzniku pomluv o jejich osobě.

Dále jsme odpovědi na danou otázku rozdělili dle délky praxe respondentů.

**Graf č. 10 – Odpovědi rozdělené dle délky praxe na psychiatrii**



Respondenti, kteří mají délku práce 4 roky a méně, mají největší obavu při nalezení chyby u pacienta v mechanickém omezení a následného vzniku pomluv o jejich osobě (100%).

Respondenti s délkou praxe 5-10 uvedli, že se nejvíce obávají konfrontace s nadřízeným pracovníkem (87%). Ve 13% odpovědí respondenti té samé kategorie uvedli, že mají největší obavu ze vzniku pomluv o jejich osobě.

Respondenti, kteří mají délku praxe 11-20 let, uvedli v 59%, že mají největší obavu z finančního postihu. Dalších 41% respondentů, té samé kategorie uvedlo, že se nejvíce obávají konfrontace s nadřízeným pracovníkem.

Respondenti s délkou praxe 21-30 let, uvedli v 57% odpovědích, že mají největší obavu z konfrontace s nadřízeným. 43% respondentů dané kategorie uvedlo, že nemají žádné obavy.

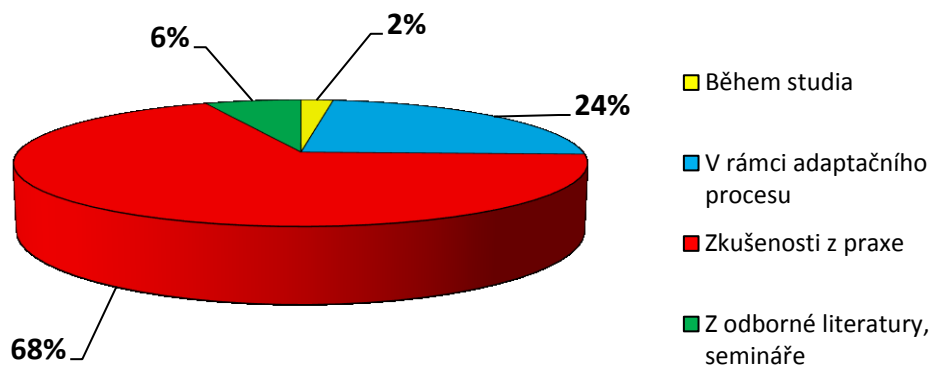
Respondenti, kteří již vykonávají svou praxi 31 let a více, uvedli ve 100% odpovědí, že nemají žádné obavy.

## 8. Kde jste získal/a potřebné informace k péči o pacienta v mechanickém omezení?

**Tabulka č. 9**

ZISK POTŘEBNÝCH INFORMACÍ O MECHANICKÉM OMEZENÍ		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Během studia.	1	2%
V rámci adaptačního procesu.	11	24%
Zkušenostmi z praxe.	32	68%
Z odborné literatury, seminář.	3	6%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Graf č.11 – Získání potřebných informací**



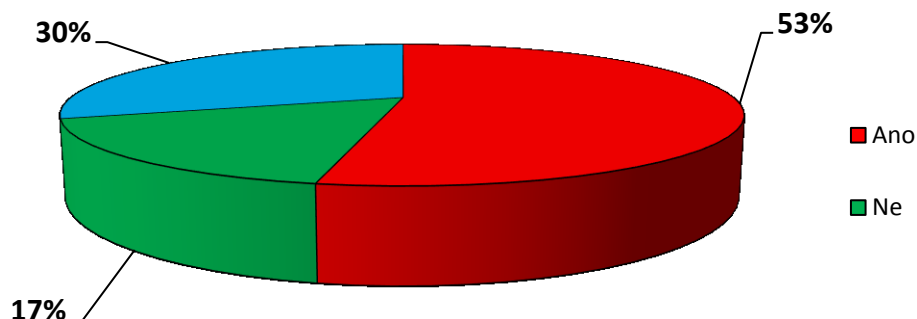
Potřebné informace získané z praktických zkušeností, uvedlo 68% respondentů. V rámci adaptačního procesu získalo zkušenosti 24% respondentů; 6% respondentů uvedlo, že informace získali z odborné literatury a seminářů. Během studia získalo 2% respondentů s dosaženým vyšším odborným vzděláním.

**9. Myslíte si, že máte dostatečné informace týkajících se ošetrovatelské péče o pacienta v omezení?**

**Tabulka č. 10**

DOSTATEČNÉ INFORMACE O PÉČI O PACIENTA V OMEZENÍ		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano	25	53%
Ne	8	17%
Nevím	14	30%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Graf č.12 – Dostatek informací o péči o pacienta v omezení**



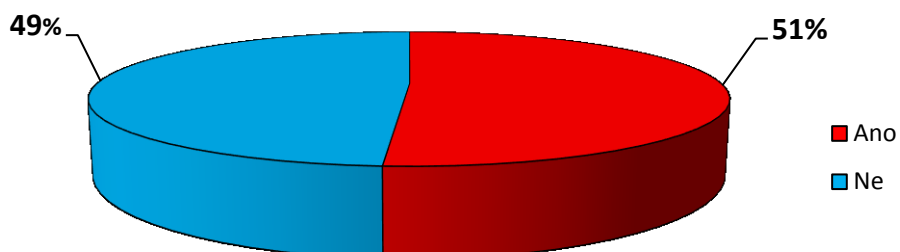
Celkem 53% respondentů se domnívá, že mají dostatečné informace o péči o pacienta v omezení; 17% respondentů uvedlo, že nemají potřebné informace o péči o pacienta v omezení a 30% respondentů uvedlo, že nevědí, zda mají dostatek informací.

**10. Absolvujete v rámci celoživotního vzdělávání kurzy nebo semináře týkající se omezovacích prostředků?**

**Tabulka č. 11**

ABSOLVOVÁNÍ CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano	24	51%
Ne	23	49%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 13 –Absolvování celoživotního vzdělání**



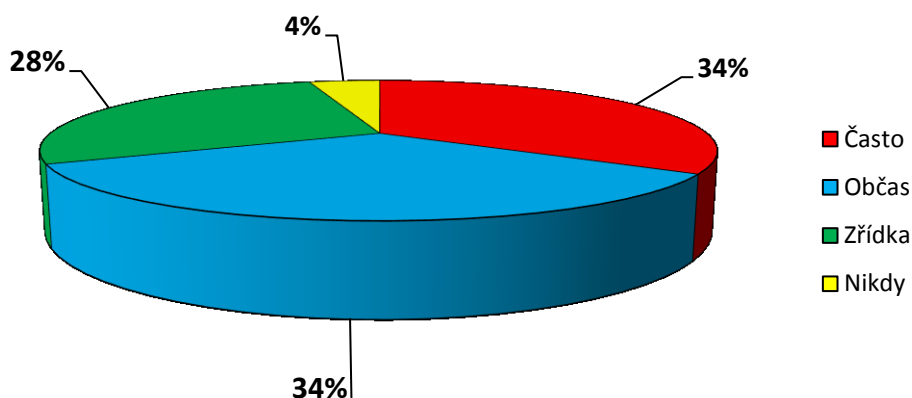
Celoživotní vzdělávání absolvuje 51% dotazovaných respondentů; 49% respondentů uvedlo, že neabsolvují celoživotní vzdělávání, kurzy nebo semináře týkajících se omezovacích prostředků.

**11. Přemýšlíte o problémových/stresujících událostech, které byly spojené s péčí o pacienty v mechanickém omezení i po pracovní době?**

**Tabulka č. 12.**

PŘEMÝŠLENÍ O PROBLÉMOVÝCH A STRESOVÝCH SITUACÍCH		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Často	16	34%
Občas	16	34%
Zřídka	13	28%
Nikdy	2	4%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

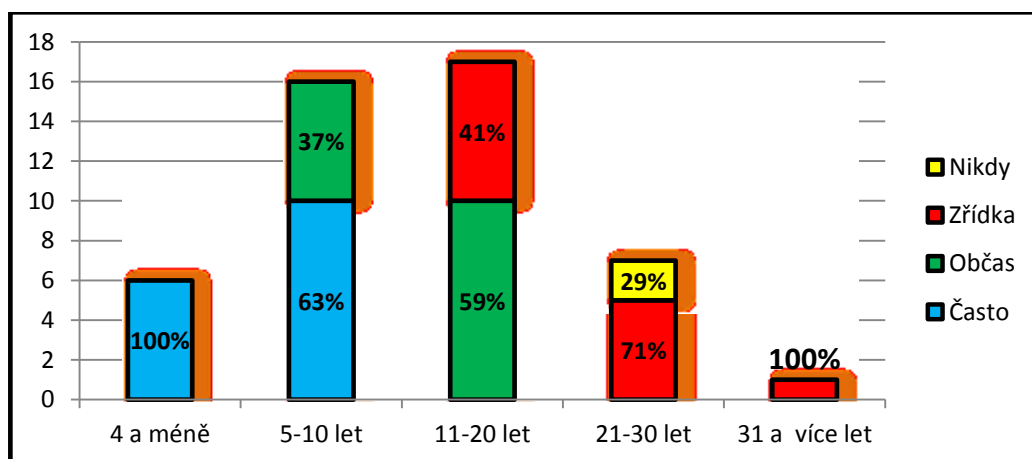
**Graf č. 14 – Přemýšlení o problémových a stresových situacích po pracovní době**



Celkem 34% respondentů uvedlo, že po pracovní době často přemýšlí o problémových situacích. Stejný počet respondentů uvedlo, že občas přemýšlí o problémových situacích po pracovní době. Dalších 28% respondentů uvedlo, že nad problémovými a stresovými situacemi přemýšlejí zřídka a 4% respondentů uvedla, že nad těmito situacemi nikdy nepřemýšlí.

Odpovědi z dané otázky jsme rozdělili dle délky praxe na psychiatrii.

**Graf č. 15 – Přemýšlení o nepříjemných/stresujících situacích po pracovní době, dle délky praxe respondentů.**



Respondenti, kteří mají délku práce 4 roky a méně, uvedli, že nad těmito situace přemýšlejí často po pracovní době a to ve 100%.

Respondenti s délkou praxe 5-10 uvedli, že nad situacemi přemýšlejí často v 63% případů. Celkem 37% dotazovaných z této kategorie uvedlo, že o situacích přemýšlejí občas.

Respondenti, kteří mají délku praxe 11-20 let, uvedli v 59% odpovědí, že nad situacemi přemýšlejí občas. Ve 41% respondenti té samé kategorie uvedli, že nad situacemi přemýšlejí jen zřídka.

Respondenti s délkou praxe 21-30 let, uvedli v 71% odpovědí, že nad situacemi přemýšlejí zřídka. Ve 29% té samé kategorie uvedli, že nad nepříjemnými či stresovými situacemi po pracovní době nikdy nepřemýšlí.

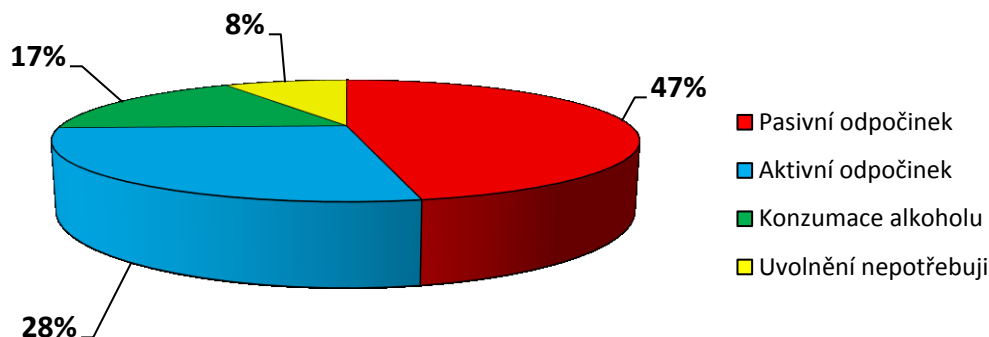
Respondenti, kteří již vykonávají svojí praxi 31 let a více, uvedli ve 100% odpovědí, že o nepříjemných či stresujících situacích přemýšlejí jen zřídka po své pracovní době.

## 12. Jaké techniky volíte k relaxaci v případě, že pocítujete stres a napětí související s výkonem Vaší profese?

**Tabulka č. 13**

TECHNIKA RELAXACE VOLENÉ RESPONDENTY		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Pasivní odpočinek	22	64%
Aktivní odpočinek	13	13%
Konzumace alkoholu	8	15%
Uvolnění nepotřebuji	4	8%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 16 – Volené techniky relaxace respondentů**



Celkem 47% respondentů uvedlo, že volí pasivní odpočinek. Dalších 28% respondentů uvedlo, že využívá aktivní odpočinek. Konzumaci alkoholu volí 17% respondentů. Pouze 8% uvedlo, že uvolnění nepotřebují.

Otázka č. 12 byla sloučená s otázkou č. 2 – délka praxe na psychiatrii. Respondenti, kteří pracují 4 roky a méně volí techniku relaxace v podobě konzumace alkoholu ve 100% případů.

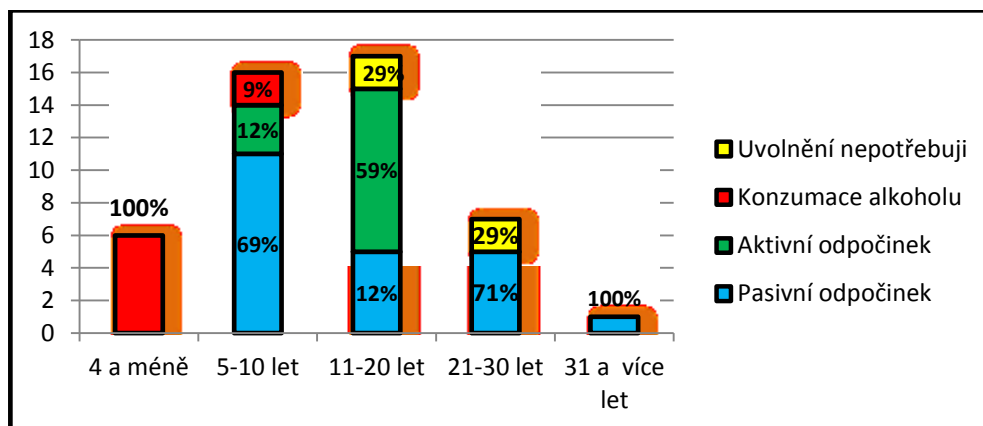
U respondentů s délkou praxe 5-10 let volí 69% dotazovaných pasivní odpočinek, dalších 12% volí aktivní odpočinek, 9% volí konzumace alkoholu.

Respondenti s délkou praxe 11-20 let volí jako formu odpočinku aktivní odpočinek, a to v 59%, dalších 29% volí pasivní odpočinek, 12% uvádí, že uvolnění nepotřebují.

Respondenti s délkou praxe 21-30 let uvedli, že volí pasivní odpočinek v 71% odpovědí, ve 29% uvedli, že uvolnění nepotřebuje.

Respondenti s délkou praxe 31 a více volí pasivní odpočinek.

**Graf č. 17 – Relaxace dle délky praxe na psychiatrii**

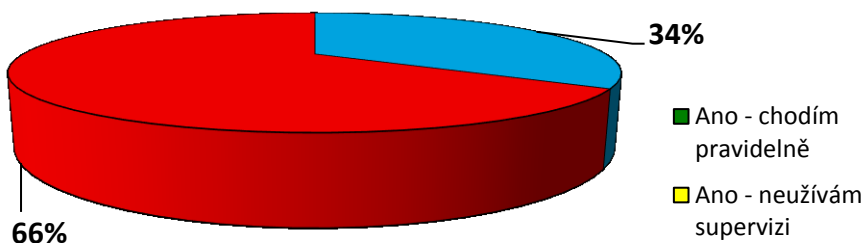


### 13. Nabízí Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervize?

**Tabulka č. 14**

SUPERVIZE		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano – chodím pravidelně	0	0%
Ano – nevyužívám supervizi	0	0%
Ne – uvítala bych supervizi	16	34%
Ne – stejně bych nechodila	31	66%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 18 – Pohled na supervizi**



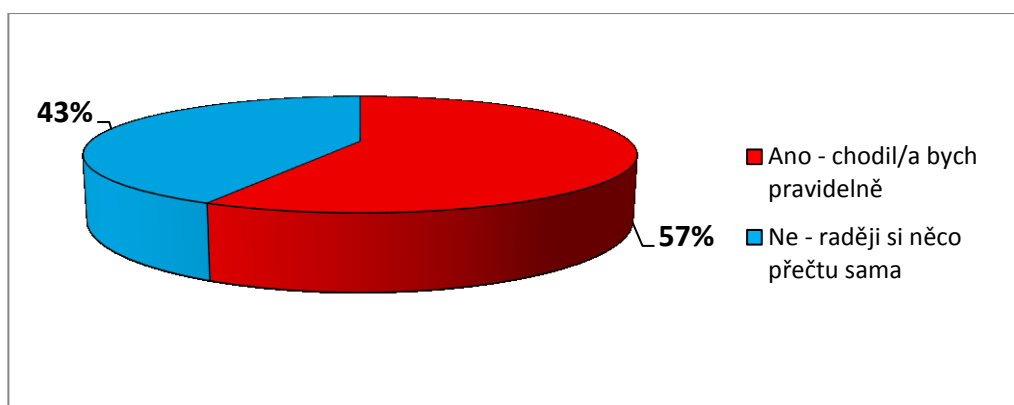
Celkem 66% respondentů uvedlo, že zaměstnavatel neposkytuje supervizi, ale využili by této metody; dalších 34% respondentů uvedlo, že zaměstnavatel neposkytuje supervizi, ale stejně by se supervize neúčastnili.

#### 14. Přivítal/a byste seminář na téma duševní hygiena sestry?

Tabulka č. 15

SEMINÁŘ DUŠEVNÍ HYGIENA PRO SETRY		
ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Ano	27	57%
Ne	20	43%
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

Graf č. 19 – Seminář duševní hygieny pro sestry



Celkem 57% respondentů uvedlo, že by přivítali seminář duševní hygieny pro sestry a chodili by pravidelně; 43% dotázaných uvedlo, že nemají zájem o duševní hygienu, raději volí samostudium.

## 4 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo, zjistit pocity psychiatrických sester při péči o pacienty v mechanickém omezení. K získání potřebných dat jsme použili kvantitativní výzkumné šetření v podobě anonymního dotazníku. Šetření probíhalo v Psychiatrické nemocnici v Horních Beřkovicích, kde bylo předem vybráno pět oddělení, ve kterých se pravidelně používají omezovací prostředky. Výsledky z anonymního dotazníku jsme vyhodnotili a následně jsme výsledky graficky znázornili v tabulkách a grafech. návratnost dotazníku byla 47 plně vyplněných dotazníků. Získané informace od respondentů nám napomohly nalézt odpovědi na tři předem stanovené výzkumné otázky.

*Jaké prožitky u sester převládají při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta v mechanickém omezení?*

K nalezení odpovědi na tuto výzkumnou otázku nám napomohly otázky č. 4, 5, 6 a 7. Respondenti uvedli v 49 % odpovědí, že ošetrovatelskou péči poskytují ve spolupráci s kolegou, protože pocítují pocit bezpečí. V 32% odpovědí respondenti uvedli, že péči poskytují samostatně, jsou si ve své práci jistí a nemají pocit nebezpečí ze strany pacienta. Nalezlo se 17% respondentů, kteří poskytují ošetrovatelskou péči pomocí pověřené osoby bez následné kontroly. Tento přístup zajišťuje respondentům ještě větší pocit bezpečí, to znamená, že pro větší pocit bezpečí sestra zajistí za sebe pověřenou osobu, která poskytuje ošetrovatelkou péči místo ní. Sestra nedochází fyzicky k pacientovi, sleduje ho pouze přes kamerový systém. Z dotazníku jasně vychází, že tuto variantu volili sestry s nízkou dobou praxe.

Pouze 2% respondentů uvedlo, že péči o pacienta v mechanickém omezení zajišťují pomocí pověřené osoby, protože mají větší pocit bezpečí, ale zároveň danou osobu kontrolují, protože potřebují mít pocit jistoty, že je činnost odvedená správně.

Odpovědi na dané otázky jsme rozdělili dle pohlaví respondentů. V tomto případě nám vyplynuly rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče ženou a mužem. Muži při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta v mechanickém omezení pocítují jistotu ve své osobě, a proto péči zajišťují samostatně bez přítomnosti kolegy, a to v 86 % případu. Ženy při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v mechanickém omezení nejvíce volily variantu poskytování ošetrovatelské péče za přítomnosti svého kolegy, aby si zajistily větší pocit bezpečí, a to v 70 % případů. Toto zjištění je totožné se studií od autorky Ječné.

Ječná (2009, 30) ve své studii uvádí, že: „*většina sester se osobně podílí na fyzickém omezování duševně nemocných, při tomto aktu jsou nejčastěji přítomny dvě nebo tři osoby z personálu.*“

Dále z dotazníku vyplynulo, že 57 % respondentů považuje za nejobtížnější výkon, při ošetrování pacienta v mechanickém omezení, pravidelné hodinové zápisy. Sestry pocítují, že tento výkon je omezuje při uspokojování potřeb ostatních pacientů. Zde je nutné zmínit, že výkony rozdělené dle obtížnosti jsou ovlivněny délkou praxe na psychiatrii. Respondenti pracující na psychiatrii 4 roky a méně, považovali za nejobtížnější výkony pravidelné hodinové zápisy (50%) a nepřetržitý dohled (50%), který jim zamezuje v uspokojování svých vlastních potřeb (jídlo, pití, WC). Respondenti, kteří mají již delší praxi, 11-20 let, uvedli, že považují za nejobtížnější výkon pravidelných hodinových zápisů (76%), protože jim tato činnost zamezuje uspokojovat potřeby ostatních pacientů. Stejný názor mají i respondenti, kteří mají praxi 21-30 let (100%) a praxi 31 let a více (100%).

Mezi pocity, které uváděli respondenti, byly pocity jistoty. Je to v případě, kdy sestra zjistí, že během její směny budou nebo jsou aplikovány omezovací prostředky. Sestry pocítují jistotu ne z důvodu ulehčení práce nebo klidného oddělení, ale jistotu, že na oddělení není rizikový pacient, který by svým chováním obtěžoval ostatní pacienty.

Jako poslední pocit respondenti uváděli obavy, se kterými se musejí vyrovnat, pokud dojde k chybě v péči o pacienta v mechanickém omezení. Obavu z konfrontace s nadřízeným uvedlo 53% respondentů. Obavu z finančního postihu uvedlo 21% respondentů; 17% respondentů uvedlo, že mají obavu ze vzniku pomluv. Pouze 9% respondentů uvádělo, že nemá žádné obavy.

Pokud souhrnně zhodnotíme první výzkumnou otázku z pohledů respondentů. Pocity, které mají sestry v péči o pacienta v mechanickém omezení, jsou pocity jistoty. Další pocit je pocit bezpečí v případě, že mají vedle sebe svého kolegu. Sestry se také musejí během svého výkonu povolání vyrovnat s obavami, a to především z konfrontace s nadřízeným, ale hlavně z obavy spojené s finančním postihem. Ječná (2009, 30) ve své výzkumné studii uvedla, že: „*psychiatrické sestry si stěžují na platové ohodnocení. Tato skutečnost může zřejmě souviset s organizačními důvody (všeobecná nemocnice versus psychiatrická nemocnice*“.

Druhou otázku, kterou jsme si položili bylo: *Jaké jsou nejvyužívanější techniky relaxace sester po práci?*

K získání odpovědi na danou výzkumnou otázku, nám pomohly otázky č. 11, 12, 13 a 14.

Snažili jsme se položit takové otázky, které by nám napomohly zjistit, zda si sestry, po ukončení pracovní doby, odnášejí určité pocity ze svého zaměstnání domů. K analýze se určila otázka č. 11. Z odpovědí v dotazníku vyplynulo, že respondenti uváděli, že o stresujících či problémových situacích po pracovní době přemýšlejí často (34%), ale stejný počet dostala i odpověď občas (34%).

Nejvíce o problémových či stresujících situacích po pracovní době přemýšlí respondenti, kteří mají nejkratší délku praxe na psychiatrii 4 roky a méně, a to v 100% odpovědí. Podobný výsledek byl nalezen i u respondentů s délkou praxe 5-10 let (63%). Stoupající dobou praxe se měnily názory respondentů, kteří spíše uváděli, že nad těmito situacemi přemýšlejí zřídka nebo nikdy.

Mezi technikami relaxace respondenti uváděli nejčastěji pasivní odpočinek (64%). Na druhé místo respondenti uvedli, že jejich relaxační technika je konzumace alkoholu (15%). Aktivní odpočinek zvolilo pouze 13% respondentů. Pouze 8% respondentů uvedlo, že relaxaci nepotřebuje. Ječná ve své studii zjišťovala relaxaci psychiatrických sester, kde jsou výsledky studie podobné naší. Ve studii bylo shodně uvedeno, že sestry využívají pasivní odpočinek, aktivní odpočinek (tělesná práce) a mezi další techniku relaxace bylo uvedeno kouření cigaret (Ječná, 2009).

Dané odpovědi jsme rozdělili dle délky praxe respondentů, kde zástupci s délkou praxe 4 roky a méně shodně uváděli, že jejich technika relaxace je konzumace alkoholu (100%). Tento výsledek je podle nás velmi znepokojující.

Venglářová (2011, 134) uvádí že: *„zdravotníci jsou skupina lidí, kteří mají sklony k užívání návykových látek a hlavně užívání alkoholu. Je to zapříčiněno tím, že zdravotníci mají jednoduchý přístup k lékům. Jedná se o skupinu léků, které mají rychlý účinek a tím napomáhají člověku v tísni, ale zároveň se vytváří rychlá závislost. Zdravotníci zprvu užívají alkohol a posléze ho nahradí uvedenými léky.“*

Na předchozí otázku navazuje otázka supervize. Respondenti shodně uváděli, že zaměstnavatel nezajišťuje tuto službu (100%). Což hodnotíme velmi negativně.

V této otázce se respondenti rozdělili na dvě nerovnoměrné skupiny. Jedna skupina respondentů uvedla, že zaměstnavatel jim nenabízí supervizi, ale zároveň o tuto službu nemají zájem (66%). Opačná skupina respondentů uvedla, že zaměstnavatel jim nenabízí účast na supervizi, ale sami by tuto službu uvítali (34%).

Pomocí poslední otázky jsme chtěli zjistit zájem respondentů na seminář o duševní hygieně. V této otázce se nám opětovně respondenti rozdělili na dvě skupiny.

Jedna skupina respondentů se k návrhu na seminář duševní hygieny sestry staví skepticky. Spíše ho odmítá a udává, že si raději něco přečtou.

Jedná se o 43 % respondentů z celkového počtu. Druhá skupina respondentů se k této otázce stavěla velmi pozitivně, celkem 57% respondentů uvedlo, že by přivítali seminář na téma duševní hygiena sestry a zároveň uvedli, že by na seminář docházeli pravidelně. Ze seminářů by sestry získaly dostatečné informace o metodách a postupech duševní hygieny.

Shrneme-li odpovědi na druhou výzkumnou otázku, lze říci, že nejčastější relaxační technikou, kterou využívají sestry po zaměstnání je pasivní odpočinek.

Na otázku, která byla propojená s touto výzkumnou otázkou, sestry uváděly záporné odpovědi. Sestry nemají zájem o supervizi. Tento nezájem o supervizi a seminář duševní hygieny si můžeme vysvětlit tak, jak Ječná (2009, 30) uvádí: „*pracovníci na psychiatrických odděleních postupně získávají poznatky v oblasti hygieny duševního života, schopnost účinné relaxace, snižování stresu na pracovišti a asertivního jednání*“.

*Jak sestry využívají možnosti dalšího vzdělání o problematice v oblasti mechanického omezení pacienta?*

Pro získání odpovědi na danou výzkumnou otázku jsme využili otázky z č. 8, 9 a 10.

Z odpovědí je patrné, že respondenti nejvíce získávali informace k péči o pacienta v mechanickém omezení během své praxe (68%). Další 24% respondentů uvedlo, že informace získávali během adaptačního procesu.

Navazující otázka sloužila k tomu, abychom zjistili, zda respondenti dle svého názoru mají dostatečné informace o péči o pacienta v omezení. Většina respondentů zastává názor, že mají dostatečné informace (53%). Naproti tomu se našli i respondenti, kteří jednoznačně uvedli, že se domnívají, že nemají dostatečné informace o této problematice (30%). Pouze 17% respondentů si není jisto, zda mají dostatečné informace o péči o pacienta v omezení.

Poslední otázka byla zaměřená na to, zda si respondenti prohlubují znalosti v oblasti omezovacích prostředků v podobě seminářů a kurzů v rámci celoživotního vzdělávání. Pouze 51% respondentů uvedlo, že se zapojují do celoživotního vzdělání na téma omezovacích prostředků.

## 5 VÝSTUPY PRO PRAXI

Z výzkumného šetření jsme zjistili nedostatky z praxe, které mohou ovlivnit pracovní život sestry a je nutné tyto nedostatky odstranit. Zjistili jsme, že sestry nemají možnost supervize a možnost seznámit se s tím, co udělat pro svoji osobu, aby se cítily dobře a předcházely syndromu vyhoření. Dále jsme zjistili, že některé sestry nemají dostatečné informace o péči o pacienta v mechanickém omezení. Osobně se domníváme, že sestry na psychiatrii by měly mít dostatečné informace a neměly by o sobě v této oblasti pochybovat. Proto jsme se rozhodli vypsat několik možností, jak sestrám pomoci.

V oblasti aplikace omezovacích prostředků:

- Zavést povinné semináře a přednášky na téma *Omezovací prostředky* s cílem získání nových informací o omezovacích prostředcích.
- Zavést seminář a přednášky na téma *Jak přistupovat k agresivnímu pacientovi* s cílem získání cenných rad, jak se chovat k agresivnímu pacientu, jak poznat agresi.
- Zajistit kurzy sebeobrany.
- Zavést E – learningové testy na téma *Omezovací prostředky*, kde by se zjistilo, jaké vědomosti mají zaměstnanci v oblasti omezovacích prostředků.

V oblasti supervize a duševní hygieny:

- Zavést semináře a přednášky na téma *Duševní hygiena* s cíle získat informace o tom, proč je důležité pečovat o své duševní zdraví.
- Zavést seminář a přednášky na téma *Syndrom vyhoření*.
- Zvýšit iniciativu vrchních sester a aktivně pracovat na prevenci syndromu vyhoření.
- Zajistit dostatečný informační materiál pro zdravotníky.

## 6 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali sestře, která pracuje na psychiatrii. Zaměřili jsme se hlavně na její pocity, se kterými se vyrovnává. V teoretické části jsme se seznámili s omezovacími prostředky, a jaké druhy omezovacích prostředků lze aplikovat ve zdravotnickém zařízení. Nahlédli jsme na právní legislativu upravující užívání omezovacích prostředků. Následně jsme uvedli situace, které vyžadují užití příslušné metody. Nezapomněli jsme ani na správnou aplikaci omezovacích prostředků. Vedle omezovacích prostředků jsme se plně věnovali sestře na psychiatrii. Zjistili jsme, jaké odpovídající vzdělání by měla sestra mít, v čem je její práce odlišná od sestry z jiného oddělení a jaké má povinnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v omezení. Uvedli jsme i situace, se kterými se musí vyrovnávat při výkonu svého zaměstnání. V posledních podkapitolách teoretické části jsme se okrajově zmínili o syndromu vyhoření a o duševní hygieně sestry.

V praktické části se věnujeme detailnímu popisu výzkumného šetření. Zde je popsána metoda výzkumu, průběh výzkumného šetření, charakteristika vzorků a výsledky výzkumu. K výzkumnému šetření jsme vytvořili výzkumné otázky, které nás dovedly ke stanoveným cílům bakalářské práce. Výzkumnými otázkami jsme dosáhli odpovědí na palčivé otázky prožitků sester převládajících při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta v mechanickém omezení, jaké jsou nejvyužívanější techniky relaxace sester po práci, jak sestry využívají možnosti dalšího vzdělání o problematice v oblasti mechanického omezení pacienta.

*Cíl 1: Zmapovat kladné a záporné prožitky sester při práci s pacientem v mechanickém omezení.*

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestry na psychiatrii prožívají, jak kladné, ale také záporné prožitky. Mezi kladnými prožitky jsou uvedeny pocity jistoty. Respondenti uváděli, že při předávání směny zjistí, že mají pacienta v mechanickém omezení, pociťují jistotu, protože na oddělení nebude rizikový pacient, který by svým chováním rušil ostatní pacienty. Další pocit, který sestry

prožívají, když pracují s pacientem v mechanickém omezení, je pocit bezpečí, ale ten prožívají pouze tehdy, kdy o pacienta v mechanickém omezení pečují společně se svým kolegou.

Do negativních prožitků sestry zařazují obavy z konfrontace s nadřízeným a obavy z finančního postihu. Respondenti měli pouze na výběr ze čtyř negativních prožitků, které byly předem zjištěny z neřízeného rozhovoru a vycházejí z praxe v nemocnici.

*Cíl 2: Zmapovat zda sestry po práci s pacientem v mechanickém omezení relaxují.*

Mezi odpověďmi na výzkumné šetření byla nejvíce zastoupena relaxace pasivním odpočinkem. Sestry se jednoznačně shodly, že jim zaměstnavatel neposkytuje supervizi, ale většina sester ani nemá o tuto metodu zájem. Sestry by spíše přivítaly pořádání semináře o duševní hygieně sestry.

*Cíl 3: Zmapovat využití možností, které sestry mají pro získání informací a kvalifikace pro práci s pacientem v mechanickém omezení.*

Většina dotazovaných sester získává informace o péči o pacienta v mechanickém omezení pouze ze svých zkušeností z praxe a absolvování celoživotních kurzů nebo seminářů týkajících se omezovacích prostředků.

Domníváme se, že je velmi důležité vědět, co sestra na psychiatrickém oddělení pociťuje, protože sestra, ať už na psychiatrii či na jiném oddělení, jenž se cítí dobře, odvádí práci kvalitněji, bez rizik pochybení. Z výzkumu vyplývá, že všichni respondenti, kteří se stali součástí této projektové práce, prožívají kladné a záporné prožitky, se kterými se podle svého vyrovnávají. Pocity sester nelze odstranit, ale měli bychom je ovlivňovat.

I přesto, že bylo toto výzkumné šetření aplikováno jen v malém počtu respondentů, dá se považovat za obecné v našem zařízení, ale postačuje k tomu, abychom si všimli alarmujících poznatků, především těch, že některé sestry vyhledávají relaxaci v podobě konzumace alkoholu, nemají žádný zájem o supervizi, která je na psychiatrii velmi důležitá, a že některé sestry nemají dostatečné informace o péči o pacienta v mechanickém omezení.

Na závěr bych chtěla podotknout, že jsme splnili všechny stanovené cíle a našli jsme odpovědi na stanovené cíle.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2.díl. Učebnice pro obor sociální činnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-271-9307-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva et al. *Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky*. *Kontakt*. 2015. 17[2], 86-93. ISSN 1212-4117

ČELEDVÁ, Libuše et. all. *Úvod do gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3405-3.

ČELEDVÁ, Libuše et. all. *Výchova ke zdraví – Vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DIVÁČKÁ, Elena. *Komunikace s pacientem s depresivní epizodou*. [online]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/canek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-depresivni-epizodou-469290> [cit. 2017-11-10].

DUŠEK, Karel et. all. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

ELEXOVÁ, Hana et. all. *Organizační formy ošetrovatelské péče*. In MARKOVÁ, Eva et. all. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 52-58. ISBN 80-247-1151-6.

GEORGIEVA, Irina. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* [online]. 2012, pp. 1-11.[cit. 2018-03-16]. ISSN 1433-9285. Dostupné z DOI: 10.1186/1471-244X-12-54

HÝŽA, Martin. Urgentní stavy a první pomoc v psychiatrii. In HOSÁK, Ladislav et. all. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vyd. 1. Praze: Karolinum, 2015, s. 445-458. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁK, Ladislav et. all. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vyd. 1. Praze: Karolinum., 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUBOVÁ, Vilma et. all. *Historie vzdělání všeobecných sester*. [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/historie-vzdelavani-vseobecnych-sester-463433> [cit. 2018-02-12].

HUMPL, Lukáš et all. *První psychiatrická pomoc ve zdravotnictví*. Vyd.1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.

HRINDOVÁ, Tatiana et all. Špecifické terapeutické pristupy v psychiatrickej ošetrovaťelskej praxi. *Florence*. 2014, 14[10], 19-22. ISSN 1801-464X.

JEČNÁ, Veronika et. all. Stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2009, 108 [1],27-31. ISSN 1212-0383.

JOHNSON, Oretha. *WHAT IS NURSE BURNOUT*. [online]. Dostupné z: <http://www.ananursespace.org/blogs/oretha-johnson/2013/09/06/what-is-nurse-burnout?ssopc=1>. [2018-03-06].

KELNAROVÁ, Jarmila et. all. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 1. Ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-9856-1.

KELNEROVÁ, Jarmila et. all. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. Ročník, 2.*, přepracované a doplněné vydání. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-9347-4.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 1. Díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-3875-8.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-2479760-1.

MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních. Vyd. 1. 2014. ISBN 978-963-89303-7-8.

NAWKA, Alexander. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, 13[2], 69-74. ISSN 1213-0508.

NEUBAUEROVÁ, Kateřina. *Práce sestry na psychiatrickém oddělení*. [online]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni-324831> [2017-12-06].

OCISKOVÁ, Marie et all. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických chorob*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 987-80-247-9905-6.

ONDRA, Peter. Nové psychoaktivní látky. In HIRT, Miroslav et. all. *Soudní lékařství 2.díl*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2016, s. 51-59. ISBN 978-80-271-9468-1.

PETR, Tomáš et. all. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 80-247-925-45.

PETR, Tomáš. Restriktivní postupy. In MARKOVÁ, Eva et. all. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 113-125. ISBN 80-247-1151-6.

PLEVOVÁ, Ilona et. all. *Ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

RABOCH, Jiří et. all. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

RADOLF, Karel. *Používání omezovacích prostředků u pacienta v psychiatrických zařízeních České republiky*. [online]. Dostupné z: [www.mzcr/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3570\\_1771\\_11.html](http://www.mzcr/Legislativa/dokumenty/vestnik_3570_1771_11.html). [cit. 2017-06-20].

RIBEIRO, Vivian F et. all. *The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrom in nurses*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918928>. [cit. 2018-03-06].

STEINERT, Tilman. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* [online]. 2014, pp.1-10. [cit. 2018-04-20]. ISSN 2296-2565. Dostupné z DOI 10.1007/s00115-013-3867-8.

ŠVARC, Jiří. Vliv nových zákonů účinných od roku 2012 na forenzní psychiatrickou praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, 13[4], 182-184. ISSN 1213-0508.

VALDMANOVÁ, Jana. *Povolání .....Zdravotní sestra*. [online]. Dostupné z: <http://sestricka.com/povolanzdravotni-sestra> [cit. 2017-12-08].

VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestra v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

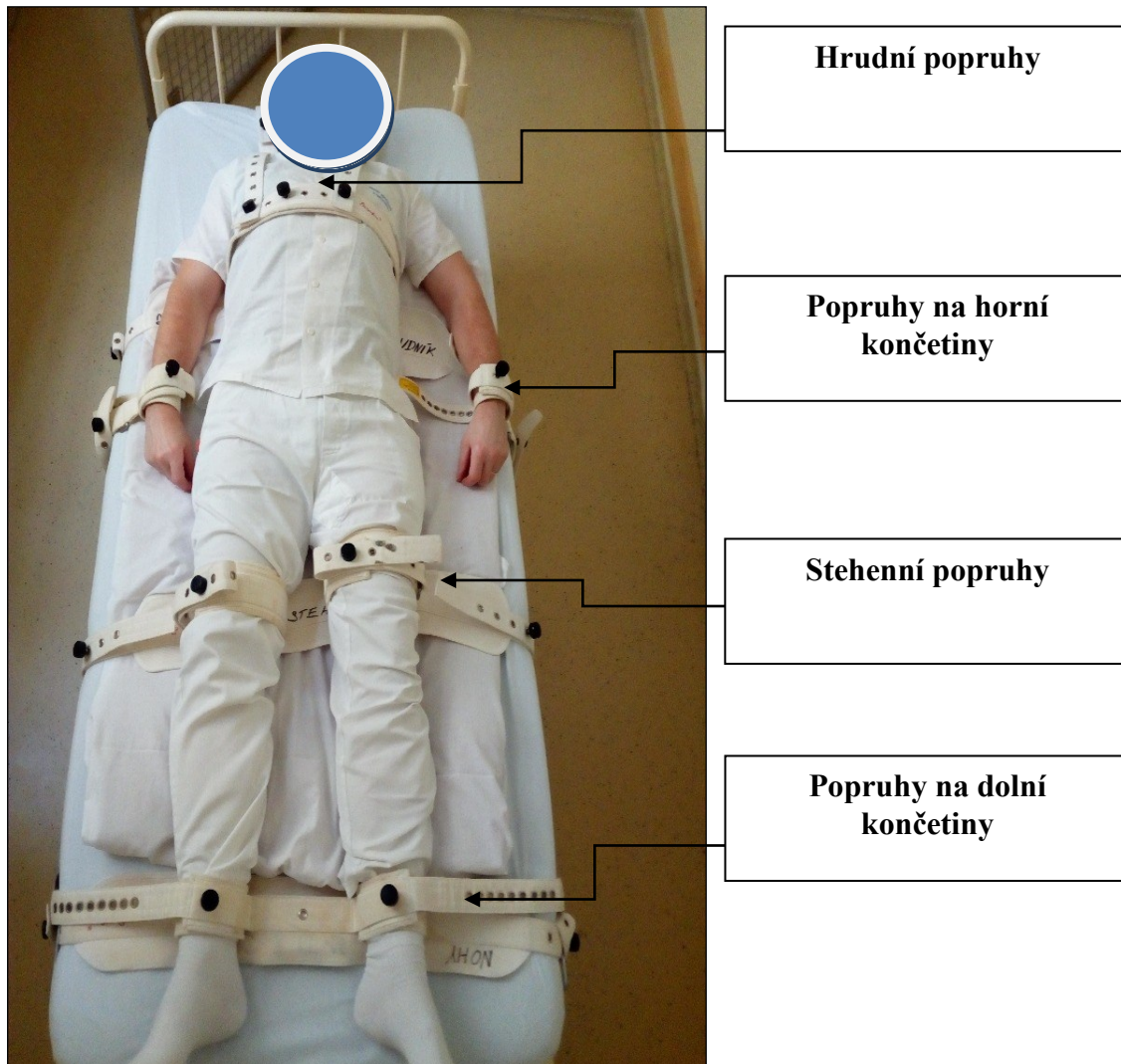
## **SEZNAM PŘÍLOHY**

<b>PŘÍLOHA A</b>	Ukázka mechanického omezení
<b>PŘÍLOHA B</b>	Žádost o provedení kvantitativního výzkumu v rámci bakalářské práce.
<b>PŘÍLOHA C</b>	Žádost o povolení fotografování prostorů oddělení 2B Neklid a omezovacích prostředků.
<b>PŘÍLOHA D</b>	Dotazník

## PŘÍLOHA A

### Obrázek 2 Mechanické omezení

(zdroj: Veronika Bauerová)



## PŘÍLOHA B

Mgr. Eva Minarčíková, hlavní sestra  
Psychiatrická Nemocnice Horní Beřkovice  
Podřipská 1  
411 83 Horní Beřkovice

### Žádost o provedení kvantitativního výzkumu v rámci bakalářské práce.

Vážená paní magistro,

Jmenuji se Veronika Bauerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia – obor Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Součástí státní závěrečné zkoušky je i obhajoba bakalářské práce na téma: „Pocity psychiatrických sester při práci o pacienty v mechanickém omezení.“

Za účelem zjištění potřebných údajů pro výzkumnou část své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu zabývajících se názory sester na péči o pacienta v omezení.

Výzkum bude realizován dotazníkovým anonymním šetřením v době od 1. 12. 2017 do 31. 1. 2018, dotazník přikládám k žádosti.

Děkuji za kladné vyřízení.

Veronika Bauerová, praktická sestra na Neklidovém oddělení.

*Veronika Bauerová*

V Hoštce dne 19. 11. 2017

*Mgr. Minarčíková*

Mgr. Minarčíková Eva

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
Horní Beřkovice  
Náměstek ošetrovatelské péče  
tel.: 416 808 232 IČ 00673552

Veronika Bauerová

Klicperova 256

411 72 Hoštka

## PŘÍLOHA C

MUDr. Jiří Tomešek, MBA  
Ředitel Psychiatrické nemocnice Horní Bečkovice  
Podpisová 1  
411 85 Horní Bečkovice

V Horních Bečkovících, 20. 04. 2017

### Žádost o povolení fotografování prostorů oddělení 2B Neklid a omezovacích prostředků.

Vážený pane řediteli,

dovoluji si Vás touto cestou oslovit a požádat o písemný souhlas s vytvořením fotografií z oddělení 2B Neklid, a to v souvislosti se zpracováním mé bakalářské práce na téma: „Názor sester na poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v omezení“.

Fotografie by znázorňovaly stavební uspořádání oddělení, vybavení observační místnosti, lůžko určené pro aplikaci omezovacích prostředků. Dále by znázorňovaly končetinové kurty, hrudní kurty, fixační vesty, fixační pásy. Na fotografiích nebudou zachycováni pacienti a ošetřující personál.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Veronika Bauerová, praktická sestra oddělení 2B Neklid

*Veronika Bauerová*

*Minařková Eva*  
Mgr. Minařková Eva

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
Horní Bečkovice  
Náměstek ošetrovatelské péče  
tel.: 416 808 232 IČ 00673552

Veronika Bauerová

Klicperova 256

411 72 Hořinka

## **PŘÍLOHA D**

### **Dotazník**

Milé kolegyně a kolegové

Jsem studentkou 3. Lékařské fakulty Karlovi Univerzity, obor Všeobecná sestra. Touto cestou se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, který mi pomůže vypracovat praktickou část bakalářské práce. Odpovědi na otázky jsou anonymní a získané informace budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Při vyplňování zaškrtněte prosím jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jiné zadání.

Předem děkuji za spolupráci.

Veronika Bauerová

1) Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2) Délka praxe na psychiatrii:

- a) 4 a méně let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 31 a více let

3) Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské
- d) Specializace

4) Jak zajišťujete ošetrovatelskou péči při uspokojování základních potřeb pacienta

v mechanickém omezení?

- a) Péči poskytuji samostatně – nebojím se pacienta, jsem si sebou jistá.
- b) Péči poskytuji ve spolupráci s kolegou – mám pocit bezpečí.
- c) Poskytuji pomocí pověřené osoby (např. sanitář, ošetrovatel) s kontrolou – mám větší pocit bezpečí, ale raději si vše překontroluji.
- d) Poskytuji pomocí pověřené osoby (např. sanitář, ošetrovatel) bez kontroly – mám větší pocit bezpečí a pověřené osobě plně důvěřuji, že vše splní správně.

5) Podle Vás seřadte výkony, které sestře činí obtíže při používání mechanického omezení u pacienta? 1(nejmenší obtíže) – 4 (největší obtíže).

- Pravidelné hodinové zápisy – protože mě zápisy omezují při uspokojování potřeb ostatních pacientů.
- Nepřetržitý permanentní dohled – protože mě to omezuje v uspokojení vlastních základních potřeb (WC, jídlo, pití).
- Časté měření fyziologických funkcí – protože měření vyruší daného pacienta z jeho klidného stavu.
- Uspokojování potřeb omezeného pacienta

- 6) Při předávání směny zjistíte, že během své směny budete poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi v omezení. Jaké pocity Vás doprovází?
- a) Vztek – zase mě čeká únava, obavy.
  - b) Smutek – opět se nevyhnu únavě a obavám.
  - c) Beznaděj – já se té únavy a obav nikdy nevyhnu.
  - d) Jistota – na oddělení nebude rizikový pacient, který bude rušit druhé pacienty.
- 7) Pokud by při poskytování ošetrovatelské péče pacienta v mechanickém omezení došlo k chybě, která byla objevena při kontrole. Z čeho by jste měl/a největší obavu?
- a) Obava z konfrontace s nadřízeným.
  - b) Obava z finančního postihu.
  - c) Obava ze vzniku pomluv o Vaší osobě.
  - d) Žádné obavy nemám.
- 8) Kde jste získal/a potřebné informace k péči o pacienta v mechanickém omezení?
- a) Během studia
  - b) V rámci adaptačního procesu
  - c) Zkušenostmi z praxe
  - d) Z odborné literatury, seminářů
- 9) Myslíte si, že máte dostatečné informace týkající se ošetrovatelské péče o pacienta v omezení?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím

10) Absolvujete v rámci celoživotního vzdělávání kurzy nebo semináře týkající se omezovacích prostředků?

- a) Ano
- b) Ne

11) Přemýšlíte o problémových/stresujících událostech, které byly spojené s péčí opacienty v mechanickém omezení i po pracovní době?

- a) Často
- b) Občas
- c) Zřídka
- d) Nikdy

12) Jaké techniky volíte k relaxaci v případě, že pociťujete stres a napětí související s výkonem Vaší profese?

- a) Pasivní odpočinek (čtení, poslech hudby, sledování filmu...)
- b) Aktivní odpočinek (sport, vycházka...)
- c) Konzumace alkoholu
- d) Uvolnění nepotřebují

13) Nabízí Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervize?

- a) Ano – chodím pravidelně.
- b) Ano – nevyžívám supervizi.
- c) Ne – uvítala bych supervizi.
- d) Ne – stejně bych nechodila

14) Přivítal/a byste seminář na téma duševní hygiena sestry?

- a) Ano – chodila bych pravidelně.
- b) Ne – raději si něco přečtu sama.