

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ
U PACIENTŮ

Bakalářská práce

Autor práce: **Petr Příkryl**

Vedoucí práce: **Bc. Ivana Šlaisová**

Konsultant: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE USE OF RESTRICTIVE MEANS AT
PATIENTS**

Bachelor's work

Author: **Petr Přikryl**

Supervisor: **Bc. Ivana Šlaisová**

Tutor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne
(podpis)

Děkuji Bc. Ivaně Šlaisové za odborné vedení bakalářské práce a Prof. PhDr. Jířímu Marešovi, CSc., za odborné konzultace a cenné rady při zpracování empirické části bakalářské práce. Dále děkuji vedení a pacientům Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě za umožnění provedení výzkumu.

Petr Přikryl

OBSAH

ÚVOD.....	8
CÍLE PRÁCE.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Historie.....	10
1.1.1 Vývoj pohledu na duševní onemocnění.....	10
1.1.2 Vývoj psychiatrie v Čechách	14
1.2 Možnosti léčby duševních onemocnění	15
1.2.1 Počátky farmakoterapie	15
1.2.2 Elektrokonvulzivní terapie.....	15
1.2.3 Závěr	16
1.3 Právní normy.....	17
1.3.1 Právní režimy hospitalizace	17
1.3.1.1 Hospitalizace se souhlasem pacienta	17
1.3.1.2 Ochranné ústavní léčení.....	18
1.3.1.3 Ústavní pozorování nařízené soudem	18
1.3.1.4 Hospitalizace bez souhlasu pacienta.....	18
1.3.2 Právní normy pro použití omezovacích prostředků	20
1.4 Pravidla pro užití omezovacích prostředků	22
1.5 Druhy omezovacích prostředků	25
1.5.1 Rozdělení omezovacích prostředků	25
1.5.2 Manuální fixace	26
1.5.3 Fyzické omezení pacienta v lůžku – kurty.....	26
1.5.3.1 Popis popruhů – kurtů.....	26
1.5.3.2 Cíle.....	26
1.5.3.3 Indikace.....	27
1.5.3.4 Způsob provedení a péče o pacienta	27
1.5.4 Ochranné síťové lůžko	28
1.5.4.1 Popis ochranného síťového lůžka	28
1.5.4.2 Cíle.....	28
1.5.4.3 Indikace.....	29
1.5.4.4 Způsob provedení a péče o pacienta	29

1.5.5 Terapeutická izolace	30
1.5.5.1 Popis terapeutické izolace.....	30
1.5.5.2 Cíle.....	30
1.5.5.3 Indikace.....	31
1.5.5.4 Způsob provedení a péče o pacienta	31
1.5.6 Ochranný kabátek	31
1.5.6.1 Cíle.....	31
1.5.6.2 Technický popis.....	32
1.5.6.3 Indikace.....	32
1.5.7 Aplikace psychofarmak	32
1.6 Stupně dohledu u psychiatrických pacientů.....	33
1.7 Komplikace spojené s užíváním omezovacích prostředků	36
1.8 Projevy pacientů související s možným použitím omezovacích.....	37
prostředků	37
1.8.1 Urgentní stavy v psychiatrii	37
1.8.2 Neklid - rozdělení	40
1.8.2.1 Abnormní reakce.....	41
1.8.2.2 Dlouhodobé neklidy.....	42
1.8.3 Agresivní chování	43
1.9 Přístup k agresivnímu pacientovi.....	47
1.10 Závěr	49
2 EMPIRICKÁ ČÁST	50
2.1 Cíle výzkumu	50
2.2 Zkoumaný soubor a použité metody.....	50
2.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	50
2.2.2 Charakteristika použité metody	51
2.3 Výsledky	52
2.3.1 Kazuistiky	52
2.3.2 Vyhodnocení obsažnosti jednotlivých odpovědí	96
2.3.4 Shrnutí.....	101
2.4 Diskuze	102
ZÁVĚR	105
ANOTACE	106

LITERATURA A PRAMENY	108
SEZNAMY	112
PŘÍLOHY	113

ÚVOD

Téma používání omezovacích prostředků u pacientů jsem si zvolil nejenom proto, že pracuji v psychiatrické léčebně, ale zejména pro objasnění důvodů, proč jsou tyto prostředky v případě nutnosti u pacientů s duševním onemocněním používány. Omezovací prostředky či restriktivní metody používané u pacientů ve zdravotnických zařízeních jsou často tématem kontroverzních diskuzí. Do této problematiky zasahují svými komentáři také zahraniční „pozorovatelé“. Pro televizní reportéry i novináře jsou omezovací prostředky často „vděčným“ námětem, který mnohdy nezachycuje reálný kontext. Veřejnost pak může vnímat celou situaci jako svévolné omezování lidských práv.

Během své praxe jsem se několikrát setkal se situacemi, kdy použití některého z omezovacích prostředků bylo nejrychlejší a nejšetnější alternativou, jak ochránit pacienta před sebou samým, a jak ochránit okolí před eventuálními projevy agresivity pacienta. Duševně nemocný člověk není zákonitě nebezpečný. Jsou však situace, kdy chování takto nemocných lidí je ovlivněno jejich odlišným vnímáním a myšlením, které je pak často pro laika zcela nepochopitelné a odsuzované. Část veřejnosti i na počátku 21. století pohlíží na psychiatrii - a na používání omezovacích prostředků obecně - zkresleně vlivem nedostatku informací nebo pod vlivem účelové medializace.

Vnitřní svět duševně nemocného je jeho vlastním tajemstvím. Může se s námi podělit o některé své myšlenky, svá přesvědčení a také o to, co cítí k okolí. Jsou situace, kdy takto nemocný člověk nedokáže ovládnout své negativní emoce a z nich pramenící jednání, kterým by mohl ohrozit sebe samého nebo okolí. Ve své práci jsem se snažil obsáhnout jak teoretické poznatky stran omezovacích prostředků, tak pohled pacientů na situace, které vyústily k jejich omezení, jejich prožitky v průběhu omezení. Není jednoduché zvolit v průběhu léčby duševního onemocnění u pacienta variantu fyzického omezení, ale vždy je zapotřebí, zachovat jeho práva a důstojnost. Proto jsem se ve své práci snažil zjistit náhled duševně nemocných na situace, které vedly k tomu, že jejich fyzický pohyb byl omezen po nějakou dobu a jak se během této doby cítili.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části

Cílem teoretické části je ve stručném přehledu:

1. připomenout vývoj duševního onemocnění, přístup společnosti k duševně nemocným, využívání postupně objevovaných léků a metod léčby,
2. shrnout možnosti hospitalizace duševně nemocných v psychiatrických léčebnách,
3. charakterizovat jednotlivé druhy omezovacích prostředků,
4. uvést některé stavy duševního onemocnění (např. katatonní syndrom, akutní manický syndrom, suicidální chování), které mohou vyústit k použití omezovacího prostředku u pacienta,
5. přiblížit komunikační možnosti s pacienty, jejichž chování je natolik ovlivněno duševním onemocněním, že mohou ohrozit sami sebe a okolí.

Cíl empirické části

Hlavním cílem empirické části je u vybrané skupiny patientek hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě:

1. pomocí kvalitativního šetření u 7 patientek zjistit jejich pohled na užití omezovacího prostředku – konkrétně ochranného síťového lůžka,
2. konkrétně se zaměřit se na zhodnocení situace, která k omezení vedla, vlastní omezení a jeho efekt,
3. konfrontovat subjektivní výpovědi patientek se zápisy v dokumentaci a s pohledem ošetřujícího personálu,
4. najít shody a rozdíly v pohledu patientek na tuto výjimečnou situaci.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Historie

1.1.1 Vývoj pohledu na duševní onemocnění

Duševně nemocným, jejichž nemoc často měnila a dodnes mění pohled na okolní svět i sebe sama, věnovala společnost již od starověku pozornost, a to jak ve smyslu kladném, tak i záporném. Duševní onemocnění a s ním spojené neobvyklé chování jedince bylo připisováno moci bohů, působení magických sil nebo zlých duchů. V etapách vývoje lidstva bylo k léčbě duševně chorých přistupováno rozdílnými způsoby. Psychiatrie jako medicínský obor se vyčlenila až v 18. století (Raboch, Zvolský et al., 2001).

Prvopočátky objevení se duševních onemocnění jsou historicky zaznamenány již v období před naším letopočtem (dále jen jako př. n. l.). Například ze Starého Egypta je jedním z nezajímavějších Ebersův papyrus, který pochází z doby asi 1500 let př. n. l., popisující nejen duševně choré, ale také způsob zdravotní péče o ně. Již v této době docházelo k vyčlenění duševně chorých ze společnosti, a to v pozitivním směru, neboť byli umístováni do takzvaných chrámů a zde bylo o ně pečováno. „Léčba“ duševně chorých spočívala nejenom v různých typech zaříkávání ve snaze vyhnat z těla nemocného zlé duchy, ale také v péči o jejich duševní pohodu. Duševně nemocní se zde mohli věnovat různým aktivitám, které vedly k jejich uklidnění. Tančili, poslouchali hudbu, prohlíželi si malby chrámů a mohli se také projíždět na loďkách. Lékaře v té době nahrazovali kněží, kteří se jim cíleně věnovali. Pokud došlo ke zlepšení duševního stavu nemocného, byla tato skutečnost připisována moci bohů (Vencovský, 1996).

Velmi zajímavý, historicky cenný a pro psychiatrii a pro psychiatrickou péči velmi přínosný je jeden z nejstarších záznamů ze staré Indie, Rgvéd, který pochází z doby asi 1200 – 1000 let př. n. l., a Ajurvéd z doby asi 700 let př. n. l. Tyto záznamy popisují nejenom staroindické lékařství, ale hlavně pohled na duševně choré a jejich léčbu. Stejně tak staří Indové, jako kdekoliv jinde v této době, přisuzovali duševní onemocnění síle zlých duchů či démonů. Staroindičtí lékaři věřili, že zásadní podíl na vývoji duševního onemocnění má mísení několika látek v těle. *„Byly to: nevhodná strava, porucha mísení vzduchu v těle, společná porucha mísení vzduchu se žlučí a hlenem*

v lidském těle, silná vzrušení, nezvládnutelné vášně a jedy vpravené do lidského těla“ (Vencovský, 1996, str. 31). Podle jednotlivé etiologie byla také stanovena léčba. Mezi velmi zajímavá doporučení patřily například tělesná cvičení, četba, dietní omezení nebo používání různých způsobů dávidel a projímadel. Všeobecně však staří Indové dbali na vlídné a laskavé zacházení s duševně chorými. Od všech, kteří se věnovali péči o duševně nemocné, vyžadovali citlivý přístup, pochopení a jako jedni z prvních používali „psychoterapeutických technik“. Věřili, že komunikací lze u nemocného podnítit kladné nálady.

Z procházky starověkem nelze vynechat nejslavnějšího řeckého lékaře Hippokrata (460 – 377 př. n. l.), který se snažil psychická onemocnění zbavit mýtů a přistupovat k nim jako ke kterékoli jiné chorobě. Choroby, podle jeho domněnek, byly způsobeny nerovnováhou čtyř typů tělesných tekutin - krve, lymfy, černé a žluté žluči. Předpokládal, že mozek a jeho funkce jsou ovlivněny těmito tekutinami. Na základě těchto úvah tvrdil, že například žlutá žluč, která může zaplavit mozek, způsobuje u duševně chorých neklid a naopak černá žluč může způsobit smutek. Kromě psychických onemocnění se zabýval také zkoumáním epilepsie. Jako terapii používal dietní opatření. Velký vliv na vývoj psychiatrie měli tehdejší filozofové, kteří hodnotili duševní činnost ve všech směrech.

Na počátku našeho letopočtu se velmi významně o rozvoj psychiatrie a hlavně lůžkového režimu zasadil římský lékař Sorános (78 – 138 n. l.). *„Doporučoval izolovat nemocného v pokoji, na lůžku, pod stálým dohledem druhé osoby tj. ošetřovatele. Ošetřovací pokoj má být světlý, v místnosti nemají být tvrdé předměty, okna mají být vysoko, aby nemocný nemohl utéct nebo skočit z okna“* (Vencovský, 1996, str. 73). Stejně jako staří Indové, také Sorános doporučoval vlídné zacházení s duševně chorými, různá tělesná cvičení a odreagování se pomocí různých her.

Nebyli to samozřejmě jenom staří Egyptané, Indové, Řekové, Římané, ale také Arabi, kteří významnou měrou ovlivnili postupný rozvoj psychiatrie. Největší lékař z nich - Avicena (980 – 1037) - ve svém díle *Kánon medicíny*, popisuje poznatky v lékařství, které také souvisí s psychiatrií. Podobně jako Hippokrates, též Avicena se zaobírá myšlenkou, že na mozek a jeho funkci působí černá nebo žlutá žluč a krev. Ve svých poznatcích Avicena popisuje působení těchto tekutin na jednotlivé partie mozku.

Na Dálném východě začaly vznikat první nemocnice kolem roku 800. Postupem času byly vybudovány nemocnice v Damašku a v Bagdádu. Avšak péče o duševně choré ani zdaleka nedosahovala takových kvalit jako ve starém Egyptě. Vencovský (1996) podle cestovatele rabi Benjamina uvádí: „*Tam v Bagdádě jest veliký palác, v němž všichni šílení jsou svázáni a uzavřeni. Každý jest železnými okovy tak dlouho spoután, dokud se mu rozum nevrátí. Potom jsou propuštěni a každý z nich jde domů, ale vždy za měsíc jsou od královských úředníků prohlédnuti. Ti z nich, kteří se uzdravili a rozum se jim vrátil, bez pout si pak jdou svou cestou*“ (Vencovský, 1996, str. 87).

Na počátku období raného středověku nebyli duševně nemocní vyčleňováni ze společnosti. V popředí bylo křesťanské pojetí světa a lidé s psychickou chorobou byli většinou opečováváni rodinou nebo v menších obecních společenstvích. V rámci klášterů vznikaly obdoby dnešního chráněného bydlení. První taková „zařízení“ vznikala například v Paříži, Lyonu či Římě v období let 500 až 700. „*Období raného středověku bylo pro zdravotnickou péči psychiatrickou důležité tím, že se v něm počínají realizovat první pokusy o azylovou a nemocniční péči o duševně choré, nikoliv ovšem z hlediska medicínských potřeb, nýbrž charitativních a jako projev nutnosti chránit zdravé občany před duševně chorými. Ale i tak byly položeny určité základy pro zdravotnickou péči o psychotiky*“ (Vencovský, 1996, str. 100). Bohužel ke konci raného středověku postupně vymizely v Evropě poznatky řecko-arabského lékařství a celá problematika vzniku duševních nemocí byla jednoznačně ovlivněna církví. Církev tehdy velmi rezolutně zaujala takzvaný démonologický postoj k vysvětlení duševních nemocí, které klasifikovala jako ovládnutí těla ďáblem nebo démony. Ve snaze udržet svoji vedoucí pozici v tehdejší hierarchii společnosti vnímala církev duševní onemocnění jako hrozbu a duševně nemocní se stali pro ni „nepohodlnými“. Duševně choří začali být označováni za společníky či pomocníky ďábla nebo dokonce za čaroděje. Ve snaze vymýtit jakýkoliv náznak nesouhlasu, nebo dokonce odporu s církví vznikl spis „*Maleus Maleficarum*“ (Kladivo na čarodějnice 1487), podle kterého byli duševně nemocní odsuzováni ze spolčení s nadpřirozenými silami. Byli zavíráni do žalářů, přikováni, následně mučeni a upalováni (Vencovský, 1996).

Renesance pokračovala ve vyčleňování duševně chorých na okraj společnosti. Nebyli přijímáni do nově vznikajících městských nemocnic, ale byli vykazováni z měst nebo vězněni. Výjimkou byl v tomto období Paracelsus, který se domníval, že duševní onemocnění jsou obdobu tělesných nemocí a je možné je léčit prostřednictvím působení

různých chemických látek. Z období renesance pocházejí také zmínky o takzvaných „Lodích bláznů“. Na těchto lodích byli duševně nemocní odváženi z některých německých měst čímž se tato města zbavovala odpovědnosti za ně. *„Svěřit blázna námořníkům znamenalo jistotu, že už nebude donekonečna bloumat kolem městských hradeb, že zmizí někam daleko, odkud se nebude moci vrátit“* (Foucault, 1993, str. 15).

Za absolutismu a osvícenství (17. a 18. století) obstál ve společnosti jen dokonalý jedinec. Lidé, kteří toto kritérium nebyli schopni splnit, mimo jiné také lidé s duševním onemocněním, byli umístováni v zařízeních obdobných věznicím. *„Onemocnět duševní chorobou bylo společenskou hanbou, nikoli lidským neštěstím“* (Vencovský, 1996, str. 135). V takovýchto zařízeních byli duševně choří často například zavírání do klecí. *„Systém násilí, praktikovaný v případě obzvláště nebezpečných bláznů, nicméně patrně nechce přímo trestat, ale jen zuřící šílenství co nejvíc omezit v pohybu. Běžné je připoutávání ke zdi nebo k posteli“* (Foucault, 1993, str. 61). Veřejnost měla možnost za drobný poplatek tato zařízení navštěvovat pro „pobavení se“. Revoluci v přístupu k těmto pacientům přinesl až konec 18. století. V Evropě, konkrétně v Anglii a Francii, se proti omezování duševně nemocných postavili Tuke a Pinel. V roce 1793 byl Philippe Pinel pověřen k provedení reformy zdravotnické péče o duševně choré v Paříži. Podařilo se mu velmi výrazně zlepšit podmínky, v nichž byli tito lidé nuceni žít. Byl zásadně proti omezování pomocí řetězů a stejně jako Tuke byl zastáncem vlídného zacházení s duševně nemocnými. Ve svém spise Pinel například uvádí: *„S nemocným je třeba jednat nesmlouvavě, ale vždy vlídně a je třeba si získat jejich důvěru. Každodenní zkušenost nás poučuje o tom, jak velkého úspěchu lze dosáhnout slovy a jak si lze takto získat důvěru nemocných. Hrubé jednání a příliš tvrdá omezování pouze způsobí, že nemocný zahořkne a tím se stane nepřístupný naší léčbě“* (Vencovský, 1996, str. 172). Jako první zavedl omezování pomocí svěrací kazajky. Vybudoval první humánní ústavy pro duševně choré.

Psychiatrie jako medicínský obor a první ústavy specializované na psychiatrickou péči vznikaly v Evropě v letech 1750-1850. Termín psychiatrie použil poprvé Němec Johan Kristian Reil (Höschl et al., 2002).

1.1.2 Vývoj psychiatrie v Čechách

První ústav pro duševně choré v Čechách byl zřízen v Praze roku 1790. Ústav byl na tehdejší dobu velmi dobře prostorově uspořádaný a také vybavený. Ve dvoupatrové budově byli umístěni zvláště muži, pro něž bylo určeno přízemí, a ženy obývaly první patro. Druhé patro označované jako třídní bylo sice společné pro muže i ženy, ale dělila je mříž. Kapacita ústavu byla 57 lůžek. Lůžka pro klidné pacienty byla vybavena slavníkem, podhlavníkem a také povlečením. Neklidní pacienti měli lůžka nízko nad zemí, na stěnách pokojů byly polštáře, které je chránily proti sebepoškození (Vencovský, 1996). *„Ošetřovatelé museli být ženatí, protože ošetřovali nemocné obojího pohlaví. Dále ručili za správné větrání místností a museli dbát na to, aby zuřiví pacienti nikoho nezranili. Jejich povinností bylo též dohlížet na úklid a čistotu v budově. Personál měl fixní plat a s výjimkou prvního lékaře bydlel přímo v ústavu. K platu každý dostával přiděl dřeva a svíček. Platy ošetřovatelů byly velmi nízké a ve službě nedostávali stravu. Po dlouhá desetiletí se jim říkalo hlídači. Měli velmi těžkou službu. Bydleli přímo na pokoji s nemocným, nesměli se vzdálit bez dovolení nadřízených. Ti dokonce rozhodovali i o udílení tělesných trestů, které ještě v roce 1836 byly dovoleny“* (Marková et al., 2006, str. 28). Útěky ze zařízení byly hlášeny policii. Nemocným byly podávány uklidňující léky, a pokud byli klidní, měli volný pohyb po zahradě zařízení. Ke zklidnění „zuřících“ pacientů byla tehdy používána takzvaná otáčivá židle (Vencovský, 1996).

Péče o duševně nemocné se postupně rozšiřovala a bylo nutné zajištění větší lůžkové kapacity ústavů. S kapacitou až 250 lůžek byl v roce 1822 přebudován augustiniánský klášter sv. Kateřiny v Praze (Raboch, Zvolský et al., 2001).

Koncem 19. a na počátku 20. století vznikaly na dalších místech Čech a Moravy velké psychiatrické léčebny, například v Brně - Černovicích, v Jihlavě, v Horních Beřkovicích, ve Šternberku, v Opavě, v Dobřanech u Plzně, v Kroměříži, v Bohnicích a v Havlíčkově Brodě (Marková et al., 2006).

S rozšiřováním péče o duševně nemocné a budováním ústavů, kde byli umístěni, vyvstala také potřeba klasifikace duševních onemocnění. Po předchozích pokusech o její vytvoření je za základ současné psychiatrické terminologie považováno dílo Emila Kraepelina – Učebnice psychiatrie (Černoušek, 1994).

1.2 Možnosti léčby duševních onemocnění

1.2.1 Počátky farmakoterapie

V polovině 19. století byly objeveny první psychofarmakologické látky. Začaly první pokusy s hašišem, který byl vyzkoušen při léčbě melancholie. Dále byly zkoušeny účinky chloroformu a inhalace éteru. Hydrát chlóru byl použit při léčbě mánie a melancholie u pacientů. Postupně bylo také experimentováno s kokainem, s nímž pracoval i Sigmund Freud. V roce 1897 se ukázala jako úspěšná léčba spánkem při manických poruchách. V polovině 20. století se k léčbě manických stavů začalo používat lithium a byl objeven první antipsychotický lék – chlorpromazin. Ten se používal k léčbě akutních psychotických stavů, halucinací a pacientů s výraznou agresivitou (Černoušek, 2004).

1.2.2 Elektrokonvulzivní terapie

Další možností rychlé a účinné léčby v psychiatrii je elektrokonvulzivní terapie. Tuto metodu poprvé aplikovali Italové, U. Cerletti a L. Bini, a to v roce 1938. Vycházeli z poznatků Meduny, který v roce 1932 zkoušel léčit duševní poruchu takzvanými kardiazolovými šoky. Teorie léčby spočívala v umělém vyvolání epileptických záchvatů, jež účinně ovlivní terapii duševních poruch (Höschl et al., 2002).

Před elektrokonvulzivní terapií v roce 1935 se k léčbě pacientů se schizofrenií používala terapie inzulinem - inzulinové šoky. Principem této metody byla aplikace postupně se zvyšujících dávek inzulinu, které vyvolaly u pacienta koma. Aby byl dosažen terapeutický účinek této léčby, aplikovalo se pacientovi 30 komat po dobu až třech měsíců. Tato terapie byla časově náročná a často ji doprovázely komplikace. Přestala se aplikovat v 80. letech (Marková et al., 2006).

V 80. a 90. letech se začala postupně do léčby duševních poruch vracet elektrokonvulzivní terapie. Je k ní přistupováno u pacientů, kde je potřeba rychlého účinku léčby - například u letální katatonie - a kde jsou jiné postupy riskantnější. Používá se k léčbě pacientů, kde farmakoterapie nepřináší očekávaný efekt a pacient dobře reaguje na léčbu elektrokonvulzí. Tuto metodu lze použít po vyčerpání terapeutických intervencí, jejichž vedlejší účinky převyšují efektivitu léčby, a

u pacientů, u kterých došlo k značnému zhoršení jejich celkového stavu (Höschl et al., 2002).

Indikace elektrokonvulzivní léčby:

- depresivní poruchy – všechny podtypy deprese, jsou-li u pacientů přítomné bludy, agitovanost a sebevražedné úmysly,
- mánie – všechny podtypy mánie, manické stavy, u nichž je obtížné farmakologické klidnění,
- schizofrenie a schizoafektivní poruchy – zejména katatonii formy schizofrenie (rychlý léčebný účinek),
- maligní neuroleptický syndrom – po aplikaci dochází ke zlepšení somatického stavu a psychotické symptomatologie pacienta,
- jiné indikace – organické duševní poruchy, delirantní stavy, Parkinsonova choroba (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010).

1.2.3 Závěr

Ve 20. století se psychiatrie dále rozvíjela jako obor, dokonce začala být uznávána i mezi jinými lékařskými obory. Zároveň se rozvíjely psychologické prostředky - zejména psychoterapie. K nejznámějším psychoterapeutickým směrům a přístupům patří Rogerovská psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická psychoterapie, systemická psychoterapie a neuropsychoterapie, která patří mezi nejnovější přístupy (Vymětal, 2010).

Psychiatrie se seznámila s termínem agrese, který zavedli Alfred Adler a Sigmund Freud (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010).

„S. Freud zdůrazňuje vnitřní konflikt mezi nevědomými pudovými a zvláště sexuálními tendencemi a morálkou jako zdroj napětí, úzkosti a neurózy“ (Vymětal, 2010, str. 32).

I na počátku 21. století, kdy psychiatrie používá k léčbě duševních onemocnění moderní metody včetně nejnovějších antipsychotik, je nutné řadu pacientů léčit za hospitalizace v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic.

1.3 Právní normy

1.3.1 Právní režimy hospitalizace

Léčba duševně nemocných v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic probíhá za hospitalizace. Ta může mít několik forem souvisejících s přijetím pacienta do ústavní péče. Jednotlivé druhy možných hospitalizací jsou vždy vázány na právní normy dané zákony.

Z právního hlediska je několik možností hospitalizace pacienta v psychiatrické léčebně. „Právní režim hospitalizace:

1. *Hospitalizace se souhlasem pacienta nebo jeho zákonného zástupce (u osoby mladší 18 let a u osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům).*
2. *Ochranné ústavní léčení*
 - podle § 72 zákona č.140/1961 Sb., trestního zákona (účinnost do 31. 12. 2009),
 - podle § 99 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (účinnost od 1. 1. 2010).
3. *Ústavní pozorování nařízené soudem za účelem vypracování znaleckého posudku - podle § 116 trestního řádu, podle § 187 odst. 3 občanského soudního řádu.*
4. *Hospitalizace bez souhlasu pacienta nebo zákonného zástupce podle § 23 odst. a 4 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu – tzv. detence“ (Standard č. 13, 2010, str. 3).*

1.3.1.1 Hospitalizace se souhlasem pacienta

Pacienti, kteří souhlasí s hospitalizací. V těchto případech se jedná o osoby způsobilé k právním úkonům. Jsou většinou hospitalizováni na otevřených odděleních psychiatrických léčeben. Lékař posoudí indikaci k hospitalizaci na základě doporučení ošetřujícího psychiatra nebo registrujícího praktického lékaře a podle stavu pacienta. Lékař pacienta poučí o povaze jeho onemocnění a o potřebných léčebných a ošetrovatelských výkonech. Ten potvrdí svým podpisem a podpisem dvou svědků tiskopis „Prohlášení o souhlasu s přijetím do ústavní péče a s vyšetřovacími a léčebnými výkony“. Tento tiskopis je součástí pacientovi zdravotnické dokumentace. Pacienti se musí podrobit domácímu řádu oddělení. Mají právo k ukončení hospitalizace dle svého uvážení. Pokud lékař nesouhlasí s rozhodnutím pacienta i jeho příbuzných s ukončením

ústavní léčby, ačkoliv se obě strany snažil přesvědčit o setrvání pacienta, je nutné vyžádání písemného prohlášení, tzv. negativního reversu (Marková, 2006).

„Dojde-li však u takového nemocného k výraznému zhoršení duševní poruchy (a toto zhoršení doprovázené nekritičností k nemoci může být jedním z chorobných motivů žádosti o předčasné propuštění), takže se nemocný stal zjevně a aktuálně nebezpečný sobě a svému okolí, změní lékař jeho původně dobrovolný pobyt na hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Pak je nutno hlásit tuto změnu soudu do 24 hodin“ (Baštecký 1997, str. 112).

1.3.1.2 Ochranné ústavní léčení

Ochranné ústavní léčení je uloženo soudem. Může být: sexuologické, psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické, nebo se může jednat o kombinaci jednotlivých terapií. Forma tohoto léčení je buď ústavní, nebo ambulantní. O změně léčby (ústavní může přejít v ambulantní a naopak) nebo ukončení ochranného léčení rozhoduje vždy soud. Zákon nestanovuje, jak dlouho má léčení trvat (Baštecký, 1997).

1.3.1.3 Ústavní pozorování nařízené soudem

V § 187 odst. 3 občanského soudního řádu je uvedeno: *„O zdravotním stavu vyšetřovaného vyslechne soud vždy znalce. Na návrh znalce může soud nařídit, aby vyšetřovaný byl po dobu nejvýše šesti týdnů vyšetřován ve zdravotnickém zařízení, jestliže je to nezbytně třeba k vyšetření zdravotního stavu.“*

Také policie nebo státní zastupitelství může nařídit pozorování a vyšetřování občana ve zdravotnickém zařízení po dobu dvou měsíců podle § 116 odst. 2 trestního řádu. Následně soudní znalec – psychiatr vypracovává na základě vyšetření a pozorování osoby znalecký posudek, který se týká věcí trestních nebo občanskoprávních (Baštecký, 1997).

1.3.1.4 Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Při hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu nebo bez souhlasu zákonného zástupce se musí vždy postupovat podle platných právních norem, a to i v případech, kdy dojde k přeměně hospitalizace se souhlasem na hospitalizaci bez souhlasu pacienta. Tento postup je upraven právními normami a zákony, a to Listinou základních práv a svobod,

zákonem ČNR č. 86/1992 Sb., zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, zákonem č. 240/1993 Sb., zákonem č. 99/1963 Sb., občanských soudním řádem, v platném znění (Baštecký, 1997).

„Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu“ (§ 23 odst. 3 zákon č. 20/1966 Sb.).

Nemocného je dále možné hospitalizovat bez jeho souhlasu v následujících případech: *„Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:*

- a) jde-li o nemocné stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení.*
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo*
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,*
- d) jde-li o nosiče“ (§ 23 odst. 4 zákon č. 20/1966 Sb.).*

Pokud se jedná o osoby s duševní chorobou nebo intoxikované (viz bod *b*)), které mohou být agresivní, lze si v takových situacích vyžádat pomoc policie k zajištění převozu do zdravotnického zařízení. Postup nedobrovolné hospitalizace pacientů upravuje zákon 99/1963 Sb., občanským soudním řádem, v platném znění, v §191a - § 191g, zákon 82/1992 Sb. (Raboch et al., 2006).

V případě, že je pacient hospitalizován bez souhlasu nebo bylo-li nutné změnit právní režim hospitalizovaného, který zpočátku souhlasil s přijetím do ústavní péče, na „hospitalizaci bez souhlasu“ z důvodu změny jeho zdravotního stavu, je vždy povinností tohoto zařízení informovat do 24 hodin příslušný soud. Ten do sedmi dnů na základě pohovoru s hospitalizovaným a s ošetřujícím lékařem musí rozhodnout o tom, zda je hospitalizace oprávněná. Pokud je pacient hospitalizován bez souhlasu déle než tři měsíce, opět projednává tuto skutečnost soud, a to již na základě znaleckých posudků (Baštecký, 1997).

Stejný postup s nutností hlášení soudu je také v případě, kdy pacient nedobrovolně hospitalizovaný vyjádří svůj souhlas s hospitalizací (například při zlepšení duševního stavu). Opět je povinností zdravotnického zařízení informovat příslušný soud.

Pacienti hospitalizovaní bez svého souhlasu jsou již „omezení ve svém pohybu“ umístěním na „uzavřená“ oddělení, která nemohou podle svého uvážení opustit. A to takovou dobu, dokud nedojde ke kompenzaci jejich onemocnění nebo nerozhodne-li jinak soud (ten musí do sedmi dnů rozhodnout o oprávněnosti hospitalizace pacienta). Prostředkem tohoto omezení jsou příslušné normy.

1.3.2 Právní normy pro použití omezovacích prostředků

Omezovací prostředky, které je možné použít u hospitalizovaných pacientů, jsou součástí specifické ošetrovatelské péče, a proto je nutné určení pravidel a zásad pro jejich používání. Každé zdravotnické zařízení, kde se omezovací prostředky používají, stejně tak Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, vydává v této souvislosti Standardy, jenž navazují na metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR zn. 37800/2009 vydaný ve Věstníku MZ částka 7, 2009. *„Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí“* (Věstník MZ ČR částka 7, 2009, str. 5).

Používání omezovacích prostředků, při kterém dochází k omezení volného pohybu pacienta přímým fyzickým omezením, je poslední volbou u hospitalizovaných pacientů v situacích, ohrožuje-li pacient bezprostředně svým nebezpečným chováním sebe nebo okolí a kdy je nezbytně nutné dosáhnout jeho zklidnění (Věstník MZ, 2009).

Používání omezovacích prostředků je vždy zásahem do osobní svobody pacienta.

„V českém právním řádu omezení osobní svobody pacienta upravují následující normy:

- *Listina základních práv a svobod,*
- *Úmluva o lidských právech a biomedicině,*
- *zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu,*

- *zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník,*
- *zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník,*
- *zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád“ (Marková et al., 2006, str. 113).*

1.4 Pravidla pro užití omezovacích prostředků

Omezovací prostředky mohou být použity v situacích, kdy je na prvním místě ochrana pacienta, ostatních pacientů či zaměstnanců nebo majetku. Alternativa omezení pacienta je vždy na posledním místě po vyčerpání všech jiných možností – terapeutický rozhovor nevedoucí ke zklidnění nebo aplikace parenterálních psychofarmak. Nikdy však nesmí být omezovacích prostředků užito jako výchovných, nebo dokonce jako usnadnění ošetrovatelské péče o pacienta. U jednotlivých způsobů či druhů omezovacích prostředků je vždy nutné pečlivě zvážit jejich přínos, který musí být větší než riziko (Standard č. 17, 2010).

O použití omezovacího prostředku u pacienta rozhoduje vždy lékař, který posoudí aktuální stav pacienta a na jeho základě rozhodne o (ne)použití omezovacího prostředku. Dodatečné rozhodnutí lékaře je možné tehdy, pokud došlo k naléhavé situaci a následná prodleva by nebyla k užítku. Jedná se zejména o situace, kdy může dojít k sebepoškození pacienta nebo k poškození okolí. V takových případech může vedoucí sestra ve směně rozhodnout o použití omezovacího prostředku ihned a poté neprodleně informuje lékaře, který zpětně provede posouzení stavu pacienta a rozhodne o tom, zda byl omezovací prostředek použit oprávněně (Marková et al., 2006).

Při použití omezovacích prostředků je nutný profesionální přístup zdravotnického personálu. Musí mít vždy na paměti zachování lidské důstojnosti pacienta, stejně tak jeho soukromí. Zdravotníci musí být proškoleni, jak mají v jednotlivých situacích s pacientem jednat a také jak k němu přistupovat. Důležitým faktorem ovlivňujícím postupy při aplikaci omezovacího prostředku je dostatečný počet personálu. Vždy s „neklidným“ pacientem hovoří pouze jeden zdravotník ošetřujícího týmu. Je-li pacient schopen konverzace a soustředění, je výhodnější forma dialogu než kolektivní diskuze. Ta nevede většinou ke zklidnění a může být kontraproduktivní.

Pokud nedojde ke zklidnění pacienta v přítomnosti dostatečného počtu personálu (nejméně tři) ani po slovní domluvě a je nutné užití „fyzického nátlaku“, musí personál postupovat rychle, ale vždy bezpečně tak, aby nebyly použity bolestivé hmaty či jiné zcela neprofesionální techniky (Raboch et al., 2006).

Omezovací prostředek - a to jakýkoliv - se vždy používá pouze na dobu nezbytně nutnou. Je-li to na odděleních, kde se používají omezovací prostředky možné - což je

podmíněno nejen stavebním uspořádáním ošetřující jednotky, ale také druhem omezujícího prostředku - umísťují se pacienti mimo přímý dosah ostatních pacientů na oddělení. Pacientovi, který je omezen v pohybu, musí být zajištěna ošetřujícím personálem taková péče, aby nebyl stresován a aby byly dostatečně uspokojeny všechny jeho základní potřeby. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče je pacientovi poskytována i přes trvajících omezení. Ošetřující personál musí zajistit pacientovi provedení osobní hygieny včetně osprchování se a čištění zubů, možnost vyprázdnění a samozřejmě stravování s dostatečnou hydratací. Jestliže tomu omezovací prostředek brání, musí být postupováno tak, aby byly uspokojeny všechny základní potřeby pacienta včetně zajištění dostatečného tepelného i světelného komfortu (Standard č. 17, 2010).

Každá situace, která vedla během hospitalizace k použití omezovacího prostředku, musí být zapsána v dokumentaci pacienta a následně evidována. Jednotlivé postupy v těchto specifických a náročných situacích (dáno ve většině případů nespoluprací pacienta), které se týkají užití jednotlivých druhů omezovacího prostředku či následnou péči o pacienta včetně nepřetržitého vizuálního kontaktu s ním, jsou dány Standardy. Ty jsou zpracovány zařízeními, kde lze použít omezovacích prostředků. V těchto Standardech, které jednoznačně zajišťují ochranu pacienta, jsou definovány postupy specializované péče o pacienta. Jsou zde stanoveny způsoby a intervaly zápisů vedení ošetrovatelské dokumentace během doby užití omezovacího prostředku a následné péče o pacienta po ukončení doby nezbytně nutné k fyzickému omezení. Znalosti jednotlivých postupů, ať již teoretické, či praktické, jsou nutností u profesionálního týmu, který bývá v souvislosti s problematikou používání omezovacích prostředků opakovaně proškolen.

Je-li omezovací prostředek - po vyčerpání všech dostupných možností, jež nevedly ke zklidnění pacienta - použit, musí o této události následovat zápis do dokumentace pacienta. Ve zdravotnické dokumentaci musí být uvedeno:

- a) popis aktuálního zdravotního stavu pacienta,
- b) důvody, které vedly k použití omezovacího prostředku u pacienta,
- c) specifikace druhu omezovacího prostředku,
- d) čas zahájení použití omezovacího prostředku,
- e) pokud byla pacientova podána ordinovaná medikace ke zklidnění její druh, způsob podání či aplikace,

- f) hodnoty fyziologických funkcí, které jsou měřeny pacientovi během doby trvání použití omezovacího prostředku,
- g) hodnocení stavu pacienta, který je pod nepřetržitým dohledem ošetřujícího personálu, s uvedením důvodů vedoucích k ukončení použití omezovacího prostředku nebo k jeho prodloužení,
- h) ošetrovatelská péče o pacienta (během doby jeho pobytu v omezovacím prostředku) se zajištěním jeho hygieny, podání stravy, tekutin, léků, možnosti vyprázdnění se aj.,
- i) čas ukončení použití omezovacího prostředku se zhodnocením stavu pacienta, příjmení, jméno a podpis lékaře, který použití omezovacího prostředku ordinoval (Raboch et.al., 2006, Marková et al., 2006).

Pro jednotlivé druhy omezovacích prostředků jsou uvedena přesná kritéria časů, způsobů nejdelší možné doby provedení zápisů či měření fyziologických funkcí, která jsou uvedena ve Standardech jednotlivých zdravotnických zařízení.

1.5 Druhy omezovacích prostředků

1.5.1 Rozdělení omezovacích prostředků

Každé použití omezovacího prostředku je zcela specifickým opatřením a u hospitalizovaných pacientů vede k zabránění jejich sebepoškození, ohrožení spolupacientů či personálu nebo k zabránění v poškození majetku.

„K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče lze použít tyto omezovací prostředky:

- a) držení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými ředitelem zdravotnického zařízení nebo jiným obdobným vedoucím (dále jen „ředitel“),*
- b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,*
- c) umístění pacienta v síťovém lůžku,*
- d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu (izolační místnost),*
- e) použití ochranného kabátku/vesty zamezujícího pohybu horních končetin pacienta,*
- f) akutní parenterální podávání psychofarmak popř. jiných léčivých přípravků, vhodných k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta, či pravidelnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo*
- g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f)“ (Věstník MZ ČR, částka 7, 2009, str. 5).*

Jestliže je nutné pacienta chránit před pádem, zraněním nebo dochází-li současně se změnami kvality vědomí také k závažným somatickým komplikacím doprovázeným změnou hybnosti pacienta, lze použít prostředků, které nejsou považovány za fyzické omezení pacienta:

- a) lehká fixace pacienta v křesle za účelem zajištění jeho stability,
- b) použití zábran k lůžku pro zabránění pádu pacienta,
- c) zajištění končetiny například při aplikaci infuze,
- d) pobyt pacienta v izolační místnosti či v síťovém lůžku pokud jsou tyto otevřeny, nejsou považovány za fyzické omezení pacienta v pohybu (Raboch et al. 2006).

Umístění pacienta do jednotlivých druhů omezovacích prostředků je speciální péčí, která je u těchto druhů specifická.

1.5.2 Manuální fixace

Jedním ze způsobů fyzického omezení je manuální fixace pacienta s cílem zadržet a omezit pacienta v pohybu na dobu nezbytně nutnou. Této metody se využívá i při aplikaci nedobrovolné medikace. *Metoda Control and Restraint*, C&R – *ovládnutí a omezení* (Raboch et al., str. 155). Při aplikaci tohoto fyzického omezení je zapotřebí zejména dostatečného počtu vyškoleného personálu tj. 3 – 5 zdravotníků. Metoda C&R se postupně vyvíjela ve Velké Británii a byla přizpůsobena užití v psychiatrických léčebnách, neboť původní verze je spíše verzí policejní s použitím pout. (Beer et al., 2005, str. 139). Podobné techniky podle metodiky - Nonviolent Crisis Intervention - se používá například v USA při zajištění neklidných pacientů, u nichž nebylo dosaženo zklidnění jinými technikami - například rozhovorem - nebo pokud se jedná o akutní stavy, kdy je zapotřebí rychlého zákroku personálu. V této fyzické intervenci je důležitá reakce pacienta a jeho postupné zklidňování. Jednotlivé techniky rozhovorů a metodiky fyzické intervence personálu k pacientům jsou postupně vyučovány v několika denních kurzech s praktickými nácviky, kdy modely intervencí jsou sami účastníci kurzu. Ti jsou vedeni zkušenými a kvalifikovanými instruktory CPI (Crisis Prevention Institute, Inc. 1996).

1.5.3 Fyzické omezení pacienta v lůžku – kurty

Jedná se o omezení pohybu pacienta v lůžku pomocí kurtů – popruhů.

1.5.3.1 Popis popruhů – kurtů

Pětidílná sada popruhů je vyrobena ze speciálního těžko vznětlivého materiálu. Lze je použít k fixaci dolních končetin v oblasti kotníků, horních končetin v oblasti zápěstí, dolních končetin v oblasti stehen, břicha a hrudníku. Pásky popruhů se provlékají kolem rámu lůžka (viz příloha 1, obrázek č. 1) a jsou zajištěny pomocí magnetických zámků. Končetiny se při fixaci položí na držadlo, pás s očky se provleče vnitřním kovovým poutkem a na vnější straně se uzavře magnetickým zámkem (viz příloha 1, obrázek č. 2) do požadované pevnosti (B&W bioCARE GmbH).

1.5.3.2 Cíle

- zajistit pacientovu bezpečnost,

- zajistit bezpečnost ostatních pacientů,
- zajistit bezpečnost ošetřujícího personálu,
- postupně zapojit pacienta do terapeutického procesu (Šlaisová et al., 2004).

1.5.3.3 Indikace

„Indikace

- *závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí*
- *autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality*
- *stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů*
- *vlastní žádost pacienta“ (Marková et al., 2006, str. 118).*

Tato omezení se používají například u pacientů ve stadiích akutního psychomotorického neklidu, kdy může dojít k autoagresi s následným sebepoškozením včetně suicidálních tendencí pacienta nebo stupňované agresi vůči okolí s ohrožením ostatních pacientů, ošetřujícího personálu nebo zařízení. Zajištění pacientových končetin pomocí kurtů je také možné v případě transportu nespolupracujícího pacienta (Raboch et al. 2006).

1.5.3.4 Způsob provedení a péče o pacienta

Je jedním z nejnáročnějších fyzických omezení pacienta v pohybu nejen pro pacienta, ale i pro ošetřující personál. Popruhy jsou připraveny na speciální lůžko k tomu určené, aby nedocházelo k časové prodlevě v případě užití tohoto způsobu fyzického omezení. Při umístování pacienta do kurtů je důležitá souhra ošetřujícího personálu, neboť pacient klade většinou aktivní odpor. Je vhodné zamezit přístupu ostatních pacientů z důvodu zajištění bezpečnosti, a také proto, že tento druh fyzického omezení může vést ke stresu pacienta a ke zvýšeným fyzickým nárokům na jeho organismus. Před použitím kurtů u pacientů nebo v časném počátku po přiložení, se pacientovi změří pulz a krevní tlak. Pacient je nepřetržitě sledován ošetřujícím personálem, neboť aktivní odpor pacienta může přetrvávat různě dlouhou dobu i v tomto fyzickém omezení. Je důležité sledování přiložení jednotlivých kurtů na končetinách, jejich prokrvení a pulzaci. Z těchto důvodů je nutné postupně v určených

časových intervalech uvolňovat končetiny z kurtů a provést jejich masáže. Ošetřovatelský personál musí sledovat stav vědomí pacienta, měřit pulz a sledovat prokrvení končetin a schopnost pacienta pohybovat prsty na horních nebo dolních končetinách. Vypodložení kurtů, kontrola účelnosti a zároveň co možné největší pohodlí je důležité z důvodu zamezení porušení kožní integrity soustavným třením o kurty. Pacientovi je věnována intenzivní specializovaná péče se zajištěním jeho základních potřeb. Dovoluje-li to stav pacienta a není-li zde zvýšené riziko aspirace, jsou mu pravidelně podávány tekutiny, strava a léky. Personál nepřetržitě vizuálně sleduje stav pacienta projevy chování, komunikaci, jeho dýchání, polykání, barvu kůže. Ošetřovatelská péče je zaměřena na hygienickou péči, vyprazdňování pacienta, výměnu osobního a ložního prádla. Maximální možná doba tohoto omezení včetně jednotlivých intervalů uvolňování končetin, sledování fyziologických funkcí se zajištěním základních potřeb pacienta je opět definována Standardy zdravotnických zařízení. Dojde-li ke zklidnění pacienta je omezení v lůžku ukončeno a pacient je ošetřujícím personálem zvýšeně sledován. Tím je zajištěna včasná reakce ošetřujícího personálu, pokud by se objevily případné komplikace psychického i somatického stavu předchozím omezením (Marková et al., 2006,).

1.5.4 Ochranné síťové lůžko

Pacient je omezen ve volném pohybu umístěním do speciálního ochranného lůžka.

1.5.4.1 Popis ochranného síťového lůžka

Lůžko je konstrukčně sestaveno tak, aby ze všech stran byla síť včetně stropu (viz příloha 1, obrázek č. 3 a č. 4). Toto lůžko lze uzamknout a spodní část lůžka, na níž leží matrace, je neodstranitelná. Zajištění síťového lůžka ke zdi znemožní převrnutí pacientem. Pokud to pacientův stav vyžaduje, je lůžko vybaveno antidekubitální matrací. Síťová lůžka je vhodné umístit v samostatné ložnici, aby pacient v lůžku nebyl rušen přímou intervencí ostatních spolupacientů.

1.5.4.2 Cíle

- zamezit poškození nebo poranění pacienta,
- zamezit poranění ostatních pacientů, personálu, eventuálně návštěv
- zamezit poškození majetku (Marková et al., 2006).

1.5.4.3 Indikace

„Důvody pro použití opatření jsou následující: opakované nebo dlouhodobé farmakologicky neovlivnitelné či nedostatečně ovlivnitelné projevy psychomotorického neklidu (např. u oligofrenních pacientů), resp. stavy zmatenosti a dezorientace spojené s rizikem poranění (např. u gerontologických pacientů), nemocní nekontrolující své jednání, které vede k vlastnímu ohrožení nebo k ohrožení jiných osob nebo věcí“ (Raboch et al. 2006, str. 156).

Omezení volného pohybu v síťovém lůžku je většinou indikováno u pacientů, kteří jsou opakovaně a dlouhodobě psychomotoricky neklidní. Nejedná se tedy o pacienty s akutními projevy masivního psychomotorického neklidu spojeného s obtížně zvladatelnou agresí. *„Vhodné využití mají síťové lůžka též v oblasti gerontopsychiatrie, kde může jejich použití při relativním zachování komfortu a volnosti pohybu, zabránit vážným poraněním v důsledku pádu. Ve specifických případech se síťové lůžko využívá jen na noc. Je to u pacientů s pravidelným nočním neklidem, který je provázen blouděním po pokoji, obtěžováním pacientů apod.“ (Marková et al., 2006, str. 122).*

1.5.4.4 Způsob provedení a péče o pacienta

Personál musí pacienta prohlédnout před uložením do síťového lůžka, a pokud má u sebe předměty, kterými by mohl poškodit sebe nebo síť v lůžku (např. zapalovač), jsou mu odebrány. Specializovaná péče o pacienta je zaměřena na nepřetržitý vizuální kontakt se zajištěním a uspokojením jeho základních potřeb. Pacientovi v ochranném síťovém lůžku musí být zajištěna také dostatečná aktivizace – je-li toho schopen. Je mu poskytována specializovaná komplexní ošetrovatelská péče, jsou podávány tekutiny, strava, léky. Pacientovi, který je z důvodu aktivizace vyváděn z lůžka, je umožněna hygienická péče, vyprázdnění. Snahou personálu je prodlužovat pobyt pacienta mimo síťové lůžko, a zabránit tak možným komplikacím, které by mohly nastat při dlouhodobějším omezení v síťovém lůžku – například ochabnutí svalstva. Při aktivizaci pacienta je nutné zajistit ošetřujícím personálem jeho bezpečnost - ohrožení například pádem nebo slovní či fyzické napadení spolupacientů. Ošetrovatelská péče je také zaměřena na zajištění dostatečného světelného i tepelného komfortu pro pacienta, na zajištění čistých lůžkovin včetně matrací a udržení samotného síťového lůžka v čistotě dodržováním hygienických a dezinfekčních postupů (Marková et al., 2006).

O pobytu pacienta v ochranném síťovém lůžku jsou vedeny pravidelné záznamy do zdravotnické dokumentace, kde je popsána veškerá intervence zdravotnického personálu a poskytování speciální ošetrovatelské péče, stejně tak jsou zaznamenávány projevy pacientova chování, zápisy o sledování jeho fyziologických funkcí, a to i v době pacientova spánku. Jednotlivé postupy v zajištění intenzivní specializované ošetrovatelské péče včetně specifikace dohledu nad pacientem a následné vedení zápisů do zdravotnické dokumentace jsou přesně definovány Standardy jednotlivých zařízení, která jsou síťovými lůžky vybavena.

1.5.5 Terapeutická izolace

Uzavřením do terapeutické izolace je pacientovi znemožněn volný pohyb po oddělení. Izolace je samostatnou místností určenou pro tyto účely.

1.5.5.1 Popis terapeutické izolace

Izolace by měla být umístěna stran ostatních pacientů, kteří do ní nemohou nahlížet. V izolaci by neměly být žádné zbytečné předměty, o něž by se mohl pacient poranit. Okno v dostatečné výši z nerozbitného skla a speciálně zajištěné dveře proti vylomení a rozbití zevnitř zvyšují bezpečnost umístěného pacienta (viz příloha 2, obrázek č. 5, č. 6 a č. 7). Ideální je umístění topení do podlahy z důvodu zajištění dostatečného tepelného komfortu pacienta a také z důvodu možného sebepoškození pacienta o tepelné těleso, pokud není dostatečně zajištěno. Stěny, podlahy i dveře musí být dobře omyvatelné z důvodů zajištění hygienických i dezinfekčních požadavků a pravidelného udržování čistoty. Monitoring pacienta je zajištěn buď přímým vizuálním sledováním pacienta, nebo pomocí kamerového systému, který ho sleduje v reálném čase. V terapeutické izolaci může být buď lůžko, anebo pouze matrace (Marková et al, 2006).

1.5.5.2 Cíle

- zajistit pacientovu bezpečnost
- zajistit bezpečnost a klid i pro ostatní pacienty
- zajistit dodržení režimu léčby

1.5.5.3 Indikace

„Indikace:

- *v krátkodobé perspektivě neřešitelné výrazně obtěžující chování nemocného vůči ostatním osobám na oddělení,*
- *v krátkodobé perspektivě neřešitelné chování nemocného výrazně snižující jeho důstojnost před osobami přítomnými na oddělení,*
- *výrazné riziko ohrožení zdraví nemocného např. z důvodu nepřiměřeného příjmu tekutin, stravy, resp. nepoživatelných předmětů,*
- *projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí,*
- *nedodržování nezbytného režimu u infekčních a parazitárních onemocnění,*
- *vyhovění nemocnému při požadavku o dočasné odloučení od ostatních nemocných z důvodů vyplývajících z jeho duševní poruchy“ (Marková et al., 2006, str. 120).*

1.5.5.4 Způsob provedení a péče o pacienta

Před umístěním pacienta do terapeutické izolace je nutné pacientovi odebrat všechny předměty, kterými by si mohl ublížit. Po umístění pacienta do izolační místnosti je nutné jeho kontinuální sledování a aktivní zajištění jeho základních potřeb. Pacientovi jsou podávány tekutiny, strava, léky - je nutné zaznamenávat ve zdravotnické dokumentaci, stejně tak jako projevy chování pacienta, jeho spolupráci nebo naopak. Pacientovi je nadále umožněna hygienická péče, podávání informací, které podporují pacientovu orientaci v čase, místě i o (vlastní) osobě (Raboch et al., 2006).

Intervaly zápisů o stavu pacienta, sledování jeho fyziologických funkcí, maximální možná doba fyzického omezení pacienta - dáno Standardy jednotlivých zařízení, kde je tento typ omezovacího prostředku používán.

1.5.6 Ochranný kabátek

Jedná se o omezení pohybu horních končetin pacienta.

1.5.6.1 Cíle

- zajistit bezpečnost pacienta
- zabránit sebepoškození či sebezranění pacienta

1.5.6.2 Technický popis

Ochranný kabátek je zhotoven z pevné látky (viz příloha 2, obrázek č. 8). Obléká se většinou na oblečení pacienta. Ruce pacienta se protáhnou dlouhými rukávy a po provlečení kapsou na přední straně kabátku se rukávy za zády pacienta svážou. Jemným, ale pevným svázáním dojde k omezení pohybu horních končetin (Standard č. 17, 2010).

1.5.6.3 Indikace

Zamezení pohybu horních končetin pacienta pomocí ochranného kabátku je další alternativou fyzického omezení pacienta. Jedná se však o zamezení pohybu pouze horních končetin například z důvodů sebepoškozování. Ochranný kabátek lze také použít při transportu pacienta (Marková et al., 2006).

Tento způsob fyzického omezení je možný kombinovat s lehkým zajištěním pacienta, například v křesle. Samovolný pohyb pacienta bez doprovodu ošetřujícího personálu jej ohrožuje pádem právě nedostatečnou koordinací pohybu horními končetinami. Při použití této metody fyzického omezení je nutné pravidelné procvičování horních končetin pacienta, vždy po rozvázání rukávů. Pravidelnost procvičování a uvolňování končetin je vždy stanovena příslušným Standardem. I při využití tohoto způsobu fyzického omezení je nutné kontinuální sledování pacienta a hodnocení jeho tělesného i psychického stavu se zajištěním uspokojení jeho bio-psycho-sociálních potřeb.

1.5.7 Aplikace psychofarmak

Psychofarmaka, která jsou podávána pacientovi proti jeho vůli neboli bez jeho souhlasu, jsou většinou považována za prostředek léčebný, ne omezovací. *„Psychofarmaka se ve většině případů podávají za účelem zklidnění pacienta při částečné nebo úplné anosognózi. Pravidelnou medikaci proti vůli pacienta je možné podávat pouze u pacientů, u kterých soud potvrdil splnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci (zadržení pacienta v léčebném zařízení). Pokud se soud nevyjádřil, je možné podávat medikaci proti vůli pacienta pouze v akutních situacích (např. akutní a intenzivně probíhající stavy psychomotorického neklidu, auto- či heteroagresivní*

projevy, agitovanost či úzkost, epileptický záchvat)“ (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, str. 564).

Pokud pacient odmítá perorální užití léků a nelze jej slovně přesvědčit, přistupuje se k aplikaci psychofarmak parenterálně. V takovém případě je však nezbytně nutné zajistit dostatečný počet osob ošetřujícího personálu, aby byl pacient dobře manuálně fixován a aplikace psychofarmak byla bezpečná. Dojde-li ke zklidnění - útlumu pacienta - po parenterálním podání psychofarmak, je třeba kontinuálně sledovat psychický a somatický stav pacienta včetně kontroly základních vitálních funkcí (Marková et al., 2006).

1.6 Stupně dohledu u psychiatrických pacientů

Osoby duševně nemocné přijímané do psychiatrických léčeben a na psychiatrická oddělení nemocnic vyžadují specializovanou ošetrovatelskou péči na základě ordinace přijímacího lékaře nebo podle ordinace ošetřujícího lékaře na oddělení dle závažnosti stavu. Tito pacienti, kteří jsou psychicky alterováni, vyžadují ošetrovatelský dohled, jenž je rozdělen na specifické stupně.

„Stupně dohledu:

- 1. Běžný dohled - určený pracovník je neustále informován o stavu pacienta.*
- 2. Zvýšený dohled – kontrola pacienta každých 15 minut.*
- 3. Neustálý dohled – nepřetržitá přítomnost ošetřujícího personálu, vyjma hygieny pacienta.*
- 4. Intenzivní dohled – nepřetržitá přítomnost ošetřujícího personálu a neustálý vizuální kontakt s pacientem.*

Při přijímání pacienta je nutná zvýšená opatrnost. Je jednodušší postupně snižovat stupně dohledu, je-li pacient klidnější než jsme předpokládali, než čelit důsledkům z nedostatečného dohledu“ (Beer et al., 2005, str., 27).

Jednotlivé formy či stupně dohledu jsou upraveny jednotlivými Standardy s přesnou specifikou dohledu u rizikových pacientů.

Podle Standardu č. 16 (2010) jsou specifikovány požadavky u **intenzivního dohledu**. Ten je formou dohledu, kdy ošetřující personál průběžně sleduje všechny projevy chování u pacienta, stejně tak je nutné sledování fyziologických funkcí pacienta, jejich měření a následný zápis do zdravotnické dokumentace. Všechny projevy pacientova chování, hodnoty sledovaných fyziologických funkcí a poskytovaná specializovaná ošetrovatelská péče jsou údaje, které jsou zapisovány souhrnně v určených časových intervalech nebo ihned při každé změně somatického či psychického stavu pacienta.

Standard č. 16 (2010) upravuje také dohled a sledování pacientů, u kterých byly použity omezovací prostředky. V tomto případě se jedná o **nepřetržitý dohled**. Stupeň tohoto dohledu nad pacientem je zajištěn přímým kontinuálním dohledem člena ošetřujícího personálu, nebo sledováním pomocí kamerového systému po celou dobu

použití omezovacího prostředku u pacienta (pokud přítomnost personálu může pacientův stav zhoršit). Dojde-li je zklidnění pacienta nebo pacient usne, zůstává nezbytně nutnou dobu v omezovacím prostředku. Ošetřovatelský personál musí i nadále pravidelně sledovat základní životní funkce.

Důsledným dodržováním ordinací lékaře, pokynů Standardů a zajištěním intenzivní specializované péče ošetřujícím personálem o pacienta je zajištěno bezpečí pacienta, minimalizace výskytu komplikací spojených s použitím omezovacího prostředku, riziko napadení ostatních pacientů či personálu.

1.7 Komplikace spojené s užíváním omezovacích prostředků

Při použití fyzické síly při umístění pacienta do jednotlivých typů omezovacích prostředků, následného průběhu omezení nebo při uvolnění pacienta může dojít k výskytu komplikací. K předejití těchto komplikací je nutné důkladné proškolení personálu - pak je možný vznik komplikací zcela eliminován.

Komplikacemi mohou být:

- poranění neklidného pacienta při zvládnání jeho aktivního odporu,
- poranění členů personálu,
- vznik dekubitů způsobený nedostatečným vypodložením popruhům sloužícím k zajištění pohybu končetin,
- prochladnutí pacienta při nedostatečně zajištěném tepelném komfortu,
- dehydratace při nedostatečném zajištění podávání tekutin,
- sebepoškození pacienta při pobytu v izolaci či v ochranném síťovém lůžku předměty, které nebyly zajištěny ošetřujícím personálem před omezením pacienta, nebyl zajištěn kontinuální dohled nad pacientem, který by včas odhalil prvopočátek snahy pacienta o autoagresi či jiné způsoby ublížení,
- napadení pacienta pacientem – napadení pacienta pacientem již fyzicky omezeného při umožnění následné rehabilitace nebo napadení již fyzicky omezeného pacienta v kurtech jiným pacientem, pokud nebyl zajištěn kontinuální dohled,
- riziko aspirace při zahlenění pacienta nebo při podávání stravy či tekutin pacientovi,
- zvýšené riziko stresu (Marková et al. 2006).

1.8 Projevy pacientů související s možným použitím omezovacích prostředků

1.8.1 Urgentní stavy v psychiatrii

Duševní onemocnění, u nichž se objevují stavy neklidů případně spojených i s agresivním chováním, jsou označovány jako urgentní stavy.

„Urgentní stavy v psychiatrii lze rozdělit do několika skupin.

- ***Stavy psychomotorického vzrušení (neklidu)***
 - *u organických příčin*
 - *u schizofrenií, afektivních poruch a u neurotických poruch*
 - *katatonní syndrom*
 - *manický syndrom*
 - *depresivní syndrom s agitovaností*
- ***Stavy spojené s poruchou vědomí***
- ***Suicidální chování***
- ***Paranoidně halucinatorní syndrom***
- ***Depresivní syndrom, úzkostný a panický stav***
- ***Akutní stavy při alkoholové či drogové závislosti***
- ***Akutní stavy zaviněné užitím psychofarmak“*** (Raboch, Zvolský et al. 2001, str. 491).

Stavy vzrušení s organickou příčinou se objevují u intoxikovaných pacientů nebo také u pacientů s poruchou prokrvení mozku.

Schizofrenie, afektivní a neurotické poruchy – tyto stavy vzrušenosti mohou vzniknout na podkladě porušeného vnímání s halucinacemi různého druhu, porušeným myšlením s bludy. Na jejich podkladě může dojít ke vzniku silného neklidu až k agresivitě.

Katatonní syndrom - se projevuje u duševně nemocných nejenom neklidem, který vyústí v agresivní chování, ale také stuporem, kdy se pacient nehýbe a nemluví, nepřijímá stravu ani tekutiny.

Akutní manický syndrom – je charakteristický nadměrně veselou náladou pacienta. U tohoto syndromu dochází ke značnému zrychlení psychomotorického tempa. Pod vlivem zrychleného myšlení pacienti uskutečňují řadu svých nápadů. O manické náladě tohoto syndromu Dušek a Procházková-Večeřová (2010, str. 167) uvádějí: *„Manická nálada může být vystupňována až do neklidu s agresivní složkou, kdy nemocný je expanzivní a napadá své okolí. Nemocní bývají zvýšeně podnikaví, nadměrně nakupují a utrácejí, nadměrně požívají alkoholické nápoje nebo jiné psychoaktivní látky, dopouštějí se sexuálních deliktů, jsou zvýšeně sexuálně podnikaví a jejich zábrany jsou v tomto směru narušeny.“* Tito nemocní si neuvědomují závažnost svého stavu a jejich hospitalizace bývá nedobrovolná.

Depresivní syndrom s agitovaností – pacienti s depresivním syndromem jsou patologicky smutní, sebeobviňují se, jsou nadměrně úzkostní, svoji současnost i budoucnost vidí beznadějně a dominuje-li u nich úzkost, může se objevit neklid, agitovanost.

Stavy spojené s poruchou vědomí – kvantitativní poruchy vědomí - somnolence, sopor, kóma se vyskytují u akutně organicky podmíněných poruch. Ke kvalitativním poruchám vědomí dochází u delirantního syndromu, který se může objevit například u těžkých infekčních onemocnění, při poruchách metabolismu, po závažných úrazech hlavy, při hypoxiích, při onemocnění srdce a cév. Delirantní syndrom může také vzniknout působením toxických látek – alkoholem, drogami i léky. U kvalitativních poruch vědomí se objevuje dezorientace a poruchy všípivosti, které jsou známkou organického amnestického stavu - většinou u starších lidí, u nichž došlo k výskytu cévní mozkové příhody anebo jiné degenerativní onemocnění (Raboch, Zvolský et al., 2001).

Suicidální chování – vede často k hospitalizaci v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic. Jedná se o akutní stav, kdy je porušen pud sebezáchovy a může dojít buď k sebevražednému pokusu, nebo k tendencím sebepoškozování. O sebevraždě se uvádí že: *„Jde o vědomé a úmyslné ukončení života. Jedinec si smrt přeje a očekává, že si ji svým činem přivodí. Když osoba přežije, označujeme akt jako neúspěšný sebevražedný pokus“* (Praško et al., 2003, str. 46).

K sebevražedným pokusům může docházet: *„U těžkých depresí, schizofrenie nebo jako protestní reakce se sebevražedné jednání vyskytne i v průběhu hospitalizace. Může jít o intoxikaci potají nashromážděnými léky, pořezání zápěstí nebo krku střepem*

rozbitého skla nebo nádobí, pokus o oběšení nebo o skok z výšky, nejsou-li okna zabezpečena mřížemi. V prvním okamžiku je třeba zabránit pokračování v sebevražedném jednání i za cenu použití přiměřené síly, zastavit krvácení, roždýchat pacienta“ (Malá, Pavlovský, 2002, str. 98.).

Některé údaje v anamnéze pacienta mohou upozornit na možný výskyt suicidálního jednání. „ ... *anamnestické rizikové faktory:*

- *psychiatrická onemocnění,*
- *sebevražedný pokus v minulosti,*
- *sebevražedné pokusy v okruhu známých,*
- *osamocení a ztráta vazeb,*
- *stavy nejistoty či ohrožující běh života (např. nezaměstnanost, ztráta bydlení, těžké či nevyléčitelné somatické onemocnění),*
- *dluhy nebo kriminální tresty i hráčství (patologické)“*

(Raboch, Zvolský et al., str. 493).

Paranoidně halucinatorní syndrom – je kvalitativní poruchou vědomí. Velmi často se vyskytuje u duševních poruch - zejména u paranoidní schizofrenie. „*Nemocný se cítí pronásledován, ohrožen, má pocit, že se proti němu plánují různé akce, aby byl zničen. Postupně zabírá do systému bludů stále větší okruh lidí nebo institucí. Domnívá se, že je odposloucháván, stěžuje si na různá místa, píše stížnosti úřadům a sdělovacím prostředkům, bojuje za svá domnělá práva. Jindy se snaží o nápravu sám, stává se agresivním, napadá okolí“ (Dušek, Večeřová - Procházková 2010, str. 175).*

Depresivní syndrom, úzkostný a panický stav – úzce souvisí, neboť úzkost často doprovází depresivní syndrom. „*Úzkost nemá konkrétní obsah, je neohraničená, vystupuje spíše jako obava před něčím neurčitým, co by se mohlo stát. Pokud je ve spojení s depresí, vyskytuje se i sebevražedná aktivita – obvykle tehdy, když terapií zmírníme úzkost. Čím výraznější je úzkost, tím silnější je neklid. U lehčích forem bývá jen vnitřní neklid a teprve s přibývajícím úzkostí se objevuje i zevní neklid“ (Dušek, Večeřová - Procházková 2010, str. 148).*

Akutní stavy při alkoholové či drogové závislosti – se vyskytují většinou při užívání nebo nadměrném užívání takzvaných psychotropních látek, kterými mohou být alkohol a různé formy drog (psychostimulancia, opiáty, halucinogeny nebo hypnotika

nebo jiné). K rozvoji akutních stavů dochází při vynechání nebo při nemožnosti dalšího užívání látek nebo látky, které postupně mohly vyvolat somatickou nebo psychickou závislost organismu. V takových situacích se objevuje buď abstinenci syndrom po vysazení dávky, na kterou si organismu zvykl, nebo intoxikace po předávkování se některou z výše uvedených látek. Jednotlivé příznaky abstinenci syndromu jsou odlišné u somatické závislosti, kdy se objevuje například bolest hlavy nebo končetin. U psychické závislosti dochází k výrazným psychickým změnám, které se mohou například projevit zmateností, stupňující se depresí až pokusem o sebevraždu. Tito závislí mohou v průběhu abstinenci syndromu ohrožovat sebe i okolí náhlým vznikem neklidu spojeným s agresivitou (Dušek, Večeřová - Procházková 2010).

Akutní stavy při léčbě psychofarmaky – se mohou objevit při léčbě duševních poruch. „ ... při léčbě psychofarmaky může docházet i k jistým nouzovým stavům ve smyslu:

- *nežádoucích účinků (neuroleptik, antidepressiv),*
- *předávkování, event. intoxikace,*
- *lékových interakcí,*
- *fenoménů z vysazení, abstinenci jevů“ (Raboch, Zvolský et al. 2001, str. 498).*

Při léčbě antipsychotiky se může objevit tzv. vnitřní neklid – akatizie. „*Akatizie (=syndrom neklidných nohou) je charakterizován neschopností stát či sedět v klidu, přešlapováním, přecházením, ale i vnitřní tenzí, úzkostí a může provokovat suicidální jednání. Její incidence tvoří 20 – 25% léčených, projeví se brzo po zahájení léčby v prvních dnech až týdnech“ (Höschl et al., 2002, str. 694).*

1.8.2 Neklid - rozdělení

Duševní onemocnění se velmi často projevuje u nemocných neklidem, který může být různé etiologie. „*O neklidu z psychiatrického hlediska hovoříme tehdy, když je psychická aktivita postiženého zvýšena a provázena pocity napětí, na jejichž potlačení se musí podle jejich intenzity vynakládat určité úsilí“ (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, str. 132).*

Pocity napětí mohou ovlivňovat jednotlivé projevy pacienta na základě obav, strachu, úzkostí a také vzteku. Nemocnému se může dařit je potlačit a není patrné z jeho projevů, že se nachází v emoční tenzi, a sděluje nám je pouze jako své subjektivní. Pokud je nezvládá, dochází k objektivním projevům, kterými mohou být poruchy jednání, mimiky a pantomimiky. V takovém případě dochází k psychomotorickému neklidu (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

O projevech neklidu uvádí například Mgr. T. Petr, že se jedná o: „*Stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání, až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí. Celkovou motorickou aktivaci a velký neklid označujeme jako agitovanost. Velký pohybový neklid se často pojí s násilným chováním*“ (Marková et al., 2006, str. 106).

Neklid se rozlišuje podle délky trvání na **krátkodobý**, charakteristický náhlým vznikem, kdy se jedná o abnormní reakce, nebo neklid **dlouhodobý**, který se dále rozděluje do několika stupňů. Někdy se může objevit psychomotorický neklid objevující se u poruch osobnosti s trvalými sklony k neklidu.

Podle struktury dále rozlišujeme neklid **motivovaný** a **nemotivovaný**. Motivovaný neklid může být způsoben neuspokojením některé z fyziologických potřeb a po jejím uspokojení zpravidla dochází ke zklidnění. Pokud je neklid podmíněn patologicky, může se současně objevit i agrese zapříčiněná halucinacemi, bludy nebo depresí a průběh tohoto neklidu je často nepředvídatelný (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005).

U krátkodobých neklidů se projevují tak zvané abnormní reakce. Tyto reakce vznikají náhle, intenzita psychomotorického neklidu je různá a může dojít také poruchám vědomí (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010).

1.8.2.1 Abnormní reakce

Abnormní reakce vyskytující se u těchto poruch jednání:

- **impulzivní jednání** - chybí složka motivace a dojde k realizaci momentálního nápadu s vynaložením velké energie. Impulzivní reakce nejsou doprovázeny afektem – zlostí. Osoby si na průběh jednání pamatují, ale nedokážou uvést jeho důvod. Vznikají neočekávaně, jsou neovlivnitelné a nepochopitelné. Může dojít k poruše vědomí. Jsou

časté u poruch osobnosti, demencí, schizofrenie. U duševních poruch je nejčastější (Pavlovský et al., 2004).

- **raptus** je většinou jednorázový, bouřlivý, ústící v agresivitu buď vůči vlastní osobě, nebo vůči okolí. Projevuje se při úzkosti, u těžké deprese nebo u schizofrenie (Raboch, Zvolský et al. 2001),
- **zkratkové jednání**, při kterém nedochází k poruše vědomí a stejně tak emotivita je přiměřená. Osoby, které takto reagují, dosahují svého bez rozmyšlení a zvolí první nabízenou alternativu. Tato zkratkové jednání mohou často vést k vraždám, sebevraždám nebo k jiným trestným činům (Dušek, Večeřová -Procházková 2010),
- **demonstrativní jednání** je často spojeno se snahou dosáhnout buď výhod, anebo zbavit se odpovědnosti, například sebevražedným pokusem (Raboch, Zvolský et al., 2001),
- **automutilace, sebepoškození** – je jednáním, kdy dochází k úmyslnému sebepoškozování. Tyto projevy se mohou objevit u schizofrenie, kdy si nemocný může způsobit různá zranění pořezáním ostrými předměty, popálením cigaretou nebo si může amputovat prsty či genitálie (Pavlovský et al., 2006).

Abnormní reakce emoční jsou charakteristické pro patický afekt, anxiózní raptus, nezvládnutý afekt, při kterých dochází k poruchám emotivity (Raboch, Zvolský et al., 2001).

1.8.2.2 Dlouhodobé neklidy

Dlouhodobé neklidy jsou rozděleny podle projevů do několika stupňů:

Vnitřní neklid - vzniká při euforii, úzkosti, strachu nebo obavách. Ačkoliv nemocný cítí značné napětí, nedochází k vnějším projevům, protože se ho snaží potlačit. Vnitřní neklid doprovází často neurózy, deprese. Objevuje se u osob závislých na alkoholu anebo při jiných závislostech, ale také vzniká jako následek užívání některých psychofarmak.

Psychomotorický neklid – je stupněm neklidu, který již nemocný nedokáže plně potlačit a objevují se u něj charakteristické příznaky, kdy pobíhá z místa na místo, je nepřizpůsobivý. Nemocní sice dokážou akceptovat domluvu, ale nedokážou dlouhodobě zvládnout tuto situaci. Tento neklid se často objevuje v prvopočátcích různých psychických poruch - zejména mánií, schizofrenií a také při některých závislostech.

Psychomotorické vzrušení – je pro nemocného již zcela nezvladatelným druhem neklidu, je nutná medikamentózní léčba.

Psychomotorická agitovanost – je neklidem, u kterého se objevuje agresivní chování nemocného zejména vůči okolí. Dochází zde k vystupňování neklidu a agresivita může být dlouhodobá. Jakákoli domluva s nemocným je velmi obtížná. Ke zklidnění je nutné použití medikamentózní léčby a někdy také omezovací prostředky. Vyskytuje se nejčastěji u schizofrenií a afektivních poruch (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010).

1.8.3 Agresivní chování

Neklid s následnou agitovaností vznikající u různých psychiatrických onemocnění může vyústit v agresivní chování. O agresivitě například Raboch uvádí že: „*Agresivita je vnitřní tendence reagovat útočným způsobem. Může být geneticky, výchovně i chorobně zvýšená*“ (Raboch, Zvolský et al., 2001).

Pro ošetřující personál na psychiatrických odděleních a v psychiatrických léčebnách je velmi důležité rozpoznat již první projevy agresivního chování u pacientů. Mezi první projevy patří nepřátelství, takzvaná **hostilita**, která je uváděna jako nejnižší stupeň agrese. Projevuje se nepřátelským chováním a vystupováním pacienta (Marková et al., 2006).

Jako druhý stupeň agrese je označována **agrese verbální**, která může mít několik forem, přímou, nepřímou nebo ideatorní (Marková et al., 2006).

Objeví-li se přímá verbální agrese: „*Jde o slovní agresi s chladným, ironickými či hostilním způsobem komunikace, pliváním potravy či léků, křikem, nadávkami. Cílem je většinou zastrašit protějšek, vybit napětí, prosadit svoje přání, demonstrovat moc nad situací či lidmi., aby bylo dosaženo domnělého či skutečného práva, aby došlo k odčinění křivdy*“ (Herman et al., 2007, str. 26).

Nepřímá slovní agrese se může objevit v SMS zprávách, dopisech nebo telefonátech. Ideatorní agrese je pouhou slovní reprodukcí pacientových představ, jak vynadá například ošetřujícímu personálu. (Marková et al., 2006).

Třetím stupněm agrese je **agrese brachiální**. Může být zaměřena vůči předmětům: *„Jde o závažnější projevy agrese, kde se agresivní chování přenáší na násilí vůči věcem, dochází ke shazování předmětů, rozbíjení věcí, házení předmětů, bouchání dveřmi, či kopání do skříněk. Zpravidla slouží k vybití, ale může signalizovat budoucí blížící se agresi vůči lidem“* (Herman et al., 2007, str. 26).

Pokud se dále vystupňuje brachiální agrese vůči předmětům, může dojít až k agresi vůči lidem. Není zcela pravidlem, že jí předchází agrese vůči předmětům. Objeví-li se fyzická agrese vůči lidem: *„Jde o nejzávažnější projevy násilí namířené vůči druhým lidem. Útok může být veden holýma rukama nebo s pomocí předmětů, nástrojů nebo zbraně. Ohrožen může být sám pacient, zdravotní personál, spolupacienti i rodinní příslušníci či návštěvy“* (Herman et al., 2007, str. 26).

Výše uvedené projevy agrese, které jsou zaměřeny „navenek“, se označují jako **heteroagrese**. Nezřídka se také objevují prvky agrese zaměřené na vlastní osobu – označované jako **autoagresivní**, kdy může docházet k různým způsobům sebepoškozování. *„Sebepoškozování (automutilace) – jde o násilí obrácené proti sobě. Od mírných projevů, kam patří vytrhávání vlasů, škrábání se, přes úder pěstí nebo hlavou do zdi, řezání se, pálení cigaretou, až po nejzávažnější formu, kterou je suicidium. Tyto projevy se mohou objevit u extrémního stresu, u některých poruch osobnosti (zejména emočně nestabilních, hraničních, disociálních) u psychotických pacientů, v těžké depresi, u lidí s mentální retardací“* (Herman et al., 2007, str. 26).

Agresi jako takovou se u nás zabývali zejména profesor Vladimír Vondráček a profesor Vladimír Študent, kteří ji rozdělili do čtyř stupňů:

1. stupeň - potlačená agrese
2. stupeň - agrese slovní
3. stupeň - agrese proti věcem
4. stupeň – agrese proti lidem a zvířatům (Pavlovský et al., 2004)

„Študent (1965) rozlišuje patickou agresi a patickou agresivitu. Agrese je podle něho jednorázové vybití a uvolnění energie. Agresivita je určitý způsob návykového

chování, je to povahový sklon určený jak vrozenými tak získanými činiteli“ (Dušek, Večeřová - Procházková 2010, str. 136).

Péče o agresivního pacienta je vždy pro ošetřující personál velmi náročná. Tyto projevy se mohou vyskytovat u závažných psychických onemocnění a je zapotřebí dobré farmakologické intervence a vyhledání faktorů, které mohou ovlivňovat agresivní chování pacienta (Beer et al., 2005).

Neklid s následným rozvojem agresivního chování se může objevit, jak u již hospitalizovaných pacientů, tak u pacientů přijímaných do zdravotnického zařízení. Zdánlivě zanedbatelné situace související s příjmem pacienta mohou zvyšovat či podmínit rozvoj strachu, úzkosti nebo tenze. *„Faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení:*

- *obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení – absence vhodného a srozumitelného označení budov a jednotlivých ordinací,*
- *dlouhé čekací doby v čekárně, špatná organizace práce, hluk,*
- *nedostatek informací – personál se nepředstaví, není vybaven jmenovkami, pacient není informován o tom, co se bude dít,*
- *neprofesionální přístup personálu- rutinní přístup, nevhodné poznámky, absence empatie, nervozita a stres personálu aj.,*
- *neumožnění kontaktu s blízkými – zákaz telefonování apod.,*
- *faktor nového, neznámého prostředí,*
- *neadekvátní, zkreslené představy o psychiatrii“ (Marková et al., 2006, str. 107).*

Během hospitalizace a při léčbě duševního onemocnění se mohou objevit některé faktory vedoucí ke vzniku konfliktních situací na psychiatrických odděleních. Může se jednat o neshody pacientů mezi sebou nebo neshody pacientů s personálem. S agresivním chováním pacientů se lze setkat na odděleních s vysoce specializovanou psychiatrickou péčí, kterými jsou akutní psychiatrická oddělení, oddělení pro detoxifikace pacientů, oddělení pro pacienty s ochranným ústavním léčením nebo záchytné stanice. *„Nejčastější zdroje konfliktů mezi personálem a pacienty:*

- *dotazy na propuštění a vycházky,*
- *nesouhlas s hospitalizací, medikací apod.,*
- *odkaz na dodržování pravidel oddělení,*
- *nedostatek informací,*

- *personál vyžaduje aktivity/přetěžování,*
- *neoblíbené ošetrovatelské intervence, např. hygiena,*
- *pacient musí bez vysvětlení čekat,*
- *pacient nedostává cigarety, peníze, chce telefonovat apod.,*
- *nedostatek soukromí, srážky s jinými pacienty“ (Marková et al., 2006, str. 111).*

1.9 Přístup k agresivnímu pacientovi

Neklid či náhlý vznik agrese pacienta se však může objevit i na jiných odděleních. Je proto velmi důležité, aby personál dokázal včas rozpoznat první známky změn v chování pacienta a následně správně a adekvátně na situaci reagovat. Ošetřující personál by měl vystupovat s jistotou a zvládat jak techniku neverbálního, tak verbálního přístupu k neklidnému pacientovi. „*Pacient se nás bojí stejně a většinou mnohem víc než my jeho. Ještě více ho zneklidní, vidí-li naše obavy*“ (Marková et al., 2006, str. 109).

Správný a včasný zásah ošetřujícího personálu může zabránit vzniku neklidného chování nebo následně zcela minimalizovat rozvoj násilného chování. Jednotlivé prvky zvládnání nelidných pacientů nebo agresivního chování by měly být personálem dobře nacvičeny a organizovány. Důležitou roli v takovýchto situacích hraje také organizace a spolupráce jednotlivých členů týmů tak, aby se na sebe mohli vzájemně spolehnout (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Velmi důležitým faktorem při klidnění slovně nebo fyzicky agresivního pacienta je verbální i neverbální komunikace. „*Žádná komunikační dovednost nevede jednoduše ke zklidnění agresivního pacienta, nástroje přizpůsobujeme individuálními styly a osobnosti pracovníka. Komunikace s agresivním pacientem musí být opravdová a upřímná*“ (Beer et al., 2005, str. 41).

Při **neverbální komunikaci** s agresivním pacientem jsou důležité tyto zásady.

„*Neverbálně:*

- *Dbejte vlastní bezpečí – bezpečnostní signální systém.*
- *Předměty umožňující násilné použití mají být mimo dosah.*
- *Nehovořte s pacientem sami – zajistit dostatek personálu, neuzavírejte se v zavřené místnosti. Mějte vždy po ruce minimálně ošetřovatele. Situace lépe zvládne tým než jeden člověk.*
- *K pacientovi se přibližujte ze směru, který pro něj není překvapivý ani ohrožující.*
- *Zastavte se mimo jeho dosah, když jej oslovujete.*
- *Nedělejte žádné náhlé pohyby.*
- *Tempo řeči má být klidné, pomalé, pacient má tendenci to od nás přebrat, a tím*

se sám zklidňuje. Mluvte pomalu, jasně a důvěryhodně (hlasitě, ale nekřičet).

- *Udržujte bezpečnou vzdálenost. Je dobré ponechat ústupovou cestu sobě i pacientovi.*
- *Pokud se podaří pacienta posadit, pomůže to zklidnění celé situace. Pokud však nechce, nenutíme ho. Pokud se podaří převést fyzickou agresi ve slovní, pokračujte podle doporučení předchozího odstavce.*
- *Pokuste se ho uvést do stavu pohody, můžete tak učinit slovy nebo „jazykem těla“ – pěkně se v křesle opřete, ale sed'tě vzpřímeně – je to signál zájmu, bez jakékoli hrozby“ (Herman et al., 2007 str. 27).*

Při **verbální komunikaci** s agresivním pacientem bychom se měli řídit následujícími doporučeními.

„Verbálně:

- *Pacienta informujte, kdo je kdo, představte sebe i ostatní.*
- *Zkuste být empatičtí a naznačte pacientovi, že chápete, co vyjadřuje (často agrese souvisí se strachem).*
- *Pojmenujte pacientovi emoce a vyjádřete empatii vůči jeho potřebám. Zklidnění někdy pomůže si zakouřit, zavolat telefonem apod. – dovolíme to i v podmínkách, kde je to běžně nevhodné (sesterna).*
- *Vyzvěte ho, aby se posadil, nejlépe do křesla.*
- *Nepopuzujte pacienta (nejděte s ním do konfrontace, nebud'te naléhaví ani agresivní).*
- *Nepotřebujeme dominovat ani vyhrát, nejde nám o střet, ale o jeho zmírnění. Proto pozor na slovní protiútok, jde o typické instinktivní komplementární chování, ale zde se nevyplácí, dokonce, i když máte zjevnou fyzickou převahu, protože buď je ublíženo nám, nebo pacientovi.*
- *Přivolejte pomoc. Představa, že zvládnete vše sami, může být riskantní. Případně zajistit asistenci policie“ (Herman et al., 2007 str. 27).*

1.10 Závěr

Péče o duševně nemocného člověka vyžaduje specifický, ale komplexní terapeutický přístup všech zúčastněných. Zahrnuje komunikaci s pacientem, ošetrovatelskou a lékařskou péči, různé druhy terapie i zajištění následné péče po propuštění. „*Základním zlatým pravidlem u všech výkonů podávaných proti nebo mimo vůli nemocného, eventuálně i výkonů, se kterými pacient pasívně, ale bez důvěry souhlasí, je, že budou s pacientem probrány vhodnou formou před aplikací i po ní. Dodatečně je zapotřebí je zhodnotit, vysvětlit a »destigmatizovat« opakovaným vysvětlením a prodiskutováním se zlepšeným pacientem. Vzpomínka na výkon nesmí vytvořit emoční jizvu, třeba disimulovanou, která by v budoucnu narušila vztah mezi nemocným a lékařem*“ (Baudiš, Libiger, 2002, str. 149).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit:

1. Jak vybrané psychiatrické pacientky pohlíží na svou chorobu a stávající duševní stav, jakým způsobem jsou schopny zvládat konfliktní situace.
2. Jak se vybrané psychiatrické pacientky (u nichž bylo nutné použít omezovací prostředky) dívají s odstupem času na tento zákrok.
3. Konkrétně zjistit, jak popisují a hodnotí konfliktní situaci, která předcházela použití omezovacího prostředku; jak hodnotí vlastní průběh omezení i jeho efekt.
4. Konfrontovat výpovědi patientek s údaji ve zdravotnické dokumentaci a s vyjádřením zdravotních pracovníků, kteří museli celou situaci řešit.
5. Ze zjištěných výsledků vyvodit doporučení, která by mohla přispět zlepšení práce zdravotnického personálu v situacích, jež vyžadují použití u pacienta omezovacího prostředku.

2.2 Zkoumaný soubor a použité metody

2.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Byly použity rozhovory uskutečněné s pacientkami hospitalizovanými na příjímáacím oddělení pro neklidné a mentálně retardované ženy v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Rozhovory byly uskutečněny v období od listopadu 2010 do ledna 2011. Původně bylo zařazeno 8 patientek, jedna byla vyloučena pro nesouhlas opatrovníka s rozhovorem. Jednalo se o 7 patientek s obdobnými projevy duševního onemocnění a přítomným kognitivním deficitem v důsledku vrozeném nebo v důsledku nepříznivého průběhu choroby: 4 pacientky s diagnózou chronické paranoidní schizofrenie, 1 pacientka s diagnózou chronické hebefrenní schizofrenie, 1 pacientka s diagnózou reziduální schizofrenie a 1 pacientka s diagnózou poruchy chování u lehké

mentální retardace. Pacientky byly ve věku od 22 do 65 let. Všechny pacientky se pro duševní onemocnění léčí řadu let. Jedna pacientka byla svéprávná, 6 patientek bylo zbaveno způsobilosti k právním úkonům. Svéprávná pacientka podepsala souhlas s rozhovorem sama, za pacientky zbavené způsobilosti k právním úkonům byl získán souhlas opatrovníků.

2.2.2 Charakteristika použité metody

Vzhledem ke zvolenému tématu byl výzkum kvalitativní povahy. Byl použit polostrukturovaný rozhovor s volnou formou odpovědí na jednotlivé otázky (Ferjenčík, 2000). Otázky vypracoval autor bakalářské práce, který též rozhovory vedl. Byly rozděleny do pěti oblastí: 1. dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění, 2. současný psychický stav, 3. zvládání konfliktní situace, 4. průběh omezení, 5. vyhodnocení omezení. Celkem bylo položeno 30 otázek. Rozhovory proběhly se všemi pacientkami za hospitalizace v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě se souhlasem ředitele. S pacientkami bylo hovořeno na přijímacím oddělení pro neklidné a mentálně retardované ženy, kde byly hospitalizovány.

2.3 Výsledky

2.3.1 Kazuistiky

Kazuistika č. 1

62letá pacientka, přijata ke 3. pobytu v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě překladem z léčebny dlouhodobě nemocných pro neklid, vulgaritu a agresivitu vůči personálu i spolupacientům, hlučnost, poruchy chování.

Dg.: Reziduální schizofrenie F 20.5

Anamnéza (dle dokumentace) - od pacientky nelze získat validní informace:

RA: otec zemřel, není známo kdy. Pacientka žila společně s matkou, která se o ni starala do jara roku 2006. Matka zemřela na podzim roku 2006. Bratr lékař – je opatrovníkem pacientky, navštěvuje ji zřídka.

OA: Svobodná, bezdětná. V dětství vážněji nestonala. Stav po appendektomii, tonsilektomii a adenotomii. Osteoporosa, retence močová.

SPA: Dokončené středoškolské vzdělání – střední zemědělská škola, pracovala jen krátce jako dělnice. Plný invalidní důchod. Zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je bratr.

FA: Haloperidol 1,5mg 2-4-4 tbl., Tisercin 25mg 1-3-4 drg., Max-Brusinky 1-0-1 tbl., Kombi-Kalz 1000/880 1-0-0 sacc., Cotrimoxazol Al Forte ½-0-1/2 tbl. Při neklidu: Haloperidol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. max. 2x denně.

Psychiatrická anamnéza: Pacientka od mládí léčena s diagnózou paranoidní schizofrenie – v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě poprvé v r. 1998, podruhé na jaře roku 2006, nyní třetí pobyt. V mezidobí 3x hospitalizována na psychiatrickém oddělení nemocnice ve Svitavách. Pacientka trpí paranoidní schizofrenií kontinuálního průběhu – aktuálně již chronické stadium s výraznými negativními příznaky (emoční oploštělost, abulie), hypoaktivitou, výrazným zhoršením verbální i neverbální komunikace. Naprosto nezvládá samostatnou existenci.

Psychiatrické vyšetření lékařem při přijetí: Lucidní, orientována správně jen osobou a místem, situací a časem desorientována. Psychomotorické tempo volnější. Emotivita

výrazně oploštělá, afektivita labilní. Nálada lítostivá, kolísá, sklon k lakrimaci. Řeč dysartrická. Myšlení místy zcela inkoherentní, obsahově velmi chudé, perseveruje požadavek, že chce matku... Bludy nezjištěny. Bez suicidálních myšlenek. Percepce toho času intaktní, nelze vyloučit transitorní halucinace. Přijata pro poruchy chování ve smyslu insomnie, neklidu, agresivity vůči okolí. Naprosto nezvládá samostatné fungování, závislá na choré matce – selhávají obě. Intelekt a paměť deteriorovány psychotickým onemocnění. Osobnost s výrazným postpsychotickým defektem.

Aktuální hospitalizace: Od přijetí výrazné kolísání psychického stavu, kdy dekompenzace jsou pro farmakorezistenci řešeny sériemi elektrokonvulzí. Časté jsou stavy, kdy je nejdříve naléhavá, stupňuje se do agitace, vulgarit, je hlučná, často s agresivním jednáním zejména vůči ošetřujícímu personálu, ale i vůči sobě (např. tlučte hlavou do zdi). Vždy je snaha ošetřujícího personálu a lékařů – pokud je rozvoj neklidu postupný - tento stav upravit častými pohovory s pacientkou, úpravou perorální medikace. V případě akutního masivního neklidu je jako první volba omezení pacientky v sítovém lůžku, pouze pokud nedojde ke zklidnění, aplikace parenterální medikace (Tisercin, Haloperidol - při aplikaci parenterální medikace se rychle tvoří defekty, které se komplikovaně hojí). V roce 2010 bylo k tomuto omezení nutno přistoupit ve 4 případech.

Ošetřovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Komunikace verbální porušená. Společenská interakce porušená. Násilí hrozící vůči jiným i vůči sobě. Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a vyprazdňování. Retence moči chronická.

Rozhovor č. 1

Pacientka vcelku ochotně souhlasila s rozhovorem. Ten proveden na ložnici pacientky po poledním klidu, pacientka si přála setrvat v lůžku, nebyl přítomen nikdo z personálu ani ze spolupacientek. Po celou dobu vstřícná, usměvavá. Až na výjimky zodpověděla téměř všechny dotazy. Kladeným otázkám rozuměla.

Omezení v sítovém lůžku naposledy použito před 6 měsíci. Indikovala ošetřující lékařka pacientky. V den omezení pacientka již od rána neklidná, rozkřičená, resonantní vůči ošetřujícímu personálu, rozběhaná, riziko úrazu. Při vizitě křičí na lékařku, na sestry, sprostě nadává. Pokus o slovní zklidnění pacientky. Během hodiny nedošlo ke

zlepšení stavu, proto dle indikace ošetřující lékařky v 9:15 umístěna do ochranného síťového lůžka. Zde intenzivně sledována – ochranné lůžko umístěno na ložnici vedle pracovny sester s proskleným průhledem. Ošetřující lékařkou proveden zápis do dokumentace, indikace omezení. Ve 13 hodin pacientka stále neklidná, podán oběd a polední medikace, pacientka odvedena na WC, poté zpět do síťového lůžka. V 16 hodin vypuštěn permanentní katetr. V 17:30 hodin podána večeře, odvedena na WC – stále křičí, neklidná, sprostě nadává ošetřujícímu personálu. 19:30 hodin provedena večerní hygiena, vypuštěn permanentní katetr, neustále hlučná, neklidná, křičí, nadává, uložena zpět do síťového lůžka. 22:30 hodin ještě nespí, vykřikuje své jméno, šermuje rukama proti ošetřujícímu personálu, aplikován Haloperidol 1 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. Ponechána v síťovém lůžku. 23:00 hodin pacientka usnula – sledována v síťovém lůžku, sledovány fyziologické funkce. Omezení ukončeno po konzultaci se žurnálním lékařem ve 23:45 hodin. Omezení trvalo celkem 14,5 hodiny.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění
 - a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?
„To nevím“
 - b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?
„To už nevím“
 - c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?
„Byla jsem ve Svitavách“
 - d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?
„Jaký beru léky teď, to nevím, dřív jsem brala Chlorpromazin, na šoky chodím“
 - e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
„No to víte, já jsem pracovala, bratr studoval, nevím, proč tu jsem“.
 - f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
„Léčbu snáším výborně.“
 - g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?
„Chodím na šoky, dostávám snídani, svačinu, oběd, večeři, nejradši bych byla doma.“

2. Současný psychický stav

- a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?
„ “ (odmítá odpovědět)
- b) Jakou máte náladu?
„*Náladu mám dobrou.*“
- c) Míváte úzkosti nebo strach?
„*Strach mám, bojím se šoků, copak je to platný, nemám maminku ani tatínka, mám bratra..*“
- d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že Vám někdo ubližuje?
„*Neděje se nic špatného, to víte, já uličnice, dělala jsem pět let pomocnici, myla jsem nádobí.*“
- e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?
„*To víte, copak je to platný.*“

3. Zvládání konfliktní situace

- a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?
„ “ (odmítá odpovědět)
- b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?
„*Pomodlím se.*“
- c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?
„*Párkrát.*“
- d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?
„*Neměla.*“
- e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?
„*Všechny lidi jsou hodný.*“
- f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?
„*Pět let jsem dělala v Pramenu, dělala jsem pomocnou sílu.*“
- g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?
„*Ale jo.*“

4. Průběh omezení

- a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení?

„ Ano, nastala. “

b) Co tuto situaci podle vás způsobilo?

„Křičela jsem a brečela, nikoho jsem netloukla, nadávala jsem sem tam někdy. “

c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?

„Co by měli říkat, byli normální, říkali mi – všechno se spraví. “

d) Jaký druh omezení byl použit?

„Byla jsem v síti. “

e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?

„Jako pacient, no to víte, maminka dala vystudovat syna. “

5. Vyhodnocení omezení

a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?

„Brečela jsem tam a křičela, dali mi snídani, svačinu a oběd. “

b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?

„To se mě moc ptáte. “

c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?

„Sestřičky se ke mně chovaly pěkně, hrály se mnou hry, karty.. “

d) Jak jste se cítila během omezení?

„Jako pacient, bylo to potřeba, tak to udělaly. “

e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?

„Ano, cítila jsem se líp“. “

f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?

„Řekli mi to a pak bylo všechno v pořádku. “

Shrnutí:

Odpovědi jsou adekvátní stavu pacientky – je patrný poměrně výrazný kognitivní deficit – zejména v oblasti staropaměti – časté odpovědi typu „...nevím...“ na dotazy ohledně orientace v minulosti, oploštělost emotivity – reaguje bez emočního náboje. Poměrně časté jsou i odpovědi mimo kategorii dotazů – na dotaz proč je hospitalizována „...já jsem pracovala a bratr studoval...“.

Na cílené dotazy stran projevů neklidu a agrese – pacientka reaguje převážně negacemi – s největší pravděpodobností si na jednání pod vlivem psychotických prožitků nevzpomíná, ale není vyloučena ani disimulace. Zcela popírá agresivitu vůči personálu. Připustí, že někdy jednala tak, že to vedlo k jejímu omezení v sít'ovém lůžku „...křičela jsem a brečela...“. Vzpomíná si na tyto situace. Umístění v sít'ovém lůžku považuje za adekvátní. Pozitivně hodnotí přístup personálu, jak při samotném omezení, tak i při vysvětlení situace.

Na situaci, která vedla k omezení, si vzpomene. Ale připustí pouze verbální formu agresivity, brachiální odmítá.

Samotné omezení v sít'ovém lůžku bezprostředně po ukončení hodnotí kladně v tom, že došlo ke zlepšení jejího stavu, zklidnila se. Nedomnívá se, že by bylo neoprávněné. Celkové hodnocení je tedy vcelku pozitivní. S odstupem je hodnocení stejné, souhlasí, že bylo potřeba, pomohlo jí.

Tabulka č. 1: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Připouští křik, nadávky	Značný neklid, rozběhaná, vulgarity vůči lékaři i zdravotnickému personálu, riziko úrazu pacientky i spolupacientek	Pacientka byla neklidná, běhala po oddělení, nadávala lékařce a ošetřujícímu personálu, strkala do spolupacientek. Ohrožovala sebe i okolí.
Popis průběhu omezení	Hodnotí kladně přístup personálu, omezení považuje za adekvátní tomu, co dělala	Po umístění do sít'ového lůžka trval neklid a resonance, ale pacientka chráněna před nebezpečím sebepoškození eventuelně způsobením úrazu spolupacientkám, nedošlo ke zhoršení stavu. Po aplikaci neklidové medikace došlo k rychlé úpravě stavu. Lze kontinuálně sledovat, sledovat příjem a výdej tekutin, stav pacientky.	Pacientka byla v sít'ovém lůžku neklidná, křičela a nadávala, přehazovala lůžkoviny. Během omezení podávána strava a tekutiny, á 3 hodiny vypouštěn permanentní katetr. Byla aplikována neklidová medikace, pak rychle zlepšení stavu.
Účinek omezení	Hodnotí kladně, cítila se lépe	Zklidnila se, usnula. Nedošlo ke zranění pacientky ani spolupacientek.	Nerozvinul se stav brachiální agresivity, po aplikaci neklidové medikace zklidněna, usnula.

Vyhodnocení otázek:

Pacientka ochotně odpovídá na dotazy ohledně svého duševního onemocnění i léčby (otázka č. 1). Z dotazů na aktuální psychický stav (otázka č. 2) neodpověděla pouze na otázku „jak se nyní cítíte, jaké máte potíže“, jinak vše zodpovězeno, vypovídá o uspokojivém aktuálním psychickém stavu. Na první podotázku z bloku č. 3, zda nastala situace, kdy nebyla schopna usměrnit své jednání – neodpověděla. Na další podotázky již ano – připustí situace, kdy nebyla schopna své jednání ovládnout. Zda bylo ovlivněno bludy či halucinacemi, nelze prokázat. Otázka č. 4 – vzpomíná si na to, že byla omezena v ochranném síťovém lůžku, jednání vedoucí k omezení bagatelizuje na křik a brečení, personál s ní hovořil. Samotné omezení (otázka č.5) hodnotí, že „bylo potřeba“, personál s ní důvody prohovořil, efekt hodnotí kladně – cítila se lépe.

Diskuze:

Pacientka byla po dobu prvních 12 hodin omezení v síťovém lůžku stále neklidná, nedošlo k výraznějšímu zlepšení stavu. Bylo nutno aplikovat neklidovou medikaci, ačkoli je u pacientky s rizikem – viz výše.

Vzhledem k projevům pacientky (rozběhaná, hlučná, vulgární) však omezení v síťovém lůžku zabránilo tomu, aby došlo k poranění jejímu (anamnesticky časté stavy, kdy se pacientka sebepoškozovala – tloukla hlavou do zdi – viz výše) nebo spolupacientek. Nedošlo ke zvýraznění projevů – anamnesticky pacientka často brachiálně agresivní vůči spolupacientkám i personálu. Stav pacientky mohl být kontinuálně monitorován včetně příjmu a výdeje tekutin, příjmu stravy.

Kazuistika č. 2

22letá pacientka, přijata k opakovanému pobytu v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě na doporučení ambulantního psychiatra pro narůstající agresivitu vůči rodičům, utekla z domu, rozbila vitrínu s obecní vyhláškou.

Dg.: Chronická hebefrenní schizofrenie u slaboduché osobnosti F 20.1

Anamnéza (dle dokumentace) - od pacientky nelze získat validní informace:

RA: Rodiče rozvedeni, matka žije s přítelem, vychovávají její dvě dcery. Sestra pacientky též léčena pro schizofrenii, opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně.

OA: Svobodná, bezdětná. Vážněji nestonala. Lipomatoso pankreatu, elevace jaterních testů, stav po bronchopneumonii bilaterálně v roce 2009. Od prosince 2010 léčena pro hypothyreosu. Operace, úrazy nejuje.

SPA: Dokončené pouze základní vzdělání, poté studovala dívčí katolickou školu, ale pro rozvoj schizofrenního onemocnění nedokončila. Plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je matka.

FA: Depakine chrono 500mg 1-0-2 tbl., Lithium carbonicum 1-1-1 tbl., Rivotril 0,5mg 0-1-1 tbl., Rispen 2mg 1-1-1 tbl., Omeprazol Teva 20mg 0-0-1 cps., Magnesium lacticum 1-0-0 tbl., Euthyrox 50ug 1-0-0 tbl. liché dny, Euthyrox 50ug 1,5-0-0 tbl. sudé dny. Haloperidol decanoát 1 ampule i.m. 1x za 14 dní. Při neklidu: Haloperidol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. maximálně 2x denně.

Psychiatrická anamnéza: Od ledna 2004 u pacientky pozorovány změny v chování, opakovaně hospitalizována v PL Bohnice se závěrem schizofrenní onemocnění v atakách s postupným defektem v oblasti osobnosti a intelektu, obraz hebefrenní chronické schizofrenie. Opakovaně hospitalizována též v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Při posledním pobytu v roce 2008 v popředí agresivita, aplikována série elektrokonvulzivní terapie jen s mírným efektem.

Psychiatrické vyšetření lékařem při přijetí: Lucidní, orientována správně je místem a situací. Osobou nepřesně, časem desorientována. Spontánně vede nesrozumitelnou samomluvu. Emotivita otupělá. Myšlení nesouvislé, eventuelní bludy či poruchy vnímání explodovat nelze. Obraz těžkého defektu při souběžné slaboduchosti. Anamnesticky stavy neklidu s agresivitou.

Aktuální hospitalizace: Krátce po přijetí ještě stavy masivního neklidu a agresivity zejména vůči okolí – mnohomluvná, rozběhaná, zcela neusměrnitelná, nebyla schopna dodržovat běžný denní režim na oddělení, brachiálně agresivní vůči spolupacientkám

i personálu. Zaléčena medikamentózně – antipsychotiky a thymostabilizátory. Opakovaně bylo nutno zklidnit pacientku umístěním do síťového lůžka. Nyní je přítomen mírný polékový útlum. Upravována medikace, po stabilizaci stavu dimise domů po domluvě s rodinou.

Ošetřovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Komunikace verbální porušená. Společenská interakce porušená. Násilí hrozící vůči jiným. Nepochota ke spolupráci. Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně, oblékání. Výživa porušená, nadměrná. Infekce, riziko vzniku.

Rozhovor č. 2

Pacientka vcelku ochotně souhlasila s rozhovorem. Ten proveden na ložnici pacientky v odpoledních hodinách, pacientka seděla na lůžku, nebyl přítomen nikdo z personálu ani ze spolupacientek. Během rozhovoru opakovaně vstávala, bylo nutno ji usměrňovat. Řeč setřelá, obtížně srozumitelná. Až na výjimky zodpověděla téměř všechny dotazy. Kladeným otázkám vcelku rozuměla, některé bylo nutno zopakovat.

Omezení v síťovém lůžku naposledy použito 14 dní před rozhovorem. Indikoval žurnální lékař. Záznam z dokumentace: Pacientka po uložení ve 20:00 hodin neustále opouští lůžko, svléká se a běhá nahá po oddělení, na cizí pokoje, obtěžuje spolupacientky. Opakovaně oblečena, odvedena zpět na pokoj. Slovně neusměrnitelná, pokynům nevyhoví. Ve 21:25 hod aplikována neklidová medikace Haloperidol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp .i.m.. Pacientka odvedena na WC, kde se vymočila. Informován žurnální lékař, který indikuje omezení v ochranném síťovém lůžku, kam pacientka odvedena. Zde nepřetržitě sledována průzorem z pracovny sester. 23:00 hodin – pacientka nespí, sedí v lůžku, produkuje hlasitý slovní salát. Odvedena na WC v doprovodu ošetřovatele. Po cestě na WC se pomočila – umyta a převlečena, podány tekutiny. Uložena zpět do lůžka, omezení pokračuje. 00:30 hodin – pacientka klidně spí, sledovány fyziologické funkce, dále nepřetržitě sledována. 01:00 hodin – pacientka klidně spí, omezení v ochranném síťovém lůžku ukončeno, nadále sledována. Omezení trvalo celkem 3 hodiny a 45 minut.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.

a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?

„Neposlouchala sem doma..., zlobila sem...“

- b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?
„To se napamatuju....“
- c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?
„Byla sem v Praze v Bohnicích.....“
- d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?
„Léky mi dával taťka a mamka...já nevím.....“
- e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
„Utekla sem....byla sem v lese...rozbila sem nástěnku, zlobila mě ségra“.
- f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
„Léky беру doma, polykám je, nedělají mi nic zlého...“
- g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?
„Musím tady bejt, až mi bude dobře, pujdu k taťkovi a k mamce....trochu ještě zlobim...“

2. Současný psychický stav.

- a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?
„Mám se dobře, ale radši bych byla doma.... Potíže nemám, nic mě nebolí....někdy zlobim...nevím proč..“
- b) Jakou máte náladu?
„Náladu mám dobrou, ale už chci domů....“
- c) Míváte úzkosti nebo strach?
„Mám strach, že tady budu dlouho...“
- d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že vám někdo ubližuje?
„...dali mě sem do léčebny, ale zlobila jsem, rozbila sem věci....“
- e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?
„Umejou mě a oblíknou....dají mi léky, ...“

3. Zvládání konfliktní situace.

- a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?
„Někdy zlobim a nevím proč...všechno mě rozčiluje...“
- b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?
„Vztek někdy mám a pak zlobim,mě nikdo nic nedělá...“

- c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?
„Někdy nadávám a křičím....taky jsem někoho praštila...“
- d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?
„Ženský mi vaděj, je jich tady moc, tak někdy křičím, sestřičky sou hodný, ale taky někdy křičím....“
- e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?
„To ne.....“
- f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?
„...hlasy nemám...“
- g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?
„...křičím a běhám....“

4. Průběh omezení.

- a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení ?
„...byla sem zavřená....“
- b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?
„...zlobila sem, křičela....“
- c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?
„...injekci mi dali, mluvili.....přišla pani doktorka.....“
- d) Jaký druh omezení byl použit?
„...byla sem v síti.....“
- e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?
„...byla sem zavřená, abych nezlobila, nebylo to pěkný...“

5. Vyhodnocení omezení.

- a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?
„...když sem nezlobila, pustili mě....“
- b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?
„...nebylo hezký, že sem zlobila....nemá se to...“
- c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?
„...dali mě injekci a do sítě....“
- d) Jak jste se cítila během omezení?

„...nevím...ležela sem...“

e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?

„...už sem neběhala a nekřičela.....“

f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?

„...sestřičky a pani doktorka,....“

Shrnutí:

Rozhovor bylo problematické dokončit – pacientka neudrží pozornost, v průběhu odcházela, bylo nutno opakovat otázky. Odpovědi pacientky jsou modifikovány postpsychotickým defektem intelektu, který již primárně snížen, i osobnosti. Místy je obtížná srozumitelnost řeči. Reaguje bez podstatnějšího emočního náboje, není příliš schopna zhodnotit svůj postoj vůči omezení „...ležela jsem.....“.

Stavy neklidu a agresivity hodnotí sama jako „zlobení a křičení“. Uvědomuje si, že chování nebylo adekvátní, vzpomene na aplikovanou neklidovou parenterální medikaci a umístění do síťového lůžka, které považuje za oprávněné – to, co dělala „...nemá se to...“. Ošetřující personál i lékařka s ní hovořili. Jejich přístup nijak emotivně nehodnotí „...dostala jsem injekci...dali mě do sítě....“.

Na situaci, která vedla k umístění do ochranného síťového lůžka si dobře pamatuje „...běhala jsem a křičela...“. Během rozhovoru připustí i brachiální agresivitu „...taky jsem někoho praštila...“.

Omezení v ochranném síťovém lůžku bere jako oprávněné vzhledem ke svému chování. V danou chvíli se při umístění necítila dobře. Během omezení ležela, zklidnila se „...už jsem neběhala a nekřičela...“. Nepocituje omezení jako neoprávněné.

Tabulka č. 2: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Byla hlučná, běhala, připustí i brachiální agresivitu	Večer opouštěla lůžku, běhala nahá po oddělení a do cizích pokojů, hlučná, neusměrnitelná, slovní domluva bez efektu.	Pacientka po uložení neustále vstávala, svlékala se, běhala po oddělení, chodila na cizí pokoje a budila ostatní pacientky. Na domluvy nereagovala, oháněla se rukama, bránila se opětovnému odvedení do lůžka. Opakovaně znovu oblečena a odvedena do lůžka, bez efektu.
Popis průběhu omezení	Omezení považuje za adekvátní tomu, co dělala, personál s ní hovořil. Při umístění do ochranného síťového lůžka se necítila dobře. V lůžku pak ležela, nedokáže popsat pocity.	Před umístěním do ochranného síťového lůžka aplikována neklidová medikace. Pacientka v lůžku dále hlučná, ale již bez projevů motorického neklidu. Cca po 3 hodinách se zklidnila, usnula.	V ochranném síťovém lůžku hlasitě nesrozumitelně mluvila, ale již se nesvlékala. Byla sledována, odvedena na WC. V ochranném síťovém lůžku pak usnula, ještě sledována a omezení ukončeno.
Účinek omezení	Přestala křičet a běhat.	Před nástupem účinku parenterální medikace zajistilo ochranné síťové lůžko zklidnění pacientky, projevy omezeny na slovní produkci. Zklidnila se a usnula.	Než nastoupil efekt parenterální medikace, byl zajištěn motorický klid pacientky, zabráněno buzení ostatních pacientek. Usnula.

Vyhodnocení otázek:

Pacientka zodpověděla všechny kladené otázky. Z otázky č. 1 – nevzpomíná si, kdy se začala psychiatricky léčit, léky jí dávají rodiče. Zná příčiny současné hospitalizace, léčbu snáší dobře. Otázka č. 2 (současný psychický stav pacientky) – nemá výraznější potíže, zaměřena na návrat domů. Otázka č. 3 (zvládání konfliktní situace) – uvědomuje si situace, kdy není schopna se ovládnout – „ křičí, zlobí, má chuť někoho uhdit“, nezdá se být způsobeno vlivem bludů či halucinací. Na otázku č. 4 - zda bylo nutno někdy vůči ní použít omezení – ví, že jí byla aplikována injekční medikace, byla omezena v ochranném síťovém lůžku. Uvědomuje si, co situaci způsobilo, hovořila s ní lékařka. V danou chvíli se necítila dobře. Otázka č. 5 (vyhodnocení omezení) – hodnotí jako oprávněné vzhledem ke svému jednání, samotný průběh omezení v ochranném síťovém lůžku není schopna zhodnotit, ale zklidnila se, personál i lékařka s ní důvody zpětně prohodili.

Diskuze:

Pacientce byla pro neklid (viz výše) aplikována parenterální medikace, poté byla uložena do síťového lůžka, kde ještě hlučná, ale bez motorických projevů. Cca po 3 hodinách klidně usnula.

Umístěním do ochranného síťového lůžka bylo pacientce zabráněno v pobíhání po oddělení, rušení ostatních spících pacientek event. úrazu pacientky než se zklidnila. Pokud by byla ponechána volně se pohybující, pak mohlo při opakovaném odvádění pacientky na její ložnici, oblékání a ukládání dojít ke zvýraznění neklidu, k rozvoji brachiální agresivity.

Kazuistika č. 3

65letá pacientka, přijata k opakovanému pobytu v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě na doporučení ambulantního psychiatra pro relaps psychózy.

Dg.: Paranoidní schizofrenie F 20.0

Anamnéza (většina dle dokumentace/ - od pacientky nelze získat validní informace:

RA: Informace o rodičích získat nelze, pacientka pod vlivem bludů není schopna uvést validní data. Má dvě sestry, navštěvují ji jen sporadicky. Psychiatrická zátěž v rodině nezjištěna.

OA: Svobodná, bezdětná. Bydlela v bytě v rodinném domku své sestry. V dětství vážněji nestonala. Diabetes mellitus, obezita, hypertenze, varixy dolních končetin, stav po fraktuře distálního radia květen 2006, stav po kyretáži pro metrorhagii.

SPA: Plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníci je sestra.

FA: Accupro 5mg 1-0-0 tbl., Egilok 25mg 1-0-1 tbl., Haloperidol 1,5mg 5-5-6 tbl., Tisercin 25mg 0-0-1 tbl., Haloperidol decanoát 1 amp. i.m. 1x za 14 dní, Afluditen depot 1 amp. i.m. 1x za týden. Při neklidu: Haloperidol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. max. 2x denně.

Psychiatrická anamnéza: Pacientka psychiatricky léčena od mládí – přesněji není známo. Od počátku je psychotické onemocnění farmakoresistentní – medikace jen s malým efektem, navíc pacientka zcela nekritická, bez náhledu na nemoc, medikaci většinou neužívala, na kontroly nedocházela. Proto časté rehospitalizace na psychiatrii.

Psychiatrické vyšetření lékařem při přijetí: Lucidní, orientovaná vlastní osobou, časově nepřesně – nezná den, situaci zcela nechápe. Laděna dysforicky, efektivita labilní a dráždivá. Halucinace sluchové (slyší přítomnost čarodějnic), čichové a chuťové. Myšlení rozjíždivé, bradypsychické, paranoidní, megalomaničké bludy (domnívá se, že je herečka), bludy viscerální. Zaměňuje jména, osoby, zkreslené vnímání reality, derealizace. Postpsychotický defekt osobnosti.

Aktuální hospitalizace: K současné hospitalizaci pacientka přijata poté, co jí zemřel druh, kterého doma ještě dva dny po úmrtí krmila, opatrovala a ležela vedle něj. Průběh nemoci je nepříznivý. Intermitentně se u pacientky objevují pestré halucinatorní prožitky a paranoidní bludy – zejména erotomaničké se silným emočním nábojem. Pod jejich vlivem je velmi hostilní, agresivní vůči okolí. Ani dlouhodobou farmakologickou léčbou a sériemi elektrokonvulzí nebylo dosaženo uspokojivé remise.

Ošetrovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Společenská interakce porušená. Násilí hrozící vůči jiným. Neochota ke spolupráci. Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně. Výživa porušená, nadměrná. Infekce, riziko vzniku. Zdraví, snížená schopnost zachování.

Rozhovor č. 3

Pacientka nepříliš ochotně souhlasila s rozhovorem. Ten proveden na jídelně pacientek dopoledně, kdy většina pacientek se věnuje různým aktivitám. Přítomno na sále dalších 5 pacientek, které se věnovaly vlastním činnostem (kreslení, hraní společenských her), z personálu nikdo další přítomen nebyl. Zpočátku odpovídala vcelku klidně, během rozhovoru narůstající tenze, zvyšovala intenzitu hlasu, výrazně gestikulovala. Na některé otázky vůbec neodpověděla.

Omezení v ochranném síťovém lůžku naposledy použito 5 měsíců před rozhovorem, indikovala ošetřující lékařka. Ze záznamu z dokumentace ve 14:45 hodin, během podávání odpolední svačiny, pacientka náhle agresivní vůči ošetřujícímu personálu, brachiálně je napadá, slovně zcela neusměrnitelná, umístěna do ochranného síťového

lůžka, okamžitě informována ošetřující lékařka. Pacientka v lůžku nepřetržitě sledována, chová se vcelku klidně, při příchodu personálu opět agresivní. 17:30 hodin odvedena na WC, pro agresivní projevy dále ponechána v ochranném síťovém lůžku. Podány tekutiny, večeře – snědla vše. 19:35 hodin – pacientce podány večerní léky, provedena večerní hygiena, podány tekutiny. Dále náznaky agresivity. Ponechána v omezení, ulehla v lůžku, sledována. 20:00 hodin – pacientka usnula v síťovém lůžku, omezení ukončeno. Omezení v ochranném síťovém lůžku trvalo 5 hodin a 15 minut.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.

a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?

„...já nejsem nijak nemocná...“

b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?

„...ted' vám to říkám, já nejsem nemocná...“

c) Byla hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?

„...já jsem se nikdy neléčila, starala sem se doma o přítele...“

d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?

„Tady mi léky dávají, doma jsem nic nebrala, nic nepotřebuju....“

e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?

„...nic sem nedělala, byla sem doma s přítelem a najednou mě sebrali a vodvezli...“

f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?

„Já léky nepotřebuju, nevím, proč toho dostávám tolik, jsem unavená,potřebuju aby mi je nedávali...“

g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?

„Držej mě tady zbytečně, já sem zdravá...“

2. Současný psychický stav.

a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?

„...Cejtim se dobře, sem zdravá...“

b) Jakou máte náladu?

„A to víte že dobrou...“

c) Míváte úzkosti nebo strach?

„Mám strach, že mě tady zas něco udělaj....aby mě tady zas neprcali...“

- d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že vám někdo ubližuje?
„Stříkají mi do postele spermie a dávají mi tam sklo...“
- e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?
„Ale já nikoho nepotřebuju, jsem zdravá, já chci domů....“

3. Zvládání konfliktní situace.

- a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?
„...no to né....“
- b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?
„No vztek občas mám, protože mi tady nevěřejí...“
- c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?
„Uhodit?...to né...“
- d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?
„Jenom, když mi nevěřej...“
- e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?
„Nikdo mi nic neovlivňuje, kdo by mi co ovlivňoval?.....“
- f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?
„...já jsem zdravá, já chci domů, na mě čeká přítel a děti, musím se o ně starat...“
- g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?
„Já, ale já jsem úplně v pořádku, já žádný konflikty nemám...“

4. Průběh omezení.

- a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení ?
„No, jednou mě zavřeli do sítě.....“
- b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?
„...vůbec nevím, nic jsem nikomu neudělala.....“
- c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?
„....něco mi říkali, ale co, to už nevím... doktorka tam taky byla... jestli mi dali injekci, to se nepamatuju.....“
- d) Jaký druh omezení byl použit?
„...dali mě do sítě....“

e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?

„.....“ Neodpoví, mávne rukou.

5. Vyhodnocení omezení.

a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?

„*No, nemusela sem tam bejt....*“

b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?

„*...už sem vám říkala, že sem nic neudělala....*“

c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?

„*...řikali, že sem agresivní, ale já nikomu nic nedělám....*“

d) Jak jste se cítila během omezení?

„.....“ Neodpovídá.

e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?

„*...jak sem se měla asi cejtít, nic sem neudělala...*“

f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?

„*...pořád mi něco vysvětlujou...já nic nepotřebuju, žádný léky ani šoky, jsem úplně zdravá....*“

Shrnutí:

Rozhovor ovlivněn psychotickým onemocněním pacientky, patrně popírání choroby, naprostá nekritičnost, paranoidní myšlení. Odpovídala neochotně, opakovaně neodpověděla vůbec. Řeč srozumitelná, ale během rozhovoru narůstající podrážděnost, po celou dobu negativní postoj k hospitalizaci jako celku.

Proběhlé omezení v ochranném síťovém lůžku připustí, ale zcela odmítá, že by si byla vědoma situace, která to způsobila. Odpovědi typu „nevzpomínám si“ nebo neodpovídá. Popírá jakékoli projevy agresivity z její strany. Po celou dobu trvá na tom, že nic nedělala, nepotřebuje hospitalizaci, medikaci. K omezení dle pacientky nemuselo dojít.

Tabulka č. 3: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Tvrdí, že neví, nikomu prý nic neudělala.	Během podávání odpolední svačiny pacientka náhle agresivní vůči ošetřujícímu personálu, napadá je, zcela neusměrnitelná.	Při podávání odpolední svačiny pacientka náhle a zcela bezdůvodně napadla přítomné sestry a ošetřovatele, slovně zcela neusměrnitelná.
Popis průběhu omezení	Nemusela tam být, nikomu nic neudělala. Říkali, že je agresivní, ale ona nic nedělá.	V ochranném síťovém lůžku nepřetržitě sledována, chová se vcelku klidně. Při příchodu ošetřujícího personálu opět agresivní. Trvalo až do večera, kdy v lůžku usnula.	Po umístění do ochranného síťového lůžka se chovala klidně, ale pokud k ní přišel personál – medikace, toaleta – opět brachiálně agresivní. Večer se zklidnila, usnula.
Účinek omezení	Opakuje, že nic neudělala.	Usnula v síťovém lůžku, bez projevů agresivity.	Nedošlo k výraznějším konfliktům na oddělení, zabránilo se poranění personálu nebo ostatních pacientek.

Vyhodnocení otázek:

Pacientka zodpověděla kromě dvou všechny položené otázky. Odpovědi ale nekonkrétní, odmítavé. Otázka č. 1 (dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění) – zcela popírá jakoukoli duševní chorobu, necítí se být nemocná, nikdy se neléčila, léky nepotřebuje. Neví, proč je hospitalizovaná, odvezli ji bezdůvodně. Je v léčebně zbytečně, je zdravá. Otázka č. 2 (současný psychický stav) – opět opakuje, že se cítí zdravá. Výrazné projevy paranoidity vůči personálu. Otázka č. 3 (zvládání konfliktní situace) – opět popírá, že by někdy jednala agresivně. Připustí konflikty „...*když mi nevěřej...*“. Popírá pocity ovlivňování myšlenek. Na otázku stran halucinatorních prožitků odpovídá vyhýbavě. Otázka č. 4 (průběh omezení) – připustí, že byla omezena, hovořili s ní, ale tvrdí, že si nevzpomíná o čem, neví, zda dostala injekci. Opakuje, že ona nic neudělala. Na otázku, jak se v danou chvíli cítila, neodpoví. Otázka č. 5 (vyhodnocení omezení) – nemyslí, že k omezení muselo dojít, opět tvrdí, že nic neudělala. Na otázku, jak se během omezení cítila, neodpoví. Efekt nehodnotí „...*nic jsem neudělala...*“. Personál s ní důvody prohodil, ale pacientka je neakceptuje. Opět popírá nemoc, domnívá se, že je zdravá, nepotřebuje nic.

Diskuze:

Pacientka byla pro náhle vzniklý stav brachiální agresivity vůči personálu umístěna do síťového lůžka, kde se zklidnila, ale trvaly projevy agresivity vždy při příchodu personálu.

Pacientka jednala zřejmě pod vlivem svých psychotických prožitků, které ale zcela popírá jako celé své duševní onemocnění. Sama tedy hodnotí umístění do ochranného síťového lůžka jako neoprávněné, nepřipouští žádné své agresivní jednání.

Umístěním do ochranného síťového lůžka bylo pacientce zabráněno v projevech agresivity vůči ošetřujícímu personálu a event. ostatním pacientkám. Nedošlo ke zranění personálu ani pacientek. V ochranném síťovém lůžku se pacientka zklidnila.

Kazuistika č. 4

61letá pacientka, přijata k opakovanému pobytu v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě překladem z domova důchodců na doporučení ambulantního psychiatra pro zhoršení stavu, neklid, agresivitu.

Dg.: Chronická paranoidní schizofrenie s postpsychotickým defektem osobnosti, depresivními a manickými epizodami v průběhu F 20.0

Anamnéza (většina dle dokumentace) - od pacientky nelze získat validní informace:

RA: Psychiatrická zátěž v rodině nezjištěna. Jiná data z rodinné anamnézy se získat nepodařilo.

OA: Svobodná, bezdětná. Dlouho žila sama, v posledních letech časté rehospitalizace v psychiatrické léčebně, samostatného způsobu života již není schopna. Somaticky stav po úrazu hlavy s bezvědomím v roce 1962, hypertenze, občasná inkontinence, obezita, hypothyreosa, vertebrogenní potíže.

SPA: Základní vzdělání, krátce studium na ekonomické škole – nedokončila. Pracovala jako dělnice na pile. Plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je Město Havlíčkův Brod. Pokus o umístění pacientky v domově důchodců se nezdařil.

FA: Haloperidol 1,5mg 4-4-4 tbl., Tisercin 25mg 4-4-4 tbl., Plegomazin 100mg 0-1-3 drg., Rivotril 2mg ½-1/2-1/2 tbl., Dormicum 15mg ½ tbl. na noc, Uroxal ½-0-1/2 tbl., Mg Lacticum 1-0-1 tbl., Accuzide 10mg 1/2-0-0 tbl., Euthyrox 150ug 1-0-0 tbl. Při neklidu: Haloperidol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. max. 3x denně.

Psychiatrická anamnéza: První ataka schizofrenního onemocnění během studia na střední škole, poté opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně. Žila sama. Vzhledem k tomu, že samostatné bydlení již nezvládala, podána žádost o umístění v domově důchodců. U pacientky však velmi kolísá psychický stav, období remisí je krátké, pokus o umístění se nezdařil – byla agresivní, neklidná.

Psychiatrické vyšetření lékařem při přijetí: Lucidní, orientace aktuálně narušena ve všech směrech. Plačtivá, nelze navázat kvalitní kontakt. Na dotazy odpovídá šeptem, nepřiměřeně, nesrozumitelně. Myšlení zpomalené, v.s. paranoidita, ale blíže explarovat nelze. Poruchy vnímání nezjištěny. Osobnost s postpsychotickým defektem.

Aktuální hospitalizace: Po přijetí pacientka léčena vyšší dávkou antipsychotik, nepravidelně nutná série elektrokonvulzí pro epizody s manickým obrazem. Často stavy neklidu a paranoidita vůči okolí. Od června do prosince roku 2010 byla pacientka omezena v ochranném síťovém lůžku celkem 12x. Vyžaduje trvalý dohled ošetřujícího personálu při užívání léků.

Ošetřovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Společenská interakce porušená. Spánek porušený. Neochota ke spolupráci. Poranění, zvýšené riziko. Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně. Výživa porušená, nadměrná. Inkontinence moči funkční.

Rozhovor č. 4

Pacientka nepřiliš ochotně souhlasila s rozhovorem. Ten proveden na ložnici pacientky v odpoledních hodinách. Z pacientek ani z personálu nikdo přítomen nebyl. Pacientka chvílemi seděla, chvílemi chodila po pokoji. Odpovídala po dlouhých pauzách se zřetelnými zárazy v myšlení. Některé dotazy bylo nutno opakovat, rozuměla jim, ale často utíkala od tématu. Na velké množství dotazů odpovídala neurčitě „...nevím, je to dlouho,nepamatuju se....“.

Omezení v ochranném síťovém lůžku naposledy použito dva dny před rozhovorem. Indikoval žurnální lékař. Pacientka od 18:15 hodiny chodí drobnými krůčky po oddělení, hlasitě zpívá nábožné písně, vulgárně pokřikuje na personál, volá policii. Slovních domluv nedbá. V 18:30 pokus o aplikaci neklidové medikace – Haloperidol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. – aplikaci se aktivně brání, utíká, dále vulgární, hlučná. Běhá po oddělení, nebezpečí úrazu. Informován žurnál, který schválil aplikaci neklidové medikace a indikaci ochranného síťového lůžka, kam pacientka odvedena třemi osobami z personálu. Trvale sledována. 20:00 hodin – pokus o aplikaci kožní ordinace – nebylo možno provést, pacientka se aktivně brání, kope. Nebezpečí úrazu personálu, ponechána v síťovém lůžku. 21:00 hodin – pacientka nespí, vysvlékla povlečení, rozškrábala si pravé koleno – ošetřeno, vydezinfikováno. Pacientka se všem úkonům brání, kope, křičí. Podány 2 drg. Tisercinu (ordinace při nespavosti). Omezení trvá, sledována. 23:00 hodin – pacientka se po celou dobu hlasitě modlí nebo zpívá, volá příbuzné. Odmítla jít na toaletu, pomočila se do lůžka. Umyta, převlečena, uložena, omezení trvá, sledována. 23:30 hodin – pacientka pospává, chvílemi ještě šeptá. 24:00 hodin – pacientka usnula, omezení trvá, sledovány fyziologické funkce pacientky. 00:15 hodin – pacientka spí, omezení v síťovém lůžku ukončeno. Omezení celkem trvalo 6 hodin a 45 minut.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.

- a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?
„.....“ Neodpovídá ani na opakované dotazy.
- b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?
„V 17 letech jsem šla na léčení do Havlíčkova Brodu...“
- c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?
„Nevím, byla jsem jen v Havlíčkově Brodě, to je tolika let....“
- d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?
„Chodím na šoky a dostávám léky....“
- e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
„ To je už hodně let, na to si už nemůžu vzpomenout“.
- f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
„No dobře, ale pacientky ze mě mají srandu..“

g) Jak byste hodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?

„Paní doktorka a primář se mnou dobře jednaj.“

2. Současný psychický stav.

a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?

„Mám kašel a nemůžu na velkou...“

b) Jakou máte náladu?

„Vy jste na mě hodnej. A co vidím v televizi, to mně připomíná zážitky z mládí..... všechno je nafilmovaný....“

c) Míváte úzkosti nebo strach?

„No má, protože mluvím pravdu,že to nikdo nevnímá.....“

d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že Vám někdo ubližuje?

„V televizi to je nafilmovaný...“

e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?

„Potřebuju, bojím se pacientek...“

3. Zvládání konfliktní situace.

a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?

„Podle všech skutečností se mi to vybavuje....šlo to....“

b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?

„Mám strach a jsem někdy vyděšená, říkám vše po pravdě boží....“

c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?

„Tady ani ne, neperu se....“

d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?

„... (jmenuje spolupacientku)...“

e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?

Jen zavrtí hlavou.

f) Slyšíte někdy hlasy, které vás nabádají k určitému jednání?

„To ne....“

g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?

„Nenadávám.“

3. Průběh omezení.

a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou

formu omezení?

„Byla jsem v síti, ...to jsem se styděla, že je to nafilmovaný...“

- b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?
„To už přesně nevím...“
- c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?
„Já jsem jim říkala svatou pravdu....“
- d) Jaký druh omezení byl použit?
„...Všichni si tady myslí, že jsem ta nejhorší...“
- e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?
„Bylo to nafilmovaný....“

5. Vyhodnocení omezení.

- a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?
Neodpovídá. Nereaguje ani na opakované dotazy.
- b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?
„To nevím...“
- c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?
„Sestřičky na mě byly hodný....mám svatou víru....“
- d) Jak jste se cítila během omezení?
Neodpovídá.
- e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?
„Styděla sem se,já už si to nepamatuju....“
- f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?
„...nevím, nepamatuju si to...“

Shrnutí:

Pacientka odpovídá přiměřeně svému stavu – odpovědi jsou stručné, často ovlivněné psychotickými prožitky pacientky *„...všechno je nafilmovaný v televizi...“*, zárazy v myšlení, úzkosti *„...bojím se....mám strach a někdy jsem vyděšená....“*. Časté jsou také odpovědi typu *„nevím“*. Na několik otázek neodpověděla vůbec – ovlivnění myšlenek nebo chování, hodnocení průběhu omezení.

Na situaci vedoucí k omezení si vzpomíná, ale tvrdí, že si už přesně nevybavuje, co ji způsobilo, zpracovává persekučně „...všichni si tady myslí, že jsem ta nejhorší...“. Dle odpovědi pacientky lze usuzovat, že jednání bylo pod vlivem psychotických prožitků – „...říkala jsem svatou pravdu.... Bylo to nafilmovaný....“ – ačkoli hlasy či ovlivňování myšlenek popírá. Připustí jen konflikt se spolupacientkou, ne agresivitu vůči personálu. Na omezení v ochranném síťovém lůžku si vzpomíná, není schopna říci, zda bylo adekvátní. Přístup personálu hodnotí kladně „...sestřičky na mě byly hodný...“. Zda s ní někdo hovořil, si nepamatuje.

Tabulka č. 4: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení Pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Sděluje, že neví, co k omezení vedlo.	Večer hlasitě zpívá, vulgárně pokřikuje na personál, volá policii. Slovních domluv nedbá. Při aplikaci medikace se aktivně brání, utíká, vulgární, hlučná. Běhá po oddělení, nebezpečí úrazu.	V předklonu cupitala po oddělení – nebezpečí pádu, hlasitě křičela, vulgárně nadávala personálu. Na domluvy vůbec nereagovala. Během aplikace neklidové medikace agresivní vůči personálu.
Popis průběhu omezení	Hodnotí kladně přístup personálu, na ostatní dotazy odpovídá neurčitě, neodpoví na to, jak se cítila	V ochranném síťovém lůžku dále neklidná, vysvlékla povlečení, rozškrábala si koleno, při pokusu o aplikaci kožní ordinace se brání, kope, nebezpečí úrazu personálu. Hlučná. Odmítla jít na toaletu, pomohla se. Po 5 hod a 30 min pacientka usnula.	V průběhu omezení v ochranném síťovém lůžku dále hlučná, křičí, zpívá. Při každém uvolnění z lůžka (odvedení na toaletu, medikace) se brání, kope ošetřující personál. Nenechala se odvést na toaletu, pomohla se. V ochranném síťovém lůžku nakonec usnula, sledována, sledovány vitální funkce, omezení ukončeno.
Účinek omezení	Sděluje, že si to nepamatuje. Styděla se.	Zklidnila se, usnula. Nedošlo ke zranění pacientky, personálu ani spolupacientek.	Prevence úrazu pacientky, personálu, spolupacientek. Zklidnění před nástupem efektu medikace.

Vyhodnocení otázek:

Na otázku č. 1 ohledně dosavadního průběhu onemocnění pacientka odpovídá vcelku ochotně a konkrétně. Také na otázky stran současného psychického stavu a potíží – otázka č. 2 – zodpověděla vše. Odpovědi ale vyhýbavé, zjevně ovlivněny základním onemocněním. Z otázek na zvládnání konfliktní situace (otázka č. 3) připustí, že nastalo, ale připustí pouze konflikt se spolupacientkou, verbální nebo brachiální projevy agresivity neguje. Neodpoví na otázku, zda někdo ovlivňuje její myšlenky či chování.

Zda slyší hlasy – nepřesvědčivě popírá. Na otázku č. 4 – průběh omezení – vzpomene, že byla omezena v ochranném síťovém lůžku. Další odpovědi již neurčité, nekonkrétní, pacientka reaguje vztahovačně. Otázka č. 5 – vyhodnocení omezení – konkrétní odpověď pouze na přístup personálu – hodnotí kladně. Ostatní odpovědi vyhýbavé – typu „nevím, nepamatuju si“.

Diskuze:

Pacientka před omezením v síťovém lůžku ohrožovala jak sebe – výrazné nebezpečí pádu, tak i okolí – agresivita vůči personálu. Nebylo možno řešit rozhovorem, na domluvy nereagovala. Aplikována parenterální medikace. Omezení v ochranném síťovém lůžku do doby nastoupení efektu medikace omezilo riziko úrazu pacientky, zabránilo napadení ošetřujícího personálu a event. konfliktům se spolupacientkami.

Kazuistika č.5

58letá pacientka, přeložena do Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě z pobočky Psychiatrické léčebny Želiv.

Dg.: Paranoidní schizofrenie F 20.0

Anamnéza (většina dle dokumentace) - od pacientky nelze získat validní informace:

RA: Matka zemřela v r. 2003, není známo více, otec zemřel v r. 1998 na rakovinu. Bratr otce léčen pro schizofrenii. Bratr zdrav, nestýkají se.

OA: Vážněji nestonala. Nyní obezita, hypertenze, hypothyreosa v léčbě. Základní vzdělání. Rozvedená. 2x porod – r. 1971 dcera, r. 1973 dvojčata – děti dány k adopci.

SPA: Plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovnící je sestra.

FA: Haloperidol 1,5mg 3-2-3 tbl., Chlorprothixen 50mg 3-3-3 tbl., Enap 10mg 0-0-1 tbl., Enap H 1-0-0 tbl., Simvacard 20mg 0-0-1/2 tbl., Lusopress 20mg ½-0-1 tbl., APO-Diclo 100mg 1-0-0 tbl., Euthyrox 150ug 1-0-0 tbl. ráno nalačno, Afluditen depot inj. 1.amp.i.m. 1x za měsíc. Nespavost: Hypnogen 1 tbl.. Neklid: Tisercin 2 amp.i.m. maximálně 2x denně.

Psychiatrická anamnéza: Psychiatricky léčena od 15 let. Zpočátku vedena jako porucha chování, později depresivní reakce u disharmonicky se vyvíjející osobnosti, polymorfní psychopatie. Od 20 let již jako suspektní schizofrenie a od 26 let vedena jako chronická paranoidní schizofrenie. Od počátku projevy nepřiměřeného chování, potulky, nespolupráce, časté hospitalizace na psychiatrii. Léčena vysokými dávkami psychofarmak, opakovaně série elektrokonvulzí.

Psychiatrické vyšetření lékařem při přijetí: Lucidní, orientovaná povšechně správně, kontakt. Apatická, emotivita plochá. Odpovídá po kratších latencích, ojedinělé zárazy. Příznává sluchové halucinace. Naznačena paranoidita k rodině.

Aktuální hospitalizace: Současná hospitalizace trvá nepřetržitě od r. 1984. Pacientka má téměř trvale různé psychotické prožitky, nyní již spíše reziduální. Bývá paranoidní, občas připouští sluchové halucinace. Na chorobu má jen částečný náhled. Občas se objeví stavy neklidu a agresivity. Trvale užívá antipsychotika.

Ošetřovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Společenská interakce porušená. Bolest chronická. Výživa porušená, nadměrná.

Rozhovor č. 5

Pacientka ochotně souhlasila s rozhovorem. Na ložnici zůstat nechtěla, požadovala, aby se mohla posadit. Rozhovor veden v jídelně pacientek v době poledního klidu, kdy ostatní pacientky odpočívaly na ložnicích, nebyl přítomen personál. Odpověděla na všechny otázky, po kratších latencích. Řeč srozumitelná. Otázkám rozuměla.

Omezení v ochranném síťovém lůžku naposledy použito 6 měsíců před rozhovorem. Indikoval žurnální lékař. Pacientka večer před uložením běhala nahá po oddělení, hlasitě křičela „...dobrý den pane faráři, jdeme kouřit, dejte nám všem cigarety...“ všichni do sprchy, léky...léky...“. Na slovní domluvu nereagovala. Stav se stupňoval. Bušila do stěn a strkala do spolupacientek. V 19:30 hodin aplikována neklidová medikace Tisercin 2 amp. i.m.. Informován žurnální lékař, který indikoval omezení pacientky v ochranném síťovém lůžku. Pacientka omezena v 19:45 hodin. V ochranném síťovém lůžku nepřetržitě sledována průhledem z pracovny sester. V lůžku dále hlučná, hlasitě volá. Ve 21:30 hodin odvedena na WC, kde se vymočila. Podány tekutiny, na nespavost podán Hypnogen 1 tbl.. Opět odvedena do ochranného síťového lůžka, nadále nepřetržitě sledována. Ve 23:00 hodin usnula, nadále zvýšeně sledována včetně

fyziologických funkcí. Ve 23:30 hodin ukončeno omezení v ochranném síťovém lůžku, nadále sledována. Omezení trvalo 3 hodiny a 45 minut.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.

- a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?
„Nevim...“
- b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?
„To si nevzpomenu....“
- c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?
„Byla, byla,v Želivu...“
- d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?
„Beru moc prášků.“
- e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
„V Želivu se to zrušilo a přijali mě do Brodu.“
- f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
„Špatně, účinek to má, ale prášky mě zhoršují myšlení, logickéj úsudek...“
- g) Jak byste hodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?
„Je to dlouho...“

2. Současný psychický stav.

- a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?
„Bolí mě noha, zapomínám, mám sklerózu...“
- b) Jakou máte náladu?
„Náladu smutnou, kvůli tý noze...“
- c) Míváte úzkosti nebo strach?
„Ze smrti...“
- d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že Vám někdo ubližuje?
„Ne, ne ne...“
- e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?
„Jo jo jo.....“ Ani na opakované dotazy nesdělí nic konkrétně.

3. Zvládání konfliktní situace.

a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?

„...ne...“

b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?

„Výkyvy nálad?... Ne...“

c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?

„Měla, měla....Dokážu to potlačit...“

d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?

„Měla.“

e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?

„Ne ne ne...“

f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?

„Ne ne ne...“

g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?

„Ano ano...“

4. Průběh omezení.

a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení ?

„Jenom jednou.“

b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?

„Únava z práce.“

c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?

„Říkali, že nesmím poslouchat hlasy. Byl tam doktor a dostala jsem injekci“

d) Jaký druh omezení byl použit?

„Spánek v síti...“

e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?

„Odpočinula jsem si tam...“ spokojeně se usmívá

5. Vyhodnocení omezení.

a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?

„Měla jsem bolestivou chřipku a pomohlo mi to...“

b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?

„*Tak akorát.*“

c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?

„*Nosili mi kočky a jídlo...*“

d) Jak jste se cítila během omezení?

„*Špatně, ale odpočinula jsem si...*“

e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?

„*Jo, zlepšilo se to...*“

f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?

„*Jo, vysvětlil....Řekli mi, že to byly hlasy, že na mě nemluvili oni....*“

Shrnutí:

Pacientka zodpověděla všechny položené otázky, odpovídala ochotně. Odpovědi modifikovány kognitivním deficitem při dlouhodobém průběhu psychotického onemocnění. Odpovědi většinou stručné, místy patrné poruchy myšlení.

Připustí, že měla někdy chuť někoho uhdít, ale tvrdí, že to dokáže potlačit. Na situaci, která bezprostředně vedla k omezení, si vzpomíná, ale odpovídá zcela neadekvátně, že to byla „...únava z práce...“. Vzpomene, že s ní hovořil lékař, dostala injekci.

Vlastní omezení prožívala „špatně“, ale odpočinula si. Myslí, že bylo vzhledem k situaci oprávněné. Efekt hodnotí pozitivně „...zlepšilo se to...“.

Tabulka č. 5: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Pacientka situaci, která vedla k omezení, popisuje jako „únavu z práce“	Běhala nahá po oddělení, křičela, stav se stupňoval, strkala do pacientek, na slovní domluvy nereagovala.	Pacientka po podání večerní medikace běhala nahá po oddělení, vykřikovala, ohrožovala pacientky, rušila klid.
Popis průběhu omezení	Spala, cítila se špatně, ale odpočinula si, personál za ní chodil „nosili mi jídlo a kočky“	Aplikována neklidová medikace, informován lékař, který indikoval omezení v ochranném síťovém lůžku. Tam ještě asi 3 hodiny hlučná, poté usnula.	Po aplikaci neklidové parenterální medikace omezena v ochranném síťovém lůžku z indikace lékaře. Tam dále hlučná, nespala. Usnula po 3 hodinách.
Účinek omezení	Popisuje jako zlepšení	Zklidnila se, usnula.	Než nastoupil efekt neklidové medikace, bylo pacientce zabráněno v ohrožování pacientek a rušení večerního klidu. V lůžku usnula.

Vyhodnocení otázek:

Pacientka odpověděla na všechny položené otázky. Otázka č. 1 (dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění) – na to, kdy se začala léčit, si nevpomněla. Věděla, že byla hospitalizovaná v pobočce PL Želiv. Užívá léky, ale prý jí zhoršují myšlení. Hospitalizace trvá dlouho. Otázka č. 2 (současný psychický stav) – stěžuje si na bolest nohy a zapomínání. Náladu má smutnou, uvádí strach ze smrti. Nic špatného se jí neděje. Otázka č. 3 (zvládání konfliktní situace) – popřela, že by taková situace někdy nastala, dokáže se prý ovládnout. Nepřesvědčivě popřela také ovlivňování myšlenek a sluchové halucinace. Otázka č. 4 (průběh omezení) – připustila, že jednou omezena byla, ale jako důvod uvedla „únavu z práce“. Vzpomněla si, že byla omezena v síťovém lůžku. Dostala injekci, byl za ní lékař. Odpočinula si. Otázka č. 5 (hodnocení omezení) - omezení bylo oprávněné. Personál za ní docházel, ale zde opět odpověď pod vlivem duševního onemocnění „...*nosili mi kočky a jídlo...*“. Cítila se špatně, ale odpočinula si, pak se cítila lépe. Zpětně s ní důvody k omezení prohovořili.

Diskuze:

Pacientka byla v ochranném síťovém lůžku omezena pro hlučnost, běhala po oddělení, brachiálně ohrožovala spolupacientky.

Byla aplikována neklidová parenterální medikace. Než nastoupil účinek, byla pacientka umístěna do ochranného síťového lůžka, kde sice hlučná, ale neohrožovala sebe event. pádem nebo ostatní pacientky a personál brachiální agresivitou. Byl také zajištěn noční klid na oddělení.

Kazuistika č. 6

43letá pacientka, přijata k opakovanému pobytu v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě překladem z PL Kosmonosy, kde byla hospitalizována pro poruchy chování u lehké mentální retardace – byla agresivní.

Dg.: Lehká mentální retardace s poruchami chování F 70.2

Anamnéza dle dokumentace - od pacientky nelze získat validní informace:

RA: Oba rodiče psychiatricky léčeni – otec bipolární afektivní porucha, matka mentálně retardovaná. Má sestru, zdráva.

OA: Opožděný psychomotorický vývoj, ZVŠ do 6. třídy se špatným prospěchem. V anamnéze bez závažných somatických onemocnění, jen hypersekrece žaludečních šťáv. Svobodná, bezdětná, obyvatelka ÚSP.

SPA: Nedokončené základní vzdělání na speciální škole. Plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovnící je sestra.

FA: Tisercin 25mg 0-0-2 drg., Haloperidol 1,5mg 2-0-3 tbl., Rivotril 2mg ½-1/2-1 tbl., Chlorprothixen 50mg 3-3-3 tbl., Akineton 2mg ½-1/2-0 tbl., Nebivolol 5mg ½-0-1/2 tbl., Afluditen depot 1 amp.i.m. jednou týdně. Neklid: Haloperidol 1 amp.i.m. a Tisercin 2 amp.i.m. maximálně 3x denně. Nespavost: Chlorprothixen 50mg 1 tbl.

Psychiatrická anamnéza: Od dětství opožděný psychomotorický vývoj, mentální retardace. Od 17 let opakovaně hospitalizována na psychiatrických odděleních pro poruchy chování s agresivitou. Do roku 2009 léčena Plegomazinem – vcelku stabilní stav. Po ukončení výroby léku je stabilizace obtížná, medikace bez dlouhodobějšího efektu, časté recidivy poruch chování s brachiální agresivitou.

Psychiatrické vyšetření při přijetí: Lucidní, zná den v týdnu, jinak časem orientována není. Místem a situací orientována rámcově. Myšlení primitivní, bludy ani poruchy vnímání nejsou zjistitelné. Kvílení a plačtivé grimasy, ale depresivně nepůsobí. Intelekt v pásmu lehké mentální retardace. Poruchy chování s agresivitou anamnesticky.

Aktuální hospitalizace: Pacientka byla přijata pro poruchy chování s brachiální agresivitou vůči personálu a obyvatelům ústavu sociální péče. Zpočátku i během hospitalizace v psychiatrické léčebně agresivní především vůči personálu. Bylo ji nutno opakovaně omezit v ochranném síťovém lůžku i kurty. Upravována medikace.

Ošetřovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Společenská interakce porušená. Neochota ke spolupráci. Násilí hrozící vůči jiným. Péče o sebe sama nedostatečná při mytí, osobní hygieně, úpravě zevnějšku, oblékání. Komunikace verbální porušená.

Rozhovor č. 6

Pacientka s rozhovorem souhlasila. Ten proveden na ložnici po poledním klidu, ostatní pacientky již nebyly přítomny ani nikdo z ošetřujícího personálu. Pacientka si

přála zůstat v lůžku, zakryla se. Na otázky odpovídala. Během rozhovoru střídání stavů smíchu a pláče.

Omezení v síťovém lůžku naposledy použito týden před rozhovorem, indikovala ošetřující lékařka. Ze záznamu z dokumentace: při podávání snídaně a léků pacientka brachiálně agresivní vůči personálu, domluvy nedbá, opakovaně napadá sestry. V 8:30 hodin aplikována neklidová medikace – Haloperidol 1 amp. i.m. a Tisercin 1 amp. i.m. a uložena do otevřeného síťového lůžka, které si pacientka sama opakovaně zavírá. Několikrát domlouváno, aby lůžko ponechala otevřené, domluv nedbá, napadá personál. 12:00 hodin ošetřující lékařka indikuje omezení v ochranném síťovém lůžku pro trvajících brachiální agresivitu, neusměrnitelnost. Podán oběd, tekutiny, odvedena na WC. 15:30 hodin během poledního klidu spala, po probuzení podána svačina, odvedena na toaletu, stále tendence inzultovat ošetřující personál. Opět umístěna do ochranného síťového lůžka, omezení pokračuje, nepřetržitě sledována. 17:30 hodin – pacientka snědla večeři, podány tekutiny, odvedena na toaletu. Dále snahy napadat personál. Omezení pokračuje. 19:30 hodin – podány večerní léky, provedena hygiena. Odvedena na WC, kde se vymočila. Podány tekutiny. Opět se snaží uhodit sestru. Uložena zpět do ochranného síťového lůžka, omezení pokračuje. Zvýšeně a nepřetržitě sledována. 22:00 hodin – stále nespí, odvedena na WC, kde se vymočila, podány tekutiny a Chlorprothixen 50mg 1 tbl. dle ordinace. Pokračováno v omezení. 23:00 hodin – pacientka klidně spí, sledovány fyziologické funkce, dále nepřetržitě sledována. 23:30 hodin omezení v ochranném síťovém lůžku ukončeno. Omezení trvalo 11 hodin a 30 minut.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.
 - a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?
„Byla sem v Kosmonosích...chci zpátky do Skřivan....“
 - b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?
„...nevím, byla sem malá...“
 - c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?
„...byla sem v Kosmonosích... chci tam....“
 - d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?

- „...dostávám nějaký prášky...dávají mi je sestřičky...“
- e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
 „...já sem zmlátila sestru...já se polepším...“
- f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
 „...dostávám prášky a injekce....chce se mi po nich spát...“
- g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?
 „...chci do Skřivan...už budu hodná....“

2. Současný psychický stav.

- a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?
 „...bolí mě břicho...od včera....menstruuju....“
- b) Jakou máte náladu?
 „.....“ Dá hlavu do dlaní a předvádí pláč.
- c) Míváte úzkosti nebo strach?
 „...mám strach, že se nedostanu do Skřivan...“
- d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že vám někdo ubližuje?
 „...já nikomu ubližovat nechci.....mě nikdo nic nedělá...“
- e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?
 „...potřebuju vložky...bolí mě to břicho.....“

3. Zvládání konfliktní situace.

- a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?
 „...mlátila sem ve Skřivanech sestru...už to nebudu dělat...“
- b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?
 „.....“ Pláče.....
- c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?
 „...někdy sem někoho uhodila, ale už to neudělám...nemá se to....“
- d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?
 „...někdy sem zlá....“
- e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?
 „...nemám...“ Hlasitě se směje.
- f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?
 „.....to nééé....“ Opět hlasitý smích.

g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?

„.....někoho zmlátím, pak je mi o líto.....vim, že se to nemá....“

4. Průběh omezení

a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení ?

„.....byla sem v síti....“

b) Co tuto situaci podle vás způsobilo?

„.....mlátila sem sestry a pacientky...“

c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?

„....řikali ať to nedělá, že se to nesmí, vim to, už to dělat nebudu.....Dostala sem injekce....“

d) Jaký druh omezení byl použit?

„Byla sem v síti....“

e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?

„Lehla sem si a měla sem pokoj....“ Směje se.

5. Vyhodnocení omezení.

a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?

„...měla sem pokoj...“

b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?

„Zasloužila sem si to, neměla sem nikoho mlátit, není to správný....už to dělat nebudu.....“

c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?

„.....pořád za mnou chodili, musela sem na záchod a umejt se....“

d) Jak jste se cítila během omezení?

„Nevadilo mi to....ale neměla sem je znova mlátit....“

e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?

„....líbilo se mi tam.....“

f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?

„.....vždycky mi říkají, že už to nesmím dělat, že nikoho nemůžu mlátit...“Směje se

Shrnutí:

Rozhovor modifikován aktuálním duševním stavem pacientky, kdy se střídají stavy smíchu a pláče. Odpovědi odpovídající intelektu v pásmu lehké mentální retardace. Otázkám rozuměla, zodpověděla většinu dotazů. Dva dotazy nezodpověděla – jen plakala. Řeč pacientky je srozumitelná. Odpovídá po kratších pauzách.

Připustí, že má stavy, kdy někoho uhodí, vzápětí slibuje, že to už neudělá. Na situaci, která bezprostředně vedla k poslednímu omezení, si vzpomene. Ví, že napadla sestru a spolupacientky. Vzpomene, že jí byla aplikována parenterální neklidová medikace a byla umístěna do ochranného síťového lůžka. Personál jí říkal „...že se to nesmí...“. Ví, že se to nemá, slibuje, že to již dělat nebude. Omezení vidí jako oprávněné vzhledem k tomu, co dělala. Samotný pobyt v ochranném síťovém lůžku jí nevadil. Personál za ní docházel, uvědomuje si, že je opakovaně napadala „...neměla jsem je znova mlátit...“. Při dotazu na efekt omezení opisuje, že v ochranném síťovém lůžku se jí „líbilo“. Důvody vedoucí k omezení s ní zpětně prohodili.

Tabulka č. 6: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Mlátila sestry a pacientky.	Při podávání snídaně pacientka opakovaně napadala sestry, domluv nedbá. Aplikována parenterální neklidová medikace, uložena do otevřeného síťového lůžka, které sama opakovaně zavírá. Domluv nedbá, opět napadá personál.	Pacientka při snídání opakovaně bezdůvodně napadala personál i pacientky, opakovaně domlouváno, bez efektu. Podána neklidová medikace – bez výraznějšího efektu, pacientka brachiálně agresivní během celého dopoledne.
Popis průběhu omezení	Omezení považuje za přiměřené tomu, co dělala. Personál jí říkal, že to nesmí. Dostala injekci a byla umístěna do síťového lůžka. Tam se cítila dobře, ale při příchodu personálu je opět napadala.	V poledne omezena v ochranném síťovém lůžku, podán oběd, tekutiny, odvedena na WC. Při jakémkoli uvolnění pacientky ze síťového lůžka opět tendence inzultovat personál. Trvá až do večera. Podána medikace na nespavost. Zklidnila se, usnula.	Po uložení do ochranného síťového lůžka klidná, ale jen do příchodu personálu – vždy při uvolnění (oběd, WC, medikace) opět brachiálně agresivní, domluv nedbá. Trvalo do večera. Až po podání medikace na spaní usnula.
Účinek omezení	Líbilo se jí tam.	Omezením v ochranném síťovém lůžku se předešlo agresivním projevům pacientky, nedošlo ke zranění personálu či spolupacientek. V ochranném síťovém lůžku pacientka klidná.	Pacientka byla v ochranném síťovém lůžku klidná, spokojená. Neklidová medikace bez efektu. Předešlo se konfliktům s personálem či spolupacientkami. Agresivní chování postupně odeznělo.

Vyhodnocení otázek:

Pacientka zodpověděla všechny kladené otázky kromě dvou. Na otázku č. 1 týkající se dosavadního průběhu onemocnění a léčby odpovídá nekonkrétně, opakuje, že se chce vrátit zpět do ÚSP, kde bydlí. Ví, že dostává léky, je po nich ospalá. Uvědomuje si důvody, které vedly k současné hospitalizaci (agresivita vůči personálu). Otázka č. 2 – současný psychický stav – konkretizuje bolesti břicha při menses, teatrálně předvádí pláč při otázce na náladu. Opět zdůrazňuje přání, vrátit se zpět do ústavu. Otázka č. 3 – zvládání konfliktních situací – dobře si uvědomuje své agresivní jednání vůči pošetrujícímu personálu. Popírá ovlivňování myšlenek či halucinace. Agresivní jednání neovládne, ale později toho lituje. Konkrétně odpovídá i na otázku č. 4 týkající se průběhu omezení. Ví, že byla omezena v ochranném síťovém lůžku, co situaci způsobilo. Personál s ní hovořil. Špatně se necítila. Omezení hodnotí jako oprávněné (otázka č. 5), personál za ní docházel, uvědomuje si pokračující agresivní jednání. Ale v ochranném lůžku byla spokojená. Důvody vedoucí k omezení s ní prohovořili, pacientka proklamuje náhled.

Diskuze:

Pacientka s četnými projevy agresivity během současné hospitalizace. Na domluvy nereagovala, aplikace parenterální neklidové medikace byla bez výraznějšího efektu na jednání. Po umístění do ochranného síťového lůžka se zklidnila, spokojená. Projevy agresivity při uvolňování pacientky – strava, toaleta, medikace. Až po podání medikace na noc usnula.

Omezením pacientky v ochranném síťovém lůžku bylo zabráněno dalším projevům agresivity vůči personálu a pacientkám. Sice dále brachiálně agresivní při kontaktu s personálem, ale nebylo zapotřebí další aplikace medikace a předešlo se tak nežádoucímu polékovému útlumu.

Kazuistika č. 7

37letá žena, opakovaně hospitalizována v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, přijata překladem z psychiatrického oddělení nemocnice Pardubice, kam byla přivezena pro zhoršení stavu s výraznou heteroagresivitou, sluchovými halucinacemi.

Dg.: Chronická paranoidní schizofrenie u simplexní a psychopatizované osobnosti
F20.0

Anamnéza dle pacientky a dokumentace:

RA: Babička a bratr léčeni pro paranoidní schizofrenii, otec a matka léčeni pro poruchy osobnosti.

OA: V 16 letech polytrauma s úrazem hlavy se subdurálním hygromem. Stav po appendektomii, hypothyreosa na substituci, zevní hemoroidy, steatosa jater dle UZ, stav po umělém přerušeni těhotenství. Sama si nevzpomíná, že by od minulého pobytu nějak vážněji stonala nebo byla v nemocnici. Je svobodná, bezdětná, žije s rodiči a bratrem.

SPA: Vyučená konzervářka. Nyní má plný invalidní důchod z psychiatrické indikace.

FA: Tisercin 25mg 2-2-2 drg., Rivotril 2mg ½-1/2-1/2 tbl., Clozapin 100mg 1-1-2 tbl., Arketis 20mg 2-1-0- tbl., Simepar 1-1-1 cps., Tulip 10mg 0-0-1 tbl., Euthyrox 100ug ½ tbl. ráno nalačno, Haloperidol decanoát 1 amp. i.m. 1x za 14 dnů. Neklid: Haloperdiol 2 amp. i.m. a Tisercin 2 amp. i.m. maximálně 3x denně. Nespavost.: Stilnox 1 tbl.

Psychiatrická anamnéza: Psychiatricky léčena od 14 let. Nejdříve jako kompulzivní stavy vázané na konfliktní domácí prostředí, od 21 let již jako atypická schizofrenie s obsedantně kompulzivní symptomatickou a verbálně motorickými tiky.

Psychiatrické vyšetření lékařem při přijetí: Lucidní, orientovaná povšechně správně. Psychomotorické tempo v normě, intermitentně jsou vokálně-motorické tiky. Kontakt navazuje pouze omezeně, oční kontakt nenaváže vůbec. Opakovaně brachiálně agresivní. Výrazná emoční labilita a afektivní výkyvy. Nálada dysforická. Myšlení místy až nesouvislé, výrazně simplexní, bez spontánní bludné produkce. Suspektně obsedantní myšlenky a na to necílená navazující brachiální agresivita kompulzivního charakteru. Verbální sluchové halucinace. Poruchy chování ve smyslu agresivity a hlučného a nepřizpůsobivého jednání. Intelekt i premorbidně na dolní hranici normy.

Aktuální hospitalizace: K současné hospitalizaci pacientka přijata pro výraznou agresivitu, sluchové halucinace. Na oddělení jsou časté projevy neklidu, motorické tiky /pacientka při chůzi po chodbě najednou udělá kotrmelec, hýká, kleká si/. Vůči personálu i spolupacientkám zcela nečekané reakce. Nejraději pobývá sama na ložnici,

při styku s ostatními pacientkami je nutný nepřetržitý dohled ošetřujícího personálu. Medikace bez výraznějšího efektu, zahájena série ECT, při každém pohybu mimo oddělení /převoz na oddělení, kde probíhají ECT, různá vyšetření/ pacientka vždy brachiálně agresivní, napadá ošetřující personál. Pokud je na vlastní ložnici, rychle se zklidní.

Ošetřovatelské diagnózy: Myšlení porušené. Identita porušená. Adaptace porušená. Společenská interakce porušená. Neochota ke spolupráci. Násilí hrozící vůči jiným. Strach z napadení jiné osoby.

Rozhovor č. 7

Pacientka s rozhovorem souhlasila, ten veden na ložnici, v odpoledních hodinách, bez přítomnosti spolupacientek či ošetřujícího personálu. Na otázky odpovídá bez prodlev, ochotně, řeč srozumitelná. Během druhé poloviny rozhovoru, při dotazech týkajících se omezení, se u pacientky opakovaně objevily motorické tiky – vsedě v předklonu se sklání k podlaze, mává rukama do prázdna. Zodpověděla všechny položené otázky.

Omezení v síťovém lůžku během současné hospitalizace použito zatím jedenkrát – 14 dní před rozhovorem. Indikovala ošetřující lékařka. Dle dokumentace: ráno v 6:30 nutný odběr krve na kontrolní vyšetření, pacientce vysvětleno, ale odmítá, výrazně agresivní jak vůči personálu, tak i vůči spolupacientkám. Dle indikace ošetřující lékařky umístěna do ochranného síťového lůžka v 7:30 hodin. Nepřetržitě sledována. 10:30 hodin pacientce podána snídaně, ranní medikace a pacientka odvedena na WC v doprovodu ošetřovatelů. Nadále brachiálně agresivní, proto opět umístěna do síťového lůžka, kde pod nepřetržitým dohledem. 12:20 hodin – pacientka klidnější, bez známek brachiální agresivity, omezení v ochranném síťovém lůžku ukončeno. Omezení trvalo 4 hodiny a 50 minut.

Vlastní rozhovor:

1. Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.

a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?

Spontánně neodpovídá

b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?

„Od puberty...“

- c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do psychiatrické léčebny?
„Byla jsem v Praze v Bohnicích, v Pardubicích, v Opavě...“
- d) Jaká byla dosavadní léčba (léky, psychoterapie, ECT...) Vašeho onemocnění?
„Užívám léky, jaké nevím....chodím na šoky...“
- e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
„Rozbila jsem doma sklo, výplň....“
- f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
„Po lécách se cítím líp, i po šokách se cítím líp, ale vadí mi, když musím jít z oddělení jinam....“
- g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?
„...jsem spokojená...“

2. Současný psychický stav.

- a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?
„...docela to jde...“
- b) Jakou máte náladu?
„Ále dobrou...“
- c) Míváte úzkosti nebo strach?
„Bojím se, že někoho napadnu...“
- d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že Vám někdo ubližuje?
„To ani ne....“
- e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?
„Mívám takový to nutkání...a bojím se, že to špatně dopadne...“

3. Zvládání konfliktní situace.

- a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?
„To jo....“ Jaká situace? „...To je právě to nutkání...“
- b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?
„...to často...“
- c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhdít?
„Chuť jsem neměla, nedokážu to nutkání ovládnout...“
- d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?
„Měla, ale nemohla sem to ovládnout...“

- e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?
„...nevím, jsou to myšlenky...“
- f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?
„...často mluví a říkají něco... nelíbí se mi to...“
- g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?
„...myšlenky přijdou najednou a musím praštit....“

4. Průběh omezení

- a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení ?
„.....nastala...“
- b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?
„...měla sem tu myšlenky, musela sem praštit a uhodila sem sestřičku..“
- c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?
„Byly tam sestřičky, doktorka a říkali ať to nedělám, ale nemohla sem přestat.“
- d) Jaký druh omezení byl použit?
„Šla sem do sítě...“
- e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?
„...bylo to takový blbý...“

5. Vyhodnocení omezení.

- a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?
„...byla sem sama, jsem ráda sama...“
- b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?
„Byla sem tam dlouho....“
- c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?
„Měla sem všechno, co sem potřebovala..., sestřičky na mě koukaly pořád...“
- d) Jak jste se cítila během omezení?
„Cítila sem se dobře, byla sem tam sama....“
- e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?
„Přestaly ty špatný myšlenky, špatný pocit sem neměla...“
- f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k vašemu omezení?
„Mluvili sme o tom...nechci už nikoho praštit...“

Shrnutí:

Pacientka s rozhovorem ochotně souhlasila, udržela pozornost, zodpověděla až na jeden všechny dotazy. Odpovědi odpovídají premorbidně sníženému a postpsychotickým defektem dále změněnému intelektu pacientky. Řeč je srozumitelná. Ke konci rozhovoru, při dotazech na vlastní omezení se objevují motorické tiky, ale není doprovázeno změnami v emotivitě.

Připouští stavy a situace, kdy není schopna ovládnout své jednání. Sama je popisuje jako „...nutkání..“, kterému nedokáže zabránit. Též zřejmě ovlivněny halucinačními prožitky – hlasy, které říkají nehezke věci. Dle pacientky jsou tyto situace časté. Na vlastní situaci, která bezprostředně vedla k omezení, si vzpomíná. Ví, že napadla sestru. Byl přítomen ošetřující personál i lékařka, kteří s ní hovořili. Pacientka tvrdí, že svému jednání nemůže zabránit „...mám tu myšlenku a musím praštit...“.

Samotný pobyt v ochranném síťovém lůžku se jí zdál dlouhý, zda byl oprávněný, nebo ne, nehodnotí. Přístup ošetřujícího personálu hodnotí kladně, měla vše, co potřebovala, personál ji sledoval. Po dobu omezení se cítila dobře, protože byla sama. Celkově efekt hodnotí kladně „...přestaly ty špatný myšlenky...špatný pocit jsem neměla...“. Důvody vedoucí k omezení s ní byly zpětně prohovořeny.

Tabulka č. 7: Hodnocení použití omezovacího prostředku

	Hodnocení pacientkou	Hodnocení dle dokumentace	Hodnocení dle personálu
Jednání vedoucí k omezení	Měla myšlenku „praštit“ a uhodila sestřičku. Nemohla prý přestat.	Při odběru krve na vyšetření agresivní vůči personálu, vysvětlení bez efektu. Poté napadá personál i spolupacientky. Dle indikace ošetřující lékařky umístěna do ochranného síťového lůžka.	Pacientce vysvětleno, že bude nutný odběr krve, souhlasila, ale vzápětí agresivní, odběr krve proveden za asistence celé služby. Poté pacientka odešla na oddělení, ale již po cestě napadala spolupacientky i personál. Slovně zcela neusměrnitelná. Dle ošetřující lékařky umístěna do ochranného síťového lůžka.
Popis průběhu omezení	Byla sama, byla ráda. Měla všechno, co potřebovala, sestry ji sledovaly. Cítila se dobře.	V síťovém lůžku klidná. Při pokusech o uvolnění nadále brachiálně agresivní. Podána snídaně, medikace, odvedena na WC. Po 5ti hodinách klidnější, bez známek brachiální agresivity, omezení ukončeno.	Pacientka je v síťovém lůžku klidná, spokojená. Má ráda samotu. Při jakémkoli pokusu ošetřujícího personálu pacientku zavést na denní místnost, opět agresivní. Byla jí dána snídaně, léky, dovedena na WC. Pro opakované projevy agresivity omezena do oběda, pak klidnější, omezení ukončeno.
Účinek omezení	Přestaly špatné myšlenky.	V ochranném síťovém lůžku se pacientka zklidnila.	V ochranném síťovém lůžku došlo ke zklidnění pacientky, nebyl zraněn personál ani spolupacientky.

Vyhodnocení otázek:

Pacientka kromě první zodpověděla všechny položené otázky. Na otázku č. 1 stran dosavadního průběhu a léčby duševního onemocnění odpovídala vcelku konkrétně, vzpomněla si na léčení v jiných psychiatrických zařízeních. Věděla, že užívá léky, absolvuje elektrokonvulzivní terapii. Znala důvody k přijetí k současnému pobytu. Svůj současný psychický stav (otázka č. 2) hodnotila vcelku kladně až na nutkavé myšlenky někoho uhodit. Obsažně odpověděla i na otázku č. 3 týkající se zvládání konfliktní situace. Opět popisovala, že má „nutkání“, které nedokáže ovládnout. Přiznala i halucinatorní hlasy s negativním obsahem. Ochetně odpovídala i na otázky týkající se vlastního omezení (otázky č. 4 a 5). Vzpomněla si na situaci, která vedla k omezení. Samotné omezení hodnotí kladně – byla sama, cítila se dobře. Měla vše, co potřebovala, personál ji sledoval. V ochranném síťovém lůžku přešly nutkavé myšlenky. Personál s ní zpětně důvody vedoucí k omezení prohodil.

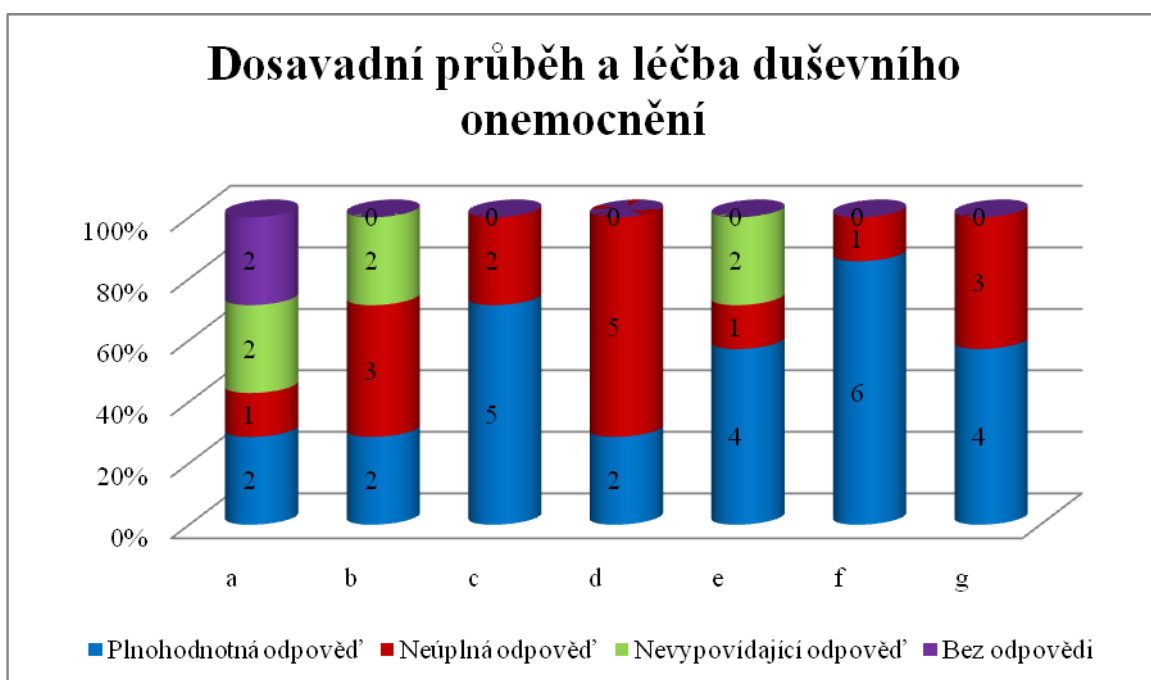
Diskuze:

Jedná se o pacientku s nutkavými myšlenkami a impulzivním nepředvídatelným jednáním, které sama nedokáže potlačit. Agresivita je směřována vůči personálu i vůči spolupacientkám. V dané situaci bylo umístěním do ochranného síťového lůžka pacientce takovéto jednání znemožněno. Ona sama vyhledává samotu, nemá ráda přítomnost spolupacientek, proto omezení hodnotí kladně. Nedošlo ke zranění personálu ani spolupacientek. Pacientka se v ochranném síťovém lůžku zklidnila i bez nutnosti použití parenterální medikace.

2.3.2 Vyhodnocení obsažnosti jednotlivých odpovědí

Vyhodnocení odpovědí u otázky „**Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění**“ u jednotlivých podotázek a-g: a) Jaký byl dosavadní průběh vašeho onemocnění?, b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?, c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčená, před přijetím do psychiatrické léčebny?, d) Jaká byla dosavadní léčba Vašeho onemocnění?, e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?, f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?, g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud?

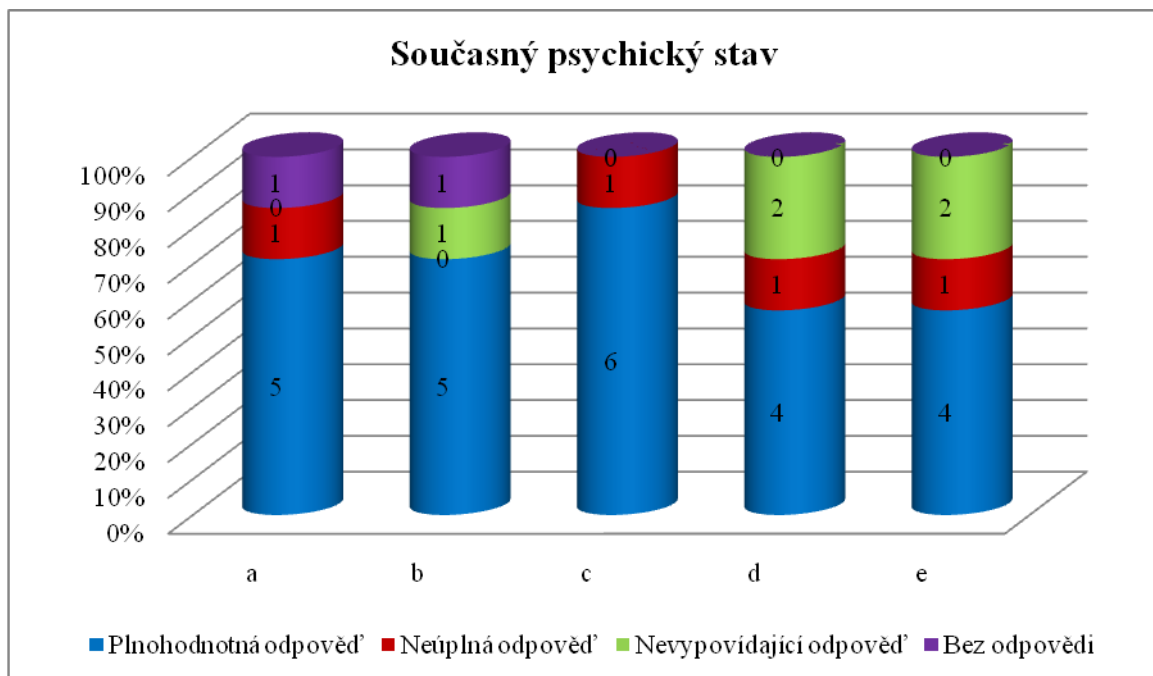
Graf č. 1



Nejobsažněji i nejkonkrétněji odpověděly pacientky na podotázku f) týkající se aktuální léčby – 6 patientek odpovědělo plnohodnotně a 1 neúplně. Svědčí o dobré informovanosti patientek. Naopak nejméně obsažné byly odpovědi na podotázku a) stran dosavadního průběhu onemocnění – 2 patientky odpověděly plnohodnotně, 1 neúplně, 2 odpovědi neměly žádnou výpovědní hodnotu a 2 patientky neodpověděly vůbec. Může to svědčit o neochotě hovořit o průběhu nemoci nebo o tom, že si již letitý průběh onemocnění nepamatují.

Vyhodnocení odpovědí u otázky „**Současný psychický stav**“ u jednotlivých podotázek a-e: a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?, b) Jakou máte náladu?, c) Míváte úzkosti nebo strach?, d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného?, e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?

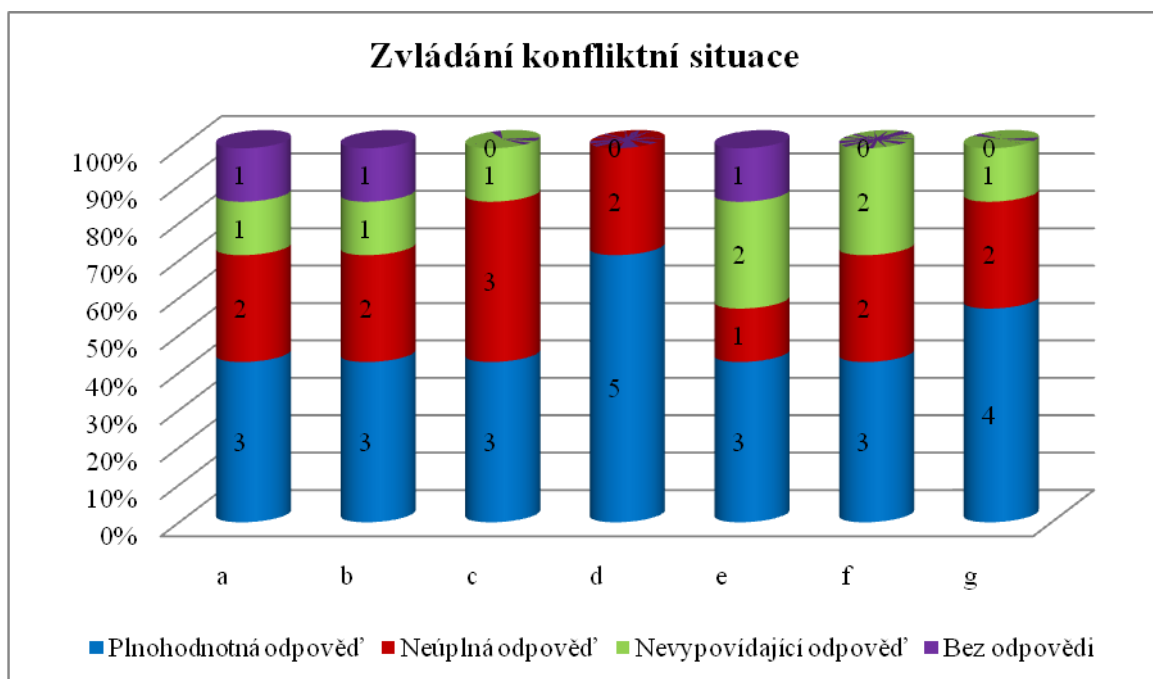
Graf č. 2



V této kategorii odpovídaly pacientky na většinu otázek poměrně obsažně. Nejvíce plnohodnotných odpovědí bylo v podotázce c), která se týkala úzkostí nebo strachu – 6 pacientek odpovědělo plnohodnotně, 1 neúplně. Naopak nejmenší množství obsažných odpovědí padlo u podotázek d) – zda mají pocit, že je někdo ohrožuje a e) – situace, kdy potřebují pomoc ošetřujícího personálu. Zde u obou případů plnohodnotně odpověděly 4 pacientky, 1 neúplně, a 2 odpovědi neměly výpovědní hodnotu. V případě podotázky d) se může jednat o popírání příznaků duševního onemocnění a u podotázky e), že si nepřiznávají závislost na jiné osobě.

Vyhodnocení odpovědí u otázky „Zvládání konfliktní situace“ u jednotlivých podotázek a-g: a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?, b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?, c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?, d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?, e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?, f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?, g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?

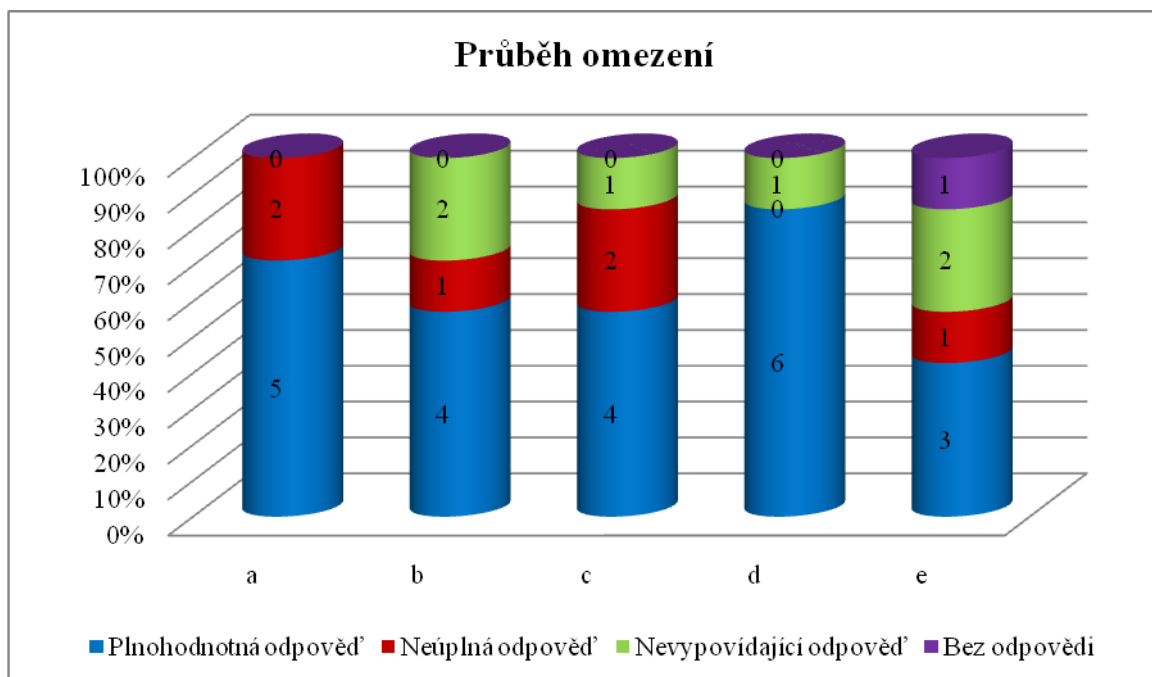
Graf č. 3



Tato otázka byla celkově, co se týče obsažnosti, hodnocena nejhůře. Nejvíce plnohodnotných odpovědí bylo na podotázku d) zda měly konflikty se spolupacientkami nebo s personálem – 5 pacientek odpovědělo plnohodnotně a 2 neúplně. Odpovědi byly převážně kladné. Ostatní podotázky byly co do obsažnosti velmi podobné. Nejhůře zhodnocena byla podotázka e) pocity ovlivňování myšlenek nebo chování – 3 pacientky odpověděly plnohodnotně, 1 neúplně, 2 odpovědi neměly žádnou výpovědní hodnotu a 1 pacientka neodpověděla vůbec. Může znamenat popírání příznaků duševního onemocnění, které mohou vyvolat stavy agresivity.

Vyhodnocení odpovědí u otázky „**Průběh omezení**“ u jednotlivých podotázek a-e:
a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení?, b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?, c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?, d) Jaký druh omezení byl použit?, e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?

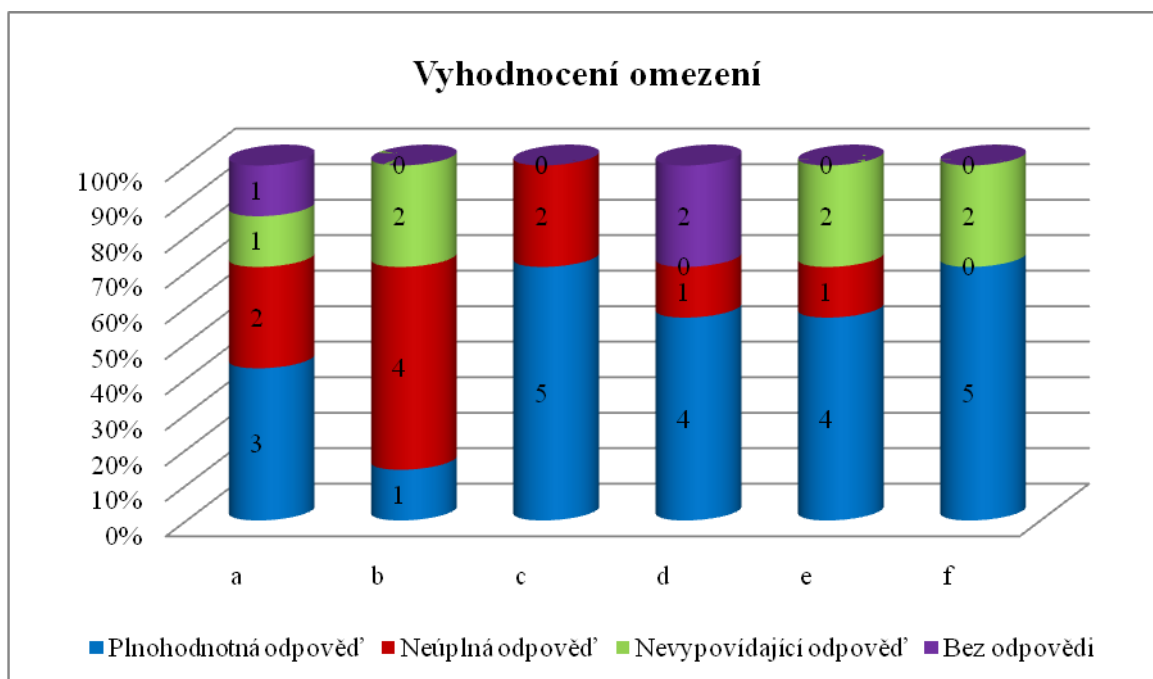
Graf č. 4



Překvapivě ochotně a obsažně odpovídaly pacientky na otázky týkající se průběhu omezení. Nejvíce plnohodnotných odpovědí bylo na podotázku týkající se druhu použitého omezovacího prostředku – 6 patientek odpovědělo plnohodnotně, 1 odpověď byla nevypovídající. Téměř všechny pacientky si tedy na způsob omezení vzpomněly. Nejméně obsažné odpovědi byly na podotázku e) jak se ve chvíli omezení cítily – plnohodnotně odpověděly pouze 3 pacientky, 1 odpověď byla neúplná, 2 odpovědi neměly žádnou vypovídající hodnotu a jedna pacientka neodpověděla vůbec. Svědčí o neochotě patientek popisovat svůj stav a pocity ve chvíli omezení.

Vyhodnocení odpovědí u otázky „**Vyhodnocení omezení**“ u jednotlivých podotázek a-f: a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?, b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?, c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?, d) Jak jste se cítila během omezení?, e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?, f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k omezení?

Graf č. 5



Z této oblasti otázek byla v odpovědích nejvíce obsažná podotázka c) týkající se přístupu ošetřujícího personálu – 5 pacientek odpovědělo plnohodnotně, 2 odpovědi byly neúplné. Většina pacientek hodnotila přístup ošetřujícího personálu kladně. Nejméně obsažné pak byly odpovědi na podotázku b) týkající se oprávněnosti omezení – jen 1 odpověď byla plnohodnotná, 4 neúplné, a 2 nevypovídající. Ve většině případů pacientky na tuto otázku nechtěly odpovídat nebo odpověděly nekonkrétně.

2.3.4 Shrnutí

Všechny pacientky souhlasily s rozhovory a zodpověděly až na výjimky všechny položené otázky. Ochotně (kromě pacientky č. 3) odpovídaly na otázky týkající se dosavadního průběhu a léčby duševního onemocnění – některé si počátky nemoci nepamatovaly, většina uvedla předchozí pobyty v psychiatrických zařízeních. Společně též uváděly současnou léčbu, většinou jen rámcově, odpovědi odpovídaly deficitu v kognitivní oblasti. Při hodnocení současného psychického stavu jednotně odpovídaly na otázky ohledně aktuálních potíží, kde uváděly konkrétní problémy. U většiny pacientek se objevily vážavé odpovědi na otázky týkající se psychotických příznaků – ovlivňování myšlenek, halucinace nebo tyto prožitky přímo přiznaly. Překvapivě ochotně a konkrétně pacientky odpovídaly na otázky stran průběhu omezení. Všechny uvedly konkrétní omezovací prostředek, který byl v jejich případě použit a většinou i aplikaci neklidové medikace. Dvě pacientky ale zcela popřely, že by si byly vědomy situace, která k tomu vedla. Všechny pacientky si vzpomněly na přítomnost ošetřujícího personálu v průběhu omezení.

Rozdílné hodnocení se objevilo u dotazů na konfliktní situace a jejich zvládnání. Čtyři pacientky přiznaly, že mívají výkyvy nálad a že u nich dochází k agresivním projevům. Tři pacientky reagovaly negativně a konflikty i projevy agresivity popřely. Jiné byly také reakce na otázku, jak se cítily při omezení. Dvě pacientky reagovaly zcela kladně, jedna pacientka odpovídala mimo kategorii otázky a čtyři pacientky uvedly, že se v danou chvíli necítily dobře.

Hodnocení omezení bylo velmi individuální. Od hodnocení zcela kladného (pacientka č. 6) po kompletně negativní (pacientka č. 3). Všechny pacientky krom jedné uvedly, že s nimi byly zpětně prohořeny důvody vedoucí k omezení. Jedna pacientka si to již nepamatovala. Rozporuplné a vyhýbavé byly odpovědi na otázku týkající se oprávněnosti omezení a délky trvání. Pacientky sice připustily, že nastala situace, která odpovídala použití omezovacího prostředku, ale samotnou adekvátnost omezení většinou odmítaly hodnotit. Naopak efekt omezení byl hodnocen převážně kladně – u pěti pacientek. Jedna uvedla, že si nevzpomíná (pacientka č. 4), a pacientka č. 3 zcela popírala jakékoli projevy duševního onemocnění v celém rozhovoru.

2.4 Diskuze

Používání omezovacích prostředků obecně a zvláště pak ochranného síťového lůžka je v současné době často diskutované téma jak mezi odbornou, tak i laickou veřejností. Je to téma medializované, hodnocené často jednostranně a neuváženě. Domnívám se, že je jedná o velmi citlivou oblast, k níž je třeba přistupovat případ od případu, vyslechnout názory všech zúčastněných, zhodnotit všechna pro i proti. Zcela zavrhnout používání veškerých omezovacích prostředků není podle mého názoru ku prospěchu pacientům.

Rozhovor k empirické části byl strukturován tak, aby na počátku byly otázky obecné povahy, týkající se dosavadního průběhu a léčby duševního onemocnění a současného psychického stavu. Na tyto dotazy pacientky odpovídaly vcelku ochotně, údaje uvedené v odpovědích korespondovaly s anamnézou. Uvedená témata zřejmě nebyla pro pacientky kontroverzní.

Otázka č. 3 se týkala zvládnutí konfliktní situace. Zde se odpovědi pacientek poměrně výrazně rozcházely. Zejména ve srovnání s výpovědí personálu. Čtyři pacientky ze sedmi popíraly projevy agresivity nebo o nich odmítaly hovořit. Tři pacientky je naopak připustily a otevřeně o nich hovořily. I tento výsledek byl vcelku očekávaný. Projevy pacientek vedoucí k omezení v ochranném síťovém lůžku jsou často pod vlivem psychotických prožitků (bludy, halucinace). Pacientky je pak popírají nebo si na ně nevzpomínají.

Na samotný průběh omezení si vzpomněly všechny pacientky. Pět z nich ochotně o omezení hovořilo, včetně popisu události, která k omezení vedla, a jejich odpovědi byly v soulasu s výpovědí personálu. Jedna popírala jakékoli důvody vedoucí k omezení a odpovědi jedné pacientky byly zcela neadekvátní. Zde se odpovědi pacientek a personálu lišily. Dvě pacientky se v průběhu omezení cítily dobře, dvě hodnotily negativně, dvě neutrálně a jedna pacientka neodpověděla.

Při vyhodnocení omezení se pacientky většinou nechtěly vyjadřovat k oprávněnosti samotného omezení a k délce jeho trvání. Všechny se vyjádřily kladně o přítomnosti personálu v průběhu omezení. Šest pacientek si vzpomnělo, že s nimi byly zpětně prohovořeny důvody vedoucí k omezení, jedna uvedla, že si nevzpomíná. Efekt omezení byl pacientkami hodnocen překvapivě kladně – u pěti pacientek.

Z rozhovorů je patrné, že pacientky, u kterých bylo nutno přistoupit k omezení v ochranném síťovém lůžku, jej vnímaly ve většině případů jako oprávněné. Pobyt v ochranném síťovém lůžku nevnímaly jako stresující, některé jej hodnotily dokonce celkově kladně. Ve shodě s odpověďmi personálu je také efekt omezení, který i pacientky považují za přínosný. Výše uvedené závěry jsou výsledkem výzkumu provedeného na vzorku pacientek omezených v ochranném síťovém lůžku během hospitalizace v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě a nelze je tedy zobecňovat.

Práce na téma používání omezovacích (restriktivních) prostředků v psychiatrii, které jsou k dispozici, se ve většině případů zabývají hodnocením ze strany ošetřujícího personálu (Válková, 2010) event. laické veřejnosti (Pařízková, 2007) nebo hodnotí četnost využívání jednotlivých omezovacích prostředků (Kališová et al., 2008). Práci zabývající se názory pacientů na omezení v ochranném síťovém lůžku jsem nenalezl.

Použití ochranného síťového lůžka je jako použití všech ostatních omezovacích prostředků vždy striktně a přesně stanoveno příslušnými dokumenty platnými pro dané zdravotnické zařízení. Přistupuje se k němu v případě, kdy jiná varianta (např. terapeutický rozhovor, aplikace medikace) není vzhledem k situaci dostatečně účinná, mohlo by dojít k poranění pacienta, případně jiných osob. Dle mého názoru se jedná o řešení, které je šetrné vůči pacientovi, s minimálním rizikem komplikací (v případech uvedených výše se nevyskytla komplikace ani jedna) a dle výsledků rozhovorů není pacienty zavrhováno.

Ke zvládnutí stavů, které jsou popsány v teoretické části jako indikované k použití ochranného síťového lůžka (farmakologicky neovlivnitelné projevy psychomotorického neklidu, stavy zmatenosti a dezorientace s rizikem poranění, pacienti nekontrolující své jednání vedoucí k jejich ohrožení nebo k ohrožení jiných osob), není adekvátní možnost, jak je řešit stejně efektivně, ale zcela bez restrikce pacientů nebo bez následného nežádoucího farmakologického útlumu.

Pokud nastane situace, kdy byly vyčerpány všechny možnosti a kdy je užití ochranného síťového lůžka nezbytné, je třeba přistupovat k pacientovi citlivě, pokusit se mu vše vysvětlit způsobem, který by byl přiměřený a jemu pochopitelný. Je třeba důsledně dodržovat postupy, které určují vnitřní předpisy daného zařízení. Pacienta nepřetržitě sledovat a poskytnout mu vše potřebné. Pobyt v ochranném síťovém lůžku omezit na minimum a následně vše pacientovi vysvětlit.

Pokusím se nyní nastínit situaci, pokud by síťová lůžka byla kompletně zrušena (jak se již na některých odděleních stalo). Pacient, který je v daný okamžik v takovém psychickém stavu, kdy ohrožuje sebe (například různé druhy sebepoškozujícího jednání, riziko pádu zejména u starších osob) nebo je masivně brachiálně agresivní vůči okolí. V takovém případě lze použít aplikaci parenterální medikace, kdy efekt nastoupí se zpožděním, během něhož může dojít k poranění pacienta nebo přítomných osob.

Pokud by u pacientek, se kterými byly vedeny rozhovory, nedošlo k použití omezovacího prostředku, pak do doby nástupu účinku parenterální medikace (u většiny pacientek byla aplikována před užitím omezovacího prostředku) by s největší pravděpodobností došlo k poranění jich samých nebo přítomných osob. Z výše popsaných případů je patrné, že stav neklidu trval poměrně dlouhou dobu i po omezení v ochranném síťovém lůžku a efekt medikace byl patrný někdy až po několika hodinách od aplikace. To znamená, že pokud by pacientka nebyla omezena v ochranném lůžku, pak po dobu do odeznění neklidu by musela být pod nepřetržitým dohledem ošetřujícího personálu, často alespoň manuálně fixována event. umístěna do samostatné místnosti. I tato varianta je ale v podstatě omezením pacienta. Navíc v podmínkách současného personálního zajištění psychiatrických zařízení je vzhledem k počtům ošetřujícího personálu nereálná.

Užití omezovacího prostředku není v danou chvíli jistě příjemným zážitkem jak pro pacienty, tak pro personál. Pokud jsou ale splněny požadavky na indikované použití a zachován profesionální a empatický přístup, pak je - podle mého názoru - tato metoda zvládnání akutních neklidů zcela nezastupitelná.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo zejména podat přehled jednotlivých používaných omezovacích prostředků a uvést nejčastější stavy duševního onemocnění, které mohou k použití omezovacího prostředku vyústit. Cílem empirické části práce pak bylo zjistit, jakým způsobem pohlíží psychiatrické pacientky na svou chorobu, na stávající duševní stav, zda jsou schopny zvládat konfliktní situace. Těžiště výzkumu spočívalo v hodnocení situace, která vedla k omezení v ochranném síťovém lůžku, hodnocení vlastního průběhu omezení a jeho efektu. Rozhovory byly vedeny s pacientkami hospitalizovanými v psychiatrické léčebně, u kterých bylo pro různé stavy akutního neklidu použito omezení v ochranném síťovém lůžku.

Z rozhovorů vyplynulo, že pro pacientky není problémem o tématu duševního onemocnění a omezení otevřeně hovořit. Otázky, které se týkaly předchozí léčby a stávajícího duševního stavu, byly zodpovězeny převážně konkrétně a odpovídaly údajům v anamnéze. Nejvíce rozporů, ve srovnání s dokumentací a s výpovědí personálu, bylo u otázky týkající se situace, která vedla k omezení v ochranném síťovém lůžku. Samotné omezení a jeho průběh pak většina patientek nehodnotila jako stresující či neoprávněný. Efekt omezení byl hodnocen pacientkami převážně kladně.

V průběhu duševního onemocnění může nastat akutní situace, kdy pacient není schopen ovládnout své jednání. V daný okamžik je nutná okamžitá intervence, aby nedošlo k poškození pacienta či okolí. Pokud není efektivní psychologický přístup či aplikace medikace, pak je omezení pacienta na určitou dobu nezbytné. Z výsledků empirické části práce vyplynulo, že pokud jsou omezovací prostředky užívány jen v indikovaných situacích, a pokud je postupováno podle příslušných doporučených postupů, pak při zachování humánního a citlivého přístupu k pacientovi nemusí být vnímány negativně.

Další výzkumy na toto téma by byly jistě přínosem. Je patrné, že klíčovým faktorem při použití omezovacího prostředku je přítomný ošetřující personál, jeho přístup k pacientovi, péče o něj se zajištěním všech jeho biopsychosociálních potřeb. Vysoce specializovaná a zároveň individuální péče a komunikace s pacientem po dobu omezení eliminuje výskyt komplikací a modifikuje vnímání průběhu omezení, což je patrné z výše uvedených rozhovorů.

ANOTACE

Autor:	Petr Příkryl
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Používání omezovacích prostředků u pacientů
Vedoucí práce:	Bc. Ivana Šlaisová,
Konzultant:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	122
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	duševně nemocný, hospitalizace, neklid, omezovací prostředky

Bakalářská práce se zabývá pohledem pacientů na používání omezovacích prostředků. V teoretické části je podán stručný přehled historie duševně nemocných a přístupu k nim, metody léčby, způsobů hospitalizací pacientů, jednotlivých druhů omezovacích prostředků a indikací k jejich užití. V empirické části jsou vyhodnoceny rozhovory se sedmi pacientkami hospitalizovanými v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, které byly omezeny v ochranném síťovém lůžku. Cílem bylo stanovit pohled pacientek na jednotlivé fáze týkající se omezení a jejich konfrontace s dokumentací a pohledem personálu. Patientky k rozhovoru na dané téma přistupovaly vstřícně a ochotně zodpověděly většinu položených otázek. Kvalitativní sonda zjistila, že pacientky samy nehodnotily samotné omezení negativně, připustily jeho oprávněnost a ve většině případů i příznivý efekt. Nejrozporuplnější a nejvíce se rozcházel popis situací, které k omezení vedly.

The bachelor's work deals with patients' view of the use of restrictive means. In the theoretical part are given a brief history overview of the mentally ill and attitudes towards them, methods of treatment, ways of patients' hospitalization, separate kinds of restrictive means and indication to their use. In the empiric part are evaluated interviews with seven female patients, hospitalized in the Psychiatric Clinic in Havlíčkův Brod, that were restricted in a protective net bed. The aim was to determine the females patients' view of single phases relating to the restriction and their confrontation with documentation and the care staff's view. The patients' attitude towards the given-topic interview was helpful, they willingly answered most of the

asked questions. The quality probe found out that the patients themselves did not assess the single restriction negatively, they admitted its validity and its beneficial effect in most of the cases. The most contradictory were descriptions of situations leading to the restrictions.

LITERATURA A PRAMENY

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0
2. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
3. BEER, D., M., PEREIRA, M., S., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7
4. COHNEN, Robert, M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4
5. ČADILOVÁ, V., JÚN, H., THORAKOVÁ., K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2
6. ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4
7. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
8. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6
9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6
10. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197
11. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6
12. FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství*. Praha: nakladatelství Lidové noviny 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2
13. HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTO VÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, s. r. o., 2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0
14. HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vyd. Slezská univerzita v Opavě, 2007. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3
15. HÖSCHL, Cyril a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: SCIETIA MEDICA, spol. s.r.o., 1997. 176 s. ISBN 80-85526-64-6

16. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: TIGIS, spol. s.r.o. 2004. 883 s. ISBN 80-9000130-7-4
17. JANATA, Jaromír. *Agrese tolerance a intolerance*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. 220 s. ISBN 80-7169-889-X
18. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2001. 285 s. ISBN 80-7262-096-7
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
20. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8 (Galén) ISBN 80-246-0390-X (Karolinum)
21. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. 1.vyd. Praha: Linde 2010. 223 s. ISBN 978-80-7201-801-7
22. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
23. MAŠEK, J. *Směrnice ředitele č. 9/2007 – Pravidla vedení zdravotnické dokumentace a přístupu k informacím o zdravotním stavu pacientů psychiatrické léčebny*. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, 2007, 36 s.
24. MAŠEK, Jaromír a kol. *Standard č. 13 - Příjem pacienta do léčebny*. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, 2009, 8 s.
25. MAŠEK, Jaromír a kol. *Standard č. 16 - Kategorie pacienta v ústavní péči a ošetrovatelský dohled*. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, 2010, 3 s.
26. MAŠEK, Jaromír a kol. *Standard č. 17 – Pravidla pro používání omezovacích prostředků a pro akutní parenterální aplikaci psychofarmak (APAP)*. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, 2010, 7 s.
27. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE. *Duševní potuchy a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9
28. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3
29. PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 204 s. ISBN 80-247-0542-7
30. PRAŠKO, Ján a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4

31. RABOCH, Jiří. *Psychiatrie, Doporučené postupy psychiatrické péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 180 s. ISBN 80-7262-013-4
32. RABOCH, J., a kol. *Psychiatrie, Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, a.s., 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9
33. RABOCH J., ANDERS, M., HELLEROVÁ, P., UHLÍKOVÁ, P. *Psychiatrie: Doporučené postupy III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU s.r.o., 2010. 268 s. ISBN 978-80-7399-984-1
34. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8 (Galén) ISBN 80-246-0390-X (Karolinum)
35. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0
36. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0
37. ŠEDIVEC, Vladislav. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 58 s. ISBN 978-80-87142-00-4
38. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8
39. YOUNGSON, Robert, M. *O šílenství, podivinství a genialitě*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2000. 256 s. ISBN 80-7178-401-X
40. VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 222 s. ISBN 80-7184-226-5
41. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-247-2667-0
42. WYKA, Gene, T. *Nonviolent Crisis Intervention*. Brookfield: Crisis Prevention Institute, Inc., 1996. 32 s.

SEZNAMY

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	57
Tabulka č. 2: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	64
Tabulka č. 3: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	70
Tabulka č. 4: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	76
Tabulka č. 5: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	81
Tabulka č. 6: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	87
Tabulka č. 7: Hodnocení použití omezovacího prostředku.....	94

Seznam grafů

Graf č. 1: Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.....	96
Graf č. 2: Současný psychický stav.....	97
Graf č. 3: Zvládání konfliktní situace.....	98
Graf č. 4: Průběh omezení.....	99
Graf č. 5: Vyhodnocení omezení.....	100

Seznam příloh

Příloha 1.....	113
Příloha 2.....	114
Příloha 3.....	115
Příloha 4.....	117
Příloha 5.....	118
Příloha 6.....	119
Příloha 7.....	120
Příloha 8.....	121
Příloha 9.....	122

PŘÍLOHY

Příloha 1

(Foto – archiv autora)

Obrázek č. 1 - sada kurtů



Obrázek č. 2 - magnetický zámek



Obrázek č. 3 - ochranné síťové lůžko zavřené



Obrázek č. 4 - ochranní síťové lůžko otevřené



Příloha 2

(Foto - archiv autora)

Obrázek č. 5 - terapeutická izolace - okno



Obrázek č. 6 - terapeutická izolace - dveře



Obrázek č. 7 - terapeutická izolace – dveře



Obrázek č. 8 - ochranný kabátek



Příloha 3

Otázky k rozhovoru na téma bakalářské práce „ Používání omezovacích prostředků u pacientů“.

- 1) Dosavadní průběh a léčba duševního onemocnění.
 - a) Jaký byl dosavadní průběh Vašeho onemocnění?
 - b) Kdy se u Vás objevily první příznaky duševního onemocnění?
 - c) Byla jste hospitalizovaná, případně ambulantně léčena, před přijetím do PL?
 - d) Jaká byla dosavadní léčba /léky, psychoterapie, ECT.../ Vašeho onemocnění?
 - e) Důvody k přijetí k nynější hospitalizaci?
 - f) Aktuální léčba – jak ji snášíte, je patrný účinek?
 - g) Jak byste zhodnotila Vaši hospitalizaci od přijetí doposud.

- 2) Současný psychický stav.
 - a) Jak se nyní cítíte, jaké máte potíže?
 - b) Jakou máte náladu?
 - c) Míváte úzkosti nebo strach?
 - d) Máte pocit, že se Vám děje něco špatného případně, že vám někdo ubližuje?
 - e) Jsou situace, kdy potřebujete pomoc lékaře nebo ošetřujícího personálu?

- 3) Zvládání konfliktní situace.
 - a) Nastala někdy situace, kdy jste nebyla schopna usměrnit své jednání?
 - b) Míváte často výkyvy nálady, vztek, cítíte se ohrožena?
 - c) Měla jste někdy chuť někomu vynadat nebo někoho uhodit?
 - d) Měla jste někdy konflikty se spolupacientkami nebo s personálem?
 - e) Míváte pocity, že někdo ovlivňuje Vaše myšlenky nebo chování?
 - f) Slyšíte někdy hlasy, které Vás nabádají k určitému jednání?
 - g) Pokud dojde ke konfliktu, jste schopna své nutkání ovládnout?

- 4) Průběh omezení.
 - a) Nastala situace, kdy byl ošetřující personál nucen použít vůči Vám nějakou formu omezení?

- b) Co tuto situaci podle Vás způsobilo?
 - c) Jaká byla reakce ošetřujícího personálu – hovořil s Vámi někdo, byl přítomen lékař, byla použita injekční medikace?
 - d) Jaký druh omezení byl použit?
 - e) Pokud jste schopna to uvést, jak jste se v danou chvíli cítila?
- 5) Vyhodnocení omezení.
- a) Jak byste nyní zhodnotila průběh omezení?
 - b) Bylo oprávněné – vzhledem k situaci, délka trvání?
 - c) Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?
 - d) Jak byste se cítila během omezení?
 - e) Došlo u Vás během omezení ke zmírnění napětí, úzkosti, cítila jste se lépe?
 - f) Prohovořil s Vámi někdo zpětně důvody vedoucí k Vašemu omezení?

Příloha 4

Průvodní dopis

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Petr Příkryl a jsem staničním ošetřovatelem na oddělení 3 Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Na tomto oddělení je hospitalizována paní/slečna....., které jste zákonným zástupcem.

V současné době studuji obor ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové. V rámci závěrečné bakalářské práce na téma „Používání omezovacích prostředků u pacientů“, bych Vás rád požádal o souhlas s rozhovorem s paní/slečnou

V mé práci nebudou **žádné údaje**, podle kterých by bylo možno paní/slečnu jakýmkoli způsobem identifikovat.

Tímto Vás prosím o podpis a zpětné zaslání přiloženého **Souhlasu**.

Děkuji Vám za Vaše pochopení a spolupráci.

Petr Příkryl

Poznámka: Průvodní dopis k získání Souhlasu s výzkumným šetřením není vyplněn z důvodu zachování anonymity pacientky.

Příloha 5

Informovaný souhlas

Já níže podepsaná souhlasím s rozhovorem a sběrem dat k bakalářské práci na téma „Používání omezovacích prostředků u pacientů“. Byla jsem obeznámena s tím, že v práci nebude figurovat mé jméno a z rozhovoru budou vynechány ty údaje, podle kterých by mne mohl kdokoli identifikovat.

V Havlíčkově Brodě dne

.....

Podpis pacientky

Poznámka: Informovaný souhlas není vyplněn z důvodu zachování anonymity pacientky.

Příloha 6

Souhlas

Já níže podepsaný zákonný zástupce paní / slečny
souhlasím s rozhovorem a sběrem dat k bakalářské práci na téma „ Používání
omezovacích prostředků u pacientů“. Byl/a jsem obeznámena s tím, že v práci nebude
figurovat jméno a z rozhovoru budou vynechány ty údaje, podle kterých by mohla být
identifikována.

V Havlíčkově Brodě dne

.....
Jméno, příjmení (zákonný zástupce)

Poznámka: Souhlas zákonného zástupce není vyplněn z důvodu zachování anonymity pacientky.

Příloha 7

MUDr. Mašek Jaromír
Ředitel Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě
Rozkošská 2322
580 22 Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě 3.1. 2011

Věc: Žádost o povolení čerpání informací a citací ze Standardů a Směrnice Psychiatrické léčebny a pořízení fotografické dokumentace omezovacích prostředků

Vážený pane řediteli,

Dovoluji si Vás požádat o povolení používat informace a citace ze Standardů Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod v rámci závěrečné bakalářské práce bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové. Práce je na téma „Používání omezovacích prostředků u pacientů“.

Jedná se o tyto Standardy a Směrnici:

- Standard č. 16 - Kategorie pacienta v ústavní péči a ošetřovatelský dohled
- Standard č. 17 - Pravidla pro používání omezovacích prostředků a pro akutní parenterální aplikaci psychofarmak (APAP)
- Standard č. 13 – Příjem pacienta do léčebny
- Směrnice ředitele č.9/2007 – Pravidla vedení zdravotnické dokumentace a přístup k informacím o zdravotním stavu pacientů psychiatrické léčebny

Též si Vás dovoluji požádat o pořízení fotodokumentace – snímky izolační místnosti na pav. č.2, ochranného síťového lůžka, magnetických kurtů a ochranného kabátku – budou použity v textu práce.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Petr Příkryl student III. ročníku bakalářského studia

Rozkošská 2314, 58001 Havlíčkův Brod

Vyjádření vedení instituce :

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 4.1.2011

Podpis a razítko:

Psychiatrická léčebna
580 23 Havlíčkův Brod
1

MUDr. Jaromír Mašek

Příloha 8

MUDr. Mašek Jaromír
Ředitel Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě
Rozkošská 2322
580 22 Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě 5.10.2010

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na příjmacím oddělení pro ženy č. 3
v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod**

Vážený pane řediteli,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na příjmacím oddělení pro ženy č.3 v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod v rámci závěrečné bakalářské práce studenta Petra Příkryla, narozeného 16.4.1967, posluchače 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem šetření je posoudit pohled pacienta na použití omezovacího prostředku.

Výzkumné šetření bude provedeno formou rozhovorů, které jsou dobrovolné a anonymní. Osnovu rozhovoru předkládáme.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Bc. Šlaisové Ivany, vrchní sestry Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

Předkládáme osnovu rozhovoru.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Příkryl Petr

Bc. Šlaisová Ivana

Vrchní sestra Psychiatrické kliniky

Hradec Králové

Kontaktní adresa:
Příkryl Petr
Rozkošská 2314
580 01 Havlíčkův Brod
e-mail: prikryl.pt@seznam.cz
Tel. 736 101057

Kontaktní adresa:
Bc. Šlaisová Ivana, vrchní sestra Psychiatrické kliniky
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: slaisova@fnhk.cz
Tel. 495 832 610

Vyjádření vedení instituce :

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 12 -11- 2010

Podpis a razítko:

Psychiatrická léčebna
580 23 Havlíčkův Brod

MUDr. Jaromír Mašek

Příloha 9



NEMOCNICE
HAVLÍČKŮV
BROD

sekretariát ředitele, Husova 2624, 580 22, Havlíčkův Brod
tel.: 569 472 203, fax: 569 421 982, e-mail: lucie.mrkvicikova@onhb.cz
www.onhb.cz

Petr Příkryl
Rozkošská 2314
580 01 Havlíčkův Brod

Váš dopis značky/ze dne	Naše značka	Vyřizuje / linka	Havlíčkův Brod
	NHB/ 9367/2011	Mrkvičková / 203	2011-04-04

EudraCT: 2009-014271-41

Dne 16.3.2011 obdržela LEK NHB dopis (1strČJ) od Petra Příkryla, studenta 3.ročníku bakalářského programu Ošetrovatelství, nyní staničního ošetrovatele oddělení 3 na PL Havlíčkův Brod, se žádostí o vydání souhlasu EK k jeho bakalářské práci „Používání omezovacích prostředků u pacientů“.

Data pro práci jsou získávána formou otázek v rozhovoru, který je dobrovolný a anonymní.

V příloze:

- Soubor pokládaných otázek (1strČJ),
- Formulář žádosti zákonnému zástupci nesvéprávné pacientky o souhlas s rozhovorem (1strČJ),
- Formulář souhlasu zákonného zástupce nesvéprávné pacientky (1strČJ),
- Formulář souhlasu svéprávné pacientky (1strČJ),

LEK NHB se s dokumenty na svém zasedání 31. 3.2011 seznámila. Po jejich prostudování je schvaluje a bere bez připomínek na vědomí. Vyslovuje souhlas s prováděním uvedené práce za podmínky získání informovaného souhlasu.



prim. MUDr. František Lehanka
předseda etické komise
Nemocnice Havlíčkův Brod