

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

**Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích**



Bc. Eva Lorencovičová

Používání omezovacích prostředků na oddělení geriatric

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.**

Praha 2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně, řádně uvedla a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Dále dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně Univerzity Karlovy a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 23. června 2015

Eva Lorencovičová

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě bych ráda poděkovala svému školiteli Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za cenné rady, podporu a laskavý přístup při vedení této diplomové práce. Za hodnotné podněty, inspiraci a motivaci v rámci diplomového semináře bych na tomto místě také ráda poděkovala i doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc.

OBSAH

ABSTRAKT	6
ABSTRACT.....	7
1. ÚVOD.....	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 Stáří	10
2.1.1 Stárnutí populace	10
2.1.2 Ageismus	12
2.1.3 Definice stáří.....	13
2.1.4 Geriatrie, geriatrický pacient	15
2.2 Nejčastější problémy ve stáří	17
2.2.1 Seniorská křehkost.....	17
2.2.2 Ztráta soběstačnosti.....	18
2.2.3 Pády	19
2.2.4 Zdravotní problémy ve stáří.....	21
2.2.5 Psychické poruchy ve stáří	22
2.3 Problémové chování ve stáří	25
2.3.1 Behaviorální symptomy	27
2.3.2 Psychologické symptomy	28
2.4 Omezovací prostředky ve zdravotnickém zařízení	29
2.4.1 Právní úprava	30
2.4.2 Druhy omezovacích prostředků	30
2.4.3 Povinnosti, opatření a doporučení týkající se používání omezovacích prostředků	32
2.4.4 Důvody používání omezovacích prostředků.....	34
2.4.5 Rizika spojená s používáním omezovacích prostředků, komplikace z imobility související s používáním omezovacích prostředků	35
2.5 Etické aspekty používání omezovacích prostředků	37

2.5.1	Etika	37
2.5.2	Základní principy etiky ve zdravotnictví	38
2.5.3	Lidská důstojnost	44
2.5.4	Dilematické situace v používání omezovacích prostředků	46
3.	EMPIRICKÁ ČÁST	50
3.1	Cíle výzkumu	50
3.2	Metodika	50
3.3	Sběr dat	52
3.4	Kostra příběhu	53
3.5	Interpretace dat	55
3.5.1	Riziko poškození zdraví	55
3.5.2	Antipsychotika	61
3.5.3	Kurty	70
3.5.4	Postranice lůžka	74
3.5.5	Omezení v sedu v kardiackém křesle	81
3.5.6	Alternativní způsoby omezení	87
3.5.7	Bez použití omezovacích prostředků	90
3.5.8	Paternalismus v péči o geriatrické pacienty	92
3.5.9	Autonomie a respekt k autonomii	95
3.5.10	Nedostatek personálu	99
3.5.11	Pocity zdravotnických pracovníků spojené s použitím a nepoužitím omezovacích prostředků	100
4.	DISKUZE	105
5.	ZÁVĚR	111
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	113
	SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ	121
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	122
	SEZNAM PŘÍLOH	123

ABSTRAKT

Vzhledem k demografickému vývoji naší populace je potřebné zabývat se problematikou stáří a problémy geriatrických pacientů. S ní souvisí i kontroverzní téma omezovacích prostředků, které je ve spojitosti se starými křehkými lidmi obzvláště citlivé. Problematiku omezovacích prostředků upravuje zákon. Je však potřebné se zabírat také etickými aspekty jejich používání.

Teoretická část této diplomové práce se zabírá tématem stáří a vážnými problémy, které sebou toto období lidského života nese, včetně psychických poruch. Představuje obor geriatric a geriatrického pacienta. V dalších kapitolách tato práce pojednává o omezovacích prostředcích a o etické problematice týkající se jejich používání. Empirická část práce pomocí metod kvalitativního výzkumu mapuje postoje zdravotnických pracovníků k této problematice. Pojednává o konkrétních omezovacích prostředcích a důvodech, pro které jsou používány. Z výsledků vyplývá, že nejdůležitější hodnotou zdravotnických pracovníků je zdraví a nejvíce respektovaným etickým principem je princip beneficence.

Klíčová slova:

stáří, geriatrický pacient, riziko poškození zdraví, omezovací prostředky, etické principy

ABSTRACT

In consideration of the demographic trends of our population, it is necessary to deal with the old age problems and problems of geriatric patients. The controversial topic of restraints, especially sensitive in association with old frail people, is closely related. The issue of restraints is defined by law. However, the ethical aspects of their application should also be considered.

The theoretical part of this thesis deals with the topic of old age and serious problems of this period of life, including mental disorders. It introduces the field of geriatrics and geriatric patients. In further chapters, this thesis discusses the restraints and ethical issues related to their use. By using qualitative research methods, the empirical part of this thesis surveys the attitudes of healthcare professionals towards this issue. It discusses specific restraints and the reasons for which they are used. The results show that the most important value of healthcare professionals is health and the most respected ethical principle is the principle of beneficence.

Key Words:

old age, geriatric patient, health risk, restraints, ethical principles

1. ÚVOD

Důvod výběru tématu mé diplomové práce souvisí s mým povoláním a zaměřením. Jsem ergoterapeutka na geriatrickém oddělení a každý den v práci se snažím, aby naši pacienti dosáhli co největší možné míry soběstačnosti, autonomie a nezávislosti. *„Ergoterapie má v léčebné a sociální rehabilitaci seniorů široké uplatnění. Hlavním cílem rehabilitace je obnovit nemocí nebo úrazem narušené funkce a udržet co nejdéle všechny zdravé funkce, aktivitu a nezávislost seniora. Rehabilitační intervence musí být zahájeny včas a prováděny dostatečně často a dostatečně dlouho. Změny z inaktivity a imobility (trofické změny svalů, rigidity kloubů) nastupují velmi rychle a regenerační pochody velmi pomalu a nedostatečně“* (Klusoňová, 2011, s. 195). Na základě své několikaleté praxe s geriatrickými pacienty se domnívám, že používání omezovacích prostředků u geriatrických pacientů brání v obnovování jejich soběstačnosti i mobility a snižuje jejich schopnost samostatného jednání.

Používání omezovacích prostředků je obecně ostře kritizováno. V souvislosti s touto tematikou jsou skloňovány termíny jako týrání seniorů, elder abuse, ageismus, nerespektování lidských práv a lidské důstojnosti, porušování autonomie. Zdravotníci jsou při používání omezovacích prostředků také často obviňováni z usnadňování si péče. Dohnalová (2011) píše, že používání omezovacích prostředků je velmi kontroverzní oblastí ošetrovatelské péče a klinické praxe vůbec, neboť významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka. Problematika užívání omezovacích prostředků se týká všech věkových kategorií nemocných, včetně nemocných starých lidí, i všech úseků zdravotní péče, tedy nejen psychiatrických oddělení, ale i léčeben dlouhodobě nemocných, oddělení následné péče, ústavů sociální péče, akutních nemocničních oddělení a dokonce i domácí péče.

Lužný a Ivanová (2010) zdůrazňují fakt, že používání omezovacích prostředků je momentálně aktuální problematikou z hlediska kvality poskytování péče hlavně na psychiatrických a gerontopsychiatrických odděleních a podléhá tak silnému tlaku a kontrole ze strany společnosti.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké jsou postoje zdravotnických pracovníků k používání omezovacích prostředků na oddělení geriatric. Dále jsem si dala za cíle zjistit, za jakých okolností se omezovací prostředky používají a jakým způsobem, jaké jsou motivace k jejich používání a jaké jsou pocity zdravotnických pracovníků při používání

omezovacích prostředků. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, kterými etickými principy je jednání zdravotníků ve věci omezovacích prostředků ovlivněno. Za cíl jsem si také stanovila na základě předchozích zjištění, navrhnout praktická řešení, která by přispěla ke „zlepšení“ v používání omezovacích prostředků na oddělení geriatry ve smyslu dodržování etických principů.

Diplomová práce „*Používání omezovacích prostředků na oddělení geriatry*“ je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část této diplomové práce se zabývá problematikou stárnutí populace a nežádoucími jevy, jenž sebou nese demografický vývoj. Představuje dále obor geriatry a geriatrického pacienta s jeho závažnými problémy. Za zásadní v používání omezovacích prostředků považuji téma problémové chování seniorů, kterému je v této diplomové práci věnována celá kapitola. Dále se zabývám omezovacími prostředky jako takovými a v poslední kapitole se věnuji etickým aspektům jejich používání.

Empirická část za pomoci metod kvalitativního výzkumu řeší problematiku omezovacích prostředků na oddělení geriatry očima zdravotnických pracovníků, přibližuje jejich postoje a názory na toto téma. Dále shrnuje způsob použití jednotlivých omezovacích prostředků a důvody, které k jejich používání vedou. V neposlední řadě přibližuje etické hodnoty zdravotnických pracovníků, kterými se řídí při rozhodování o tom, jestli omezovací prostředek použít, nebo nikoliv.

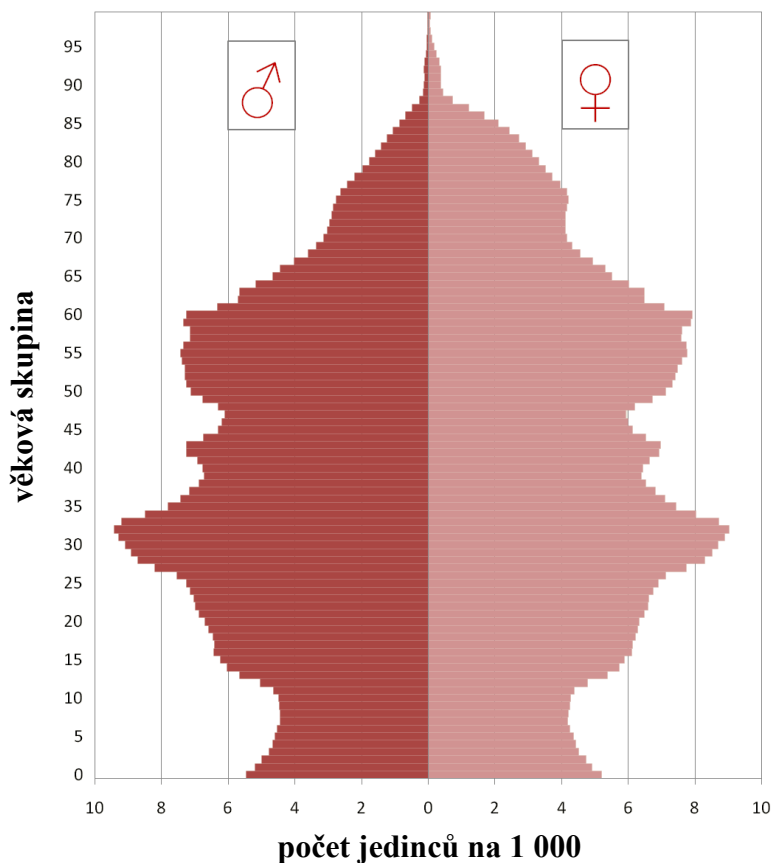
2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stáří

2.1.1 Stárnutí populace

Stárneme nejen individuálně, ale i celospolečensky (Lužný a Ivanová, 2010). V důsledku zlepšujících se životních podmínek, zdravotní péče a dalších faktorů dochází ke stárnutí naší populace, jež se stalo důležitým celosvětovým fenoménem. Tento trend bude nadále pokračovat a nejrychleji přibývajícím skupinou budou právě nejstarší staří lidé, tedy 80letí a starší (Holmerová, 2011). Postupně tak u nás v současnosti dochází ke změně věkové pyramidy na tzv. regresivní typ (**Graf 1**). Kalvach (2014) udává dva důvody tohoto fenoménu. Kromě přirozeného zvyšování naděje dožití, tedy prodlužování střední délky života, dojde během několika let k zestárnutí mimořádně silných poválečných ročníků. To způsobí zvýšené nároky na podpůrné zdravotní a sociální služby, ale i na penzijní systémy s komplexním dosahem na lidská společenství.

Graf 1. Věková pyramida ČR (2007, relativní data)

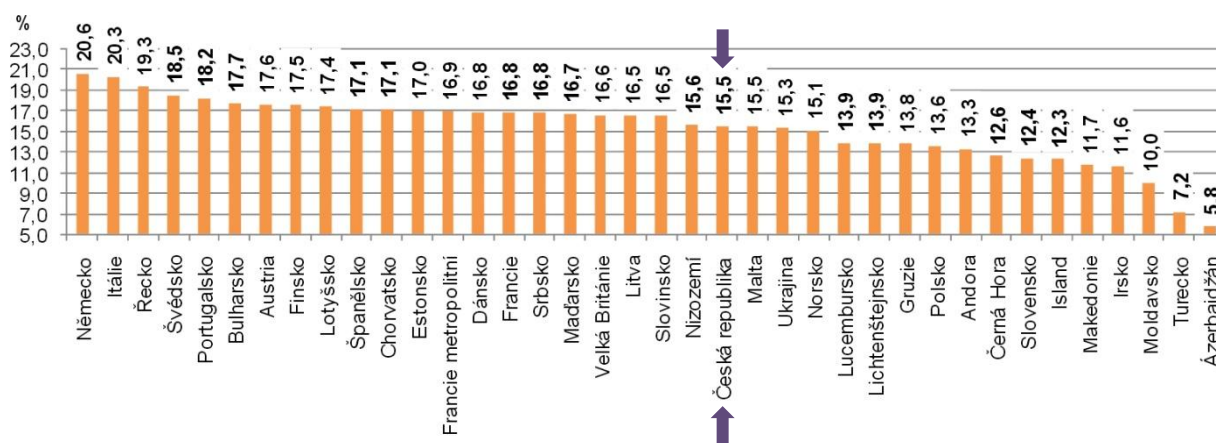


Zdroj: ČSÚ, 2008

Lužný a Ivanová (2010) uvádí i další příčiny demografického stárnutí populací ekonomicky vyspělých krajin. Kromě nízké hladiny úmrtnosti, odsouvání úmrtnosti do vyššího věku spolu se snižováním porodnosti, vidí příčiny tohoto jevu i ve změně reprodukčního chování obyvatelstva. V souvislosti s touto změnou může v dnešní době docházet k deklasování subjektivního vnímání rodiny a péče o potomstvo na úroveň přítleže v osobním a kariéřním životě a změně nazírání na tradiční hodnoty. Dalším novodobým trendem mladých lidí v produktivním věku je žít o samotě (tzv. „singles“), cestovat, bavit se a neustále se vzdělávat. Od založení rodiny je odrazují i ekonomické faktory, například finanční nedostupnost bydlení pro mladé lidi a finanční náročnost péče o děti atd.

Česká republika (ČR) se zatím řadí mezi jednu z relativně mladých zemí Evropské unie, avšak tato situace se začíná rychle měnit – populace ČR se stane během několika desítek let jednou z nejstarších (Holmerová, 2007). Seniorů přibývá nejen absolutně, narůstá i jejich procentuální zastoupení v populaci. Například věku 65 let se dnes dožívá 88 % žen a 75 % mužů (Lužný a Ivanová, 2010). V ČR byla věková skupina 65 a více let v roce 2011 zastoupena v 15,5 % (ČSÚ, 2012) – viz **Graf 2**.

Graf 2. Procentuální zastoupení populace 65 + v Evropě (2011)



Zdroj: ČSÚ a Eurostat, 2012

Holmerová (2013) na americkém modelu upozorňuje, že u generace tzv. „baby-boomers“, tedy lidí narozených během ekonomické prosperity po druhé světové válce (ročníky 1946–1964), nyní nastává generační změna. Předchozí, a do značné míry i současná, generace seniorů byla zvyklá na paternalistický přístup lékařů. K lékařům chovala úctu a důvěřovala jejich řešením, avšak generace lidí narozených těsně po druhé světové válce prožila velkou část svého dospělého života již v době demokratického vývoje naší společnosti. Změna nastává v tom, že lidé této generace jsou zvyklí a umějí

lépe prosazovat svá přání a své zájmy, jsou celkově náročnější a kritičtější. Tento postoj se dá očekávat i ve vztahu ke zdravotnictví. Kromě požadavků na kvalitu vlastní péče budou mít také větší nároky i na aspekty ne ryze medicínského charakteru. Vstřícnost celého zdravotnického systému bude vnímána i skrze úroveň komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem.

Pro nás zdravotníky to znamená, že musíme být schopni čím dál více pracovat s nemocnými ve vysokém věku, respektovat jejich odlišnosti a reflektovat jejich specifické potřeby týkající se zdravotní péče. Holmerová (2007) dále tvrdí, že s problematikou stáří ze všech aspektů, včetně aspektu zdravotního by měli být seznámeni všichni ti, kteří se ve výkonu své profese se starými lidmi budou setkávat.

2.1.2 Ageismus

S problematikou stárnutí populace jde ruku v ruce i problematika ageismu. Termín ageismus je odvozen od anglického slova age – tedy věk, nebo stáří. Toto slovo má v současnosti záporný náboj – představuje předsudky a negativní představy společnosti o seniorech. V praxi se projevuje jako stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří. Staří lidé jsou považováni za senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. Projevem ageismu je vyřazování starších lidí z různých aktivit, z činností, které vyžadují velkou odpovědnost a pozornost. Týká se mimo jiné i pracovní oblasti, kdy jsou starší lidé vyřazováni z vedoucích a nadřízených pozic v mylné představě, že se nebudou schopni kvalifikovaně rozhodovat a adekvátně jednat (Malíková, 2011).

Ageismus postihuje ve velké míře i sféru zdravotnictví. Ve zdravotní péči může znamenat velký problém, protože přímo ovlivňuje pacienta, snižuje jeho sebedůvěru a ohrožuje jeho autonomii. U seniorů může dojít ke ztotožnění se s ageistickými postoji, a tím k převzetí pasivní a závislé role. Mezi nejčastější projevy ageismu v ošetrovatelství patří: omezení diagnosticko-terapeutické péče, inhibice léčebných postupů, ovlivňování v rozhodování o následné péči, nereálné hodnocení schopností seniora, neadekvátní sociální interakce (devalvace, elderspeak – eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi), infantilizace v jednání a chování (používání zdvořilých slov, čtení pohádek), infantilizace prostředí (naivní dětská výzdoba), nesprávná identifikace potřeb, nejistota při poskytování péče, nedostatečná organizace ošetrovatelských činností, nenavazování ošetrovatelských intervencí v rámci multidisciplinárního týmu, omezení komunikace v

týmu, nerespektování a neakceptování informací od blízkých, kognitivní a emocionální manipulace (Pokorná, 2010).

V ústavní péči, především v dlouhodobé, může dokonce docházet k vystupňovanému jevu, který se nazývá elder abuse. Jedná se o závažný a samostatný problém. Týká se nevhodného zacházení, zanedbávání, zneužívání a někdy až týrání starších lidí. Podstatou je nepochopení povahy geriatrické křehkosti – míry zranitelnosti bezbranného geriatrického pacienta, režimových potřeb křehkých geriatrických pacientů. Tím dochází k nepřizpůsobení přístupů jejich limitacím a rizikům. Jedná se o nepřátelský a nebezpečný přístup, který geriatrickým pacientům přináší strádání a špatnou prognózu. Může jít o navozování imobilizačního syndromu či naopak násilné hrubé aktivizování, o indikování a nebezpečně sedativní zvládnutí delirantních stavů, nadměrné omezování, nechránění důstojnosti a autonomie apod. (Kalvach a kol., 2008).

Elder abuse se nejvíce týká pacientů s demencí, s fatickými poruchami a trvale upoutaných na lůžku apod. Osamělost značné části pacientů, kteří nemají svého ochránce a nemožnost pacientů zařízení opustit dočasně, či trvale riziko tohoto jevu ještě zvyšují. Dalším důvodem, proč k elder abuse dochází, je i přetížení a syndrom vyhoření u zdravotnického personálu, nedostatečná edukace personálu o povaze rizik pro křehké pacienty a nedostatečná kontrola kvality péče a výskytu nevhodného zacházení (Kalvach a kol., 2008).

2.1.3 Definice stáří

Definic stáří je mnoho (Roebuck, 1979). Stáří celkem výstižně a ve shodě s mnoha dalšími autory definuje Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation – WHO): „*stařecký věk, neboli senescence, je obdobím života, kdy se poškození fyzických, či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (IN: Haškovcová, 2010, s. 20).

Pacovský a Heřmanová (1981, s. 57) definují stárnutí a stáří „*jako specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.*“ Definic stáří je v literatuře mnoho, ale příčiny stárnutí a stáří nejsou stále podle Mühlpachra a Staníčka

(2001) uspokojivě vysvětleny. Mühlpachr (2005) vidí seniorskou populaci jako velmi heterogenní – závisí od jedinečnosti osobnosti, různé míry involučních změn, individuálních zkušeností, životního způsobu, hodnotového systému a sociálního zázemí. Tato populace je nestálá a vyvíjí se (tzv. gerontogeneze), vzhledem k demografickým dispozicím v ní typicky převažují ženy. Autor dále rozlišuje 3 druhy stáří: biologické, sociální a kalendářní stáří.

V klinické praxi má největší význam právě stáří kalendářní. Holmerová (2007) udává, že z lékařského (i demografického) hlediska považujeme u nás za počátek stáří obvykle 65 let a uvádí jednotlivé etapy stáří následovně:

- 60 až 74 let – počínající stáří,
- 75 až 89 let – vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost.

Mühlpachr (2005) dělí staré lidi o něco jinak:

- 65 až 74 let – mladí senioři,
- 75 až 84 let – staří senioři,
- 85 let a více – velmi staří senioři.

Stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, ale s určitou variabilitou v typech a v rychlosti. Tato variabilita se týká fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a také společenského života (Jiráček, 2013). Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že všichni stárneme již od zrození a každý stárne „jinak“. Proces stárnutí je nesouvislý, což znamená, že v některých obdobích svého života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji. Holmerová (2007) vidí příčiny rozdílnosti průběhu stárnutí u každého člověka nejen v involučních změnách, ale i v původním funkčním stavu (kostní denzita, stav svalstva), životním stylu a podobně.

Malíková (2011) tvrdí, že období stárnutí a stáří je ve společnosti pojímáno a chápáno negativně, s obavami. Lidé očekávají problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztrátu možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti, autonomie a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Autorka tyto obavy považuje za ne zcela opodstatněné a píše, že při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsaným problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí, které může být dvojího typu. Stárnutí fyziologické probíhá

přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tedy vývoje jedince od oplození až po zánik. Druhým typem je stárnutí patologické, které se může projevovat několika různými způsoby, například předčasným stárnutím, či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se také projevuje sníženou soběstačností.

Haškovcová (2010) píše, že stáří a nemoci jsou mnohdy pokládány za synonyma. Avšak tento názor považuje za nesprávný, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Starším lidem však hrozí příchod vážných a strasti přinášejících nemocí častěji, což je důvod, proč se lidé bojí stáří. Autorka též dále vysvětluje, že nemoc výrazně zasahuje do života člověka. Mění se oblast emotivity a reaktivity a při dlouhodobé nemoci dochází nejen ke změnám v chování, ale i k defektu některých stránek osobnosti. Je běžné, že se pacient cítí nešťastný, protože ne každý člověk je schopen vyrovnat se se zdravotními obtížemi ve stáří. Někteří k tomu potřebují pomoc druhých lidí, jiní ji odmítají a realizují částečné přizpůsobení. Kalvach (2007) vnímá stáří podobně – stáří za chorobu také nepovažuje, stejně jako Malíková (2011), která uvádí jednu z definic stáří: „*Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně*“ (Mühlpachr, 2004, IN: Malíková, 2011, s. 15).

2.1.4 Geriatrie, geriatrický pacient

Péči o staré lidi se zabývá lékařský obor geriatrie. Jedná se o samostatný obor interdisciplinárního charakteru, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Geriatrie si klade za cíl optimalizaci zdravotního a funkčního stavu seniorů a snaží se o snižování chronické disability, o potlačování nemocnosti v pokročilém stáří, dále o zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu a odvrácení ztráty soběstačnosti. Středobodem pozornosti oboru geriatrie je tedy starý a stárnoucí člověk ve zdraví a především v nemoci. Geriatrie usiluje zabezpečovat péči o své pacienty prostřednictvím týmové spolupráce s vysokoškolsky vzdělanými odborníky z oborů ošetřovatelství, fyzioterapie, ergoterapie, sociální práce apod. A také spolupracuje s ostatními lékařskými obory, především s neurologií, psychiatrií, rehabilitací a praktickým lékařstvím (Holmerová, 2007). Geriatrie je v ČR samostatným lékařským oborem již od

roku 1982 a má intervenčně-preventivní charakter. Od ostatních oborů medicíny se odlišuje nejen tím, že používá specifických metod zdravotní péče, ale i šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče a akceptováním zdravotně – sociální povahy onemocnění v seniu (Topinková, 2005).

Topinková (2005) dále (v souladu s Mühlpachrem, 2005) uvádí, že populace seniorů je z hlediska zdravotního stavu velmi heterogenní. Oproti mladším generacím se vyznačuje vyšší morbiditou, vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, ale i vyšší incidencí akutních zhoršení a dekompenzací. Potíže plynule narůstají s věkem. Nemocnost ve stáří je charakteristická změnou spektra chorob, u kterých hrozí riziko přechodu do chronicity, a nemoci mají vysoký invalidizující potenciál. Velký vliv na nemocnost má sociální komponenta.

Geriatrický pacient je tedy pacient ve vyšším věku, s významnou morbiditou a hrozícími, či již přítomnými funkčními omezeními. Schuler a Oster (2010) výstižně popisují geriatrického pacienta jako křehkého člověka staršího 80 let, u kterého je nutnost péče zjevná, nebo požadovaná, může se jednat o obyvatele domova důchodců. Významnou charakteristikou je omezení základních aktivit všedního života (Activities of Daily Living – ADL), či již existující nebo hrozící. V anamnéze má charakteristické pády, může se vyskytnout i iktus v posledních 3 měsících. Postupně se u něj zhoršuje mobilita a hybnost končetin, často se objevuje delirium (pooperačně, nebo medikamentózně navozené), deprese, demence. U geriatrického pacienta většinou vážne výživa a pitný režim. Mezi další charakteristiky geriatrického pacienta patří prodloužená nepohyblivost po těžké nemoci nebo po operaci, inkontinence, chronická bolest, proleženiny a chronické rány.

Holmerová (2007) za geriatrického pacienta považuje člověka o něco mladšího, obvykle nad 70 let, u kterého je onemocnění komplikováno dalšími nemocemi, které ovlivňují nejen diagnostiku, ale i terapii a rehabilitaci. Jako další charakteristiky geriatrického pacienta uvádí: ohrožení ztrátou, či zhoršením soběstačnosti, ohrožení poruchami vědomí a typickými geriatrickými komplikacemi, kterými jsou imobilita, dehydratace a malnutrice. Důraz klade na biologické komplikace věku. Geriatrický pacient potřebuje specifický přístup, tedy specifický geriatrický režim. Autorka dále upozorňuje na to, že ne každý nemocný starý člověk je geriatrický pacient.

2.2 Nejčastější problémy ve stáří

Pohledy na nejčastější problémy, se kterými se senioři potýkají, jsou vesměs různorodé (Ouslander a Beck, 1982). Kromě zdravotních problémů (včetně psychických poruch) se opakovaně uvádějí především pojmy jako seniorská křehkost, zranitelnost (tzv. seniorská vulnerabilita), ztráta soběstačnosti a pády seniorů (Cavanaugh a Blanchard-Fields, 2014; Mechanic a Tanner, 2007; Tinetti a kol., 1988).

2.2.1 Seniorská křehkost

Kalvach (2014) vidí důvody nejzávažnějších zdravotních problémů pokročilého stáří, disability, funkčních deficitů, nesoběstačnosti atd. v tzv. geriatrické křehkosti, tedy nízké úrovni fyzické zdatnosti, odolnosti a adaptability.

Schuler a Oster (2010) vysvětlují, že křehký hned neznamená postižený. Ten, kdo je křehký, má vysoké riziko ztráty funkce. *„Křehkost je stavem se snížením funkčních rezerv. Důležité funkční rezervy jedince jsou redukovány v důsledku fyziologických i chorobných změn spojených se stářím. Je tak postižena interakce jedince s okolím. Klasickými příznaky křehkosti jsou zmatenost a pády“* (Schuler a Oster, 2010, s. 174). Též autoři dále vysvětlují, že interakce mezi jedincem a prostředím je narušena především při zvýšené zátěži a jako příklad uvádějí zmatenost při horečce, v cizím prostředí nemocnice, nebo pád při infekčním onemocnění s horečkou atd. Křehkost se týká zejména pohyblivosti, svalové síly, vytrvalosti, rovnováhy, koordinace, stavu výživy a kognitivních funkcí.

Podle Holmerové (2007) se zdravotní stav u křehkého člověka může zcela náhle a lehce „zvrtnout“, tedy dekompenzovat. Předpokladem křehkosti je celková slabost, snadná unavitelnost, zhoršená stabilita a nechutenství. Dále také rozladěnost a ztráta zájmu. Důležitým faktem ale je, že křehkost se vyskytuje i u relativně zdravých seniorů. Její podstatou je také úbytek kostní tkáně (známá je osteoporóza), jakož i svalové hmoty.

Seniorská křehkost je často ztotožňována s vulnerabilitou – obecnou seniorskou zranitelností, protože vlastní křehkost je ovlivněna celou řadou dalších faktorů, tj. nejen přímo zdravotních, ale i sociálních (Mechanic a Tanner, 2007). Proto je vždy potřeba posuzovat stav geriatrického pacienta komplexně a dobře znát jeho aktuální potřeby. Jen v tom případě je možné je uspokojit, tedy saturovat (Kalvach, 2014).

2.2.2 Ztráta soběstačnosti

„Soběstačnost je schopnost uspokojovat v daném prostředí běžné, obvyklé potřeby, zvládat obvyklé aktivity. Jde o pojem relativní, který má vždy tři složky- funkční zdatnost organismu, vůli, motivaci člověka a nároky prostředí“ (Kalvach, 2014, s. 49). „Soběstačný (samostatný) je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije. Pokud pacient vyžaduje podporu, dohled, nebo pomoc druhé osoby, hovoříme o závislosti“ (Topinková, 2005, s. 7). Nezávislost u staršího člověka znamená schopnost vykonávat aktivity denního života bez pomoci, samostatně. Závislost, je naopak, ztráta schopnosti nezávisle a samostatně jednat v běžných aktivitách denního života a zvládat své společenské role. Závislost a nezávislost je vhodné chápat jako kontinuum (Jiráček, 2013). Haškovcová (2010) považuje za příčinu ztráty soběstačnosti především dekompenzaci zdravotního stavu. Ztráta soběstačnosti znemožňuje samostatný a nezávislý život seniora v domácím prostředí. Jak uvádí Covinsky a kol. (2003) – to je hlavní příčinou, proč je nejvíce popisována právě u hospitalizovaných geriatrických pacientů.

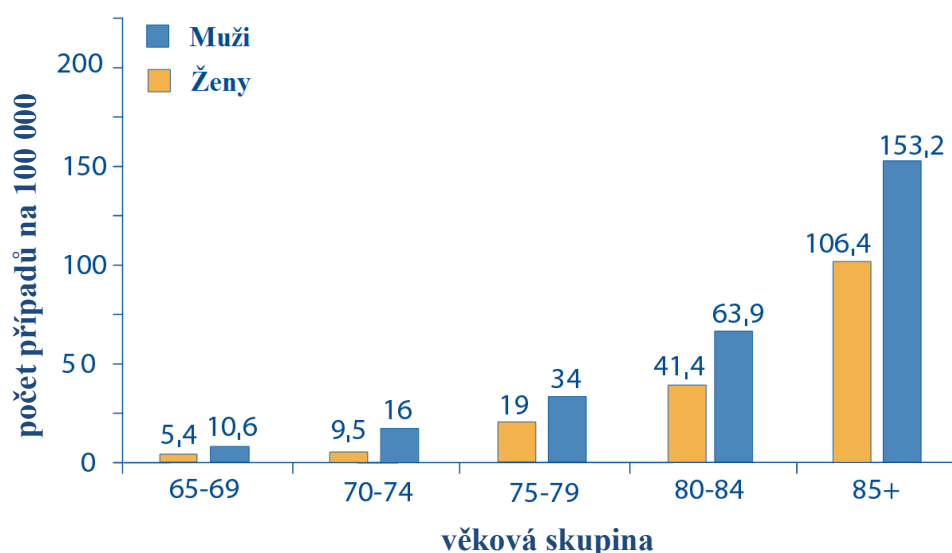
Jiráček (2013) blíže vysvětluje, že ke ztrátě nezávislosti ve stáří může docházet v souvislosti se změnami fyzickými, sociálními a psychologickými. V procesu stárnutí postupně dochází k poklesu fyzické energie a vitality, zpomaluje se reakční doba, výbavnost a také rychlost a správnost v aktivitách. I běžné úkoly v každodenním životě se stávají postupně náročnými a starší člověk se cítí unaven. Mezi hlavní příčiny postupné ztráty soběstačnosti patří jak chronické stavy spojené například s diabetem, artritidou, nemocí srdce, hypertenzí atd., ale i akutní stavy spojené s pády. Jsou to okolnosti vnitřní, pramenící z nemoci a omezující samostatnost. Ke psychologickým změnám, které vedou ke ztrátě soběstačnosti, patří zejména pokles duševního zdraví a zhoršování kognitivních, tedy poznávacích funkcí. Zhoršuje se také schopnost racionálního myšlení a schopnost činit kvalifikovaná rozhodnutí. Tyto schopnosti jsou klíčové pro zachování soběstačnosti. Stáří přináší změny i ve společenském životě. S odchodem do důchodu ztrácí starý člověk sociální síť, prestiž a nepochybně u něj dochází i k redukci příjmů. Nedostatek financí se považuje za vnější okolnost, která omezuje samostatnost. Starší lidé mají strach ze ztráty samostatnosti.

2.2.3 Pády

Velkým problémem křehkých seniorů jsou také pády a strach z pádu (Kalvach, 2014). Pády jsou ve stáří časté, jejich výskyt narůstá s věkem a jsou často podceňovány (Pidrman, 2007).

„Pád je definován jako změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí. Může být doprovázen poruchou vědomí a poraněním“ (Pidrman, 2007, s. 163). Dále uvádí, že ročně postihují pády přibližně 20–30 % osob ve věku 65–69 let a dokonce 50 % osob nad 85 let věku. Zahraniční publikace uvádějí podobnou frekvenci pádů: 28–35 % u lidí nad 65 let a 32–42 % u lidí nad 70 let (Blake a kol., 1988; Campbell a kol., 1981; Prudham a Evans, 1981). Více padají ženy (i když pády mužů mívají více fatálních následků – Stevens, 2005 – viz **Graf 3**), hospitalizovaní geriatrickí pacienti a osoby v dlouhodobé ústavní péči. K nárůstu pádů také dochází z důvodu akutních, či chronických nemocí (Pidrman, 2007). K pádům dochází i v nemocnicích, na geriatrických odděleních a je dokázané, že kdo upadl jednou, upadne znovu (Schuler a Oster, 2010) – jak uvádí Tinetti (1987), k tomu dochází až ve 40 %.

Graf 3. Míra fatálních následků pádů seniorů podle pohlaví (USA, 2001)



Zdroj: Stevens, 2005

Jako rizikové faktory pro pády uvádí Pidrman (2007) vysoký věk, poruchu chůze jakéhokoliv původu, kognitivní poruchy, zejména demence a delirium, dále nevhodně podané léky, polypragmázie (nadměrný počet chronicky užívaných léků) a alkohol. Pády připisuje zejména zhoršující se funkci senzorického systému, efektorového systému a dále

zpomalení zpracování informací v CNS. Topinková (2005) vysvětluje, že k pádům může docházet z vnitřních a ze zevních a situačních příčin. Pády z vnitřních příčin jsou způsobeny onemocněními vnitřních orgánů. Jedná se o kardiovaskulární postižení, neuromotorické poruchy, psychiatrická onemocnění, postižení pohybového systému, poruchu sluchu a vestibulárních funkcí a také poruchu vizu. Pády z vnějších a environmentálních příčin jsou způsobeny nevhodným vybavením bytu. Jedná se například o špatné osvětlení, nevhodnou, kluzkou podlahovou krytinou, špatně vybavenou koupelnu. K pádům přispívá také nevhodná obuv a oblečení, chybění vhodných opěrných pomůcek pro zlepšení bezpečnosti chůze, nebo jejich nepoužívání, používání ortézy. Část pádů vzniká při nevhodné a nebezpečné fyzické aktivitě, v dopravě, v dopravních prostředcích a také v ebrietě.

Topinková (2005) na problematiku pádů statisticky nahlíží i z pohledu traumatologa a přibližuje, že až u 10–15 % pacientů dojde v důsledku pádu k poranění měkkých tkání, které vyžaduje ošetření lékařem. U 3–5 % pacientů je pád příčinou fraktury. Holmerová (2007) dodává, že ve stáří je ale častá osteoporóza, tedy úbytek kostní tkáně, kosti jsou lámavější, častější jsou proto osteoporotické zlomeniny. Mezi nejčastější osteoporotické zlomeniny patří kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny krčku stehenní kosti a Collesova fraktura zápěstí. Topinková (2005) dále upozorňuje, že kromě zlomenin může docházet také k poranění hlavy někdy i s vážnějšími následky, například vznikem subdurálního hematomu. 1–3 % pádu si vyžaduje hospitalizaci pacienta. Starší, osaměle žijící osoby jsou častokrát nalézány po pádu ležící i delší dobu bez pomoci na zemi. Významné jsou i psychologické důsledky pádů. Pro strach z další nehody nemocný omezuje aktivitu, což může vést až k imobilitě. Holmerová (2007) také zdůrazňuje, že při zanedbání nutnosti včasné vertikalizace a mobilizace po frakturách může dojít k rozvoji imobilizačního syndromu. Rubenstein (2006) poukazuje na fakt, že komplikace pádů seniorů představují příčinu úmrtí až ve 40 %.

Pád nemusí být nutně osudovou příhodou, je však důsledkem rizikových faktorů, které je možné hodně ovlivnit a zmírnit vhodnou léčbou. Je nutné zabránit dalším pádům, snížit riziko poranění při pádu a hlavně zamezit dlouhodobé imobilitě po pádu (Schuler a Oster, 2010).

Je uváděno, že ve zdravotnickém zařízení dochází k pádům mnohem častěji, hospitalizovaní nad 65 let padají dokonce až třikrát častěji než v domácím prostředí

(Ballard a kol., 1999; Morris a kol., 1987). Podle statistických údajů padá na geriatrických odděleních až 30 % hospitalizovaných pacientů (Tibbitts, 1996). Pády u pacientů hospitalizovaných na geriatrickém oddělení mohou vést k prodloužení hospitalizace, zvyšovat riziko dalšího pádu a zvyšovat náklady na hospitalizaci. Četnost pádů ovlivňuje pověst zdravotnického zařízení a je jedním z indikátorů kvality péče (Ruckstuhl a kol., 1991).

2.2.4 Zdravotní problémy ve stáří

Holmerová (2007) píše, že staří nemocní většinou trpí polymorbiditou, tedy přítomností několika nemocí najednou. Tyto nemoci se prolínají a ovlivňují, někdy se mluví o tzv. dominovém efektu. Dominový efekt znamená, že některá z nemocí způsobí i zhoršení ostatních a třeba toho času „spících“ nemocí. S polymorbiditou jde ruku v ruce i polypragmazie.

Obecně se vyskytuje tendence k delšímu stonání. Tam, kde se mladší člověk uzdraví „za týden“, potřebuje senior „měsíc“. Výrazný a častý je také přechod stávající nemoci do chronicity. Ze somatických, tedy tělesných obtíží, považují lékaři za nejčastější: poruchy spánku – insomnií, tj. nespavost, inkontinenci, tj. únik moči, pomočování a také imobilitu, či už sníženou, nebo ztracenou pohyblivost (Holmerová, 2007).

Topinková (2005) píše, že s věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní onemocnění (osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby a postižení), orgánová postižení se kombinují a jsou doprovázená celkovou rizikovostí seniora. Podle epidemiologických studií trpí téměř 90 % osob nad 75 let jednou, či více chronickými chorobami. Obvyklé je také jejich sdružování (již zmíněná polymorbidita). Topinková (2005) dále vyjmenovává vůbec nejčastější choroby vyššího věku. Patří mezi ně kardiovaskulární choroby (všechny formy ischemické choroby srdeční, hypertenzní nemoc, ikty), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza), metabolická onemocnění (zejména diabetes mellitus), různá gastrointestinální a respirační onemocnění.

2.2.5 *Psychické poruchy ve stáří*

Jiráček (2013) vysvětluje, že v populaci vyšší věkové kategorie se vyskytují nejčastěji tři psychické poruchy – demence a mírné poruchy kognitivních funkcí, deliria a deprese. Tyto psychické poruchy jsou podmíněny organickými změnami mozkové tkáně, dále somatickými faktory, včetně iatropatogenních efektů, ke kterým patří zmíněná polypragmatie. Vliv na vznik psychické poruchy ve stáří mají i psychosociální faktory typické pro stáří, kterými jsou ztráta partnera, osamělé žití, ztráta společenské prestiže atd.

Kromě výše zmiňovaných se u starších pacientů vyskytují i psychické poruchy, které přetrvávají ze středního věku, nebo vznikají na podkladě závislosti na alkoholu a na některých léčivech. Jsou to například schizofrenie, poruchy s bludy, organické psychotické poruchy, bipolární afektivní porucha, organická úzkostná porucha, organická afektivní labilita, nepřiměřená reakce na stres, organická disociativní porucha a organické poruchy spánku. Přehled ukazuje, že většinové zastoupení mají organicky podmíněné psychické poruchy, tedy ty, u kterých je hlavní etiologický činitel organické poškození mozku poruchy a poruchy psychiky na podkladě systémových onemocnění postihujících také mozek, intoxikací, infekcí apod. (Jiráček, 2013).

Demence

Stěžejním rozdílem v péči o geriatrické pacienty a o pacienty mladší je zvýšený výskyt různých forem demence. Demence jsou považovány za závažné psychické poruchy, kterých důsledkem jsou nejen poruchy kognitivních funkcí, ale i poruchy behaviorální a psychologické, například poruchy chování, emotivity a spánku. Jde o progresivní poruchu s podstatným zhoršováním soběstačnosti nemocného (Jiráček, 2013). Kalvach (2014) zařazuje demenci ke „dnes demonizovaným“ zdravotním problémům stáří a tvrdí, že nejde o jednu chorobu, ale o soubor různých příčin. K nejčastějším z nich patří Alzheimerova nemoc a ateroskleróza mozkových tepen. Má také spektrum příznaků, které se mění na základě příčin a pokročilosti onemocnění. Jde zejména o poruchy paměti, jindy tzv. dysexekutivní syndrom, poruchy zvládnutí různých činností. V pokročilých stádiích se mohou objevit poruchy chování, poruchy orientace v prostoru s blouděním a postupná ztráta soběstačnosti. Pidrman (2007) řadí symptomy demence do tří skupin. První skupinou je narušení kognitivních funkcí, tedy narušení intelektu, paměti a osobnosti, další skupinou je narušení ADL a poslední skupinou jsou poruchy chování.

Odhadovaný počet lidí trpících demencí v ČR je 150 000 až 200 000, z toho až 75 000 až 120 000 tvoří pacienti s Alzheimerovou nemocí. Je uváděno, že v seniorském věku trpí až 50 % pacientů právě Alzheimerovou demencí (Jiráček, 2013). Holmerová (2011) udává, že až 30 % lidí starších 80 let může trpět kognitivní poruchou či syndromem demence. Demence mají obvykle progredientní průběh a obtíže se s věkem postupně zhoršují (Teri a kol., 1988).

Mezi základní příznaky syndromu demence řadí Jiráček (2013) poruchy paměti, deteriorace intelektu, poruchy orientace, poruchy soudnosti a abstraktního myšlení, poruchy chápání, poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií apod., poruchy pozornosti a motivace. V různém stupni se pak vyskytují následující poruchy: chování (kupř. zmatenost, nespavost, agresivita, smutek, dezorientace), emotivity, osobnosti (degradace). Jako podmínky pro diagnostikování demence, které musí být splněny, dále též autor uvádí následující: u pacienta není přítomná kvalitativní porucha vědomí (deliria), porucha není způsobená depresí, úbytek kognitivních funkcí je tak silný, že interferuje se sociálními a/nebo pracovními funkcemi, je přítomná porucha abstraktního myšlení, a/nebo porucha soudnosti, a/nebo jiné poruchy vyšších korových funkcí. Dále je potřeba mít důkaz organického etiologického faktoru (Lipowski, 1989).

Počáteční stadium nemoci bývá někdy přehlíženo a je rodinou a přáteli často považováno za první příznaky stárnutí. Mezi první příznaky onemocnění patří horší vyjadřování, hledání slov, zhoršení krátkodobé paměti a orientace v čase a v prostoru. Může se objevit ztráta iniciativy, motivace a zájmu o koníčky a oblíbené činnosti. Nemocný je depresivně laděný, apatický, úzkostný, nebo i agresivní (Holmerová, 2014). Je to fáze, ve které se většinou stanovuje diagnóza. U Alzheimerovy nemoci dochází zejména o postižení paměti a poruchu učení se novým věcem (Jiráček, 2013).

Střední stupeň demence je charakteristický zvýrazněním potíží, které zhoršují výkon běžných denních činností. Zhoršuje se soběstačnost nejprve ve složitějších a poté už i v jednoduchých úkonech ADL. Nemocný si přestává pamatovat jména druhých lidí a recentní události, potřebuje trvalý dohled (Holmerová a kol., 2014). V tomto stádiu nemocný ztrácí soběstačnost v širším okruhu aktivit a přestává být schopen samostatně bydlet, stadium je často spojeno s rozvojem poruch chování. Patří mezi ně agitovanost a psychotické symptomy. V případě nezvládnutelnosti poruch je vhodná psychiatrická

intervence. Střední stupeň demence je typický rozvojem poruch širšího okruhu kognitivních funkcí (Jiráček, 2013).

Těžký stupeň demence, pozdní stadium onemocnění, znamená ztrátu soběstačnosti i uspokojování základních potřeb a zvyšují se nároky na ošetrovatelskou péči. V tomto stadiu již člověk není schopen vyjádřit své potíže, či potřeby, proto je nutné cíleně zjišťovat, jestli pacient nemá např. bolesti a diskomfort (Jiráček, 2013). V pozdním stadiu již následkem nepříznivého psychického stavu nepoznává své příbuzné, přátele a ani známé předměty. Dochází ke zhoršení fyzického stavu, nemocný obtížně polyká, neudrží moč a má problémy s hybností. Mnohdy dochází k upoutání na lůžko. Pokud je mobilní, často bloudí. Nemocný ale ještě stále dokáže pociťovat radost z určitých činností, pozorovat je, vnímat vlídné chování, pocit čistoty a pohodlí a další zdánlivé drobnosti (Holmerová a kol., 2014).

V terminální fázi dochází ještě k výraznějšímu zhoršení komunikace. Zhoršuje se také hybnost a tělo se zpravidla skrčí – může docházet ke vzniku svalových kontraktur. Nemocný postupně hubne, dochází ke kachektizaci. Moč i stolice odcházejí již zcela spontánně a nekontrolovaně. Prohlubují se také obtíže při polykání, které vyvrcholí v neschopnosti polykat. V této fázi má význam mírnění příznaků, které by mohly být trýznivé. Je důležité mít však na vědomí, že tento stav již není léčitelný (Holmerová a kol., 2014).

Holmerová (2011) dále zdůrazňuje, že v komunikaci s člověkem se syndromem demence je potřeba nejdříve zjistit pokročilost demence, zjistit, čemu pacient rozumí a čemu nikoliv. Zajímavým faktem, který autorka uvádí, je že i pacienti v rozvinutých a pokročilých fázích demence jsou schopni mnoha skutečnostem rozumět a jsou schopni rozlišit situace příjemné a naopak, nepříjemné.

Delirium

Jiráček (2013) vysvětluje, že u demencí se často komorbidně vyskytují deliria, která mohou mít podobný klinický obraz.

Delirium je podle Schulera a Oстера (2010) častým syndromem u hospitalizovaných geriatrických pacientů a jeho prevalence u těchto pacientů nad 80 let se pohybuje v rozmezí 30 – 60 %. Pro delirium je typická snížená úroveň vědomí s poruchou pozornosti,

kognitivní porucha, psychomotorická porucha, porucha rytmu spánku a bdění, náhlý začátek a střídání příznaků během dne. Mezi příčiny deliria jsou považovány demence, infekce, horečka, dehydratace, poruchy elektrolytové, cévní mozková příhoda, mozková hypoxie, metabolické poruchy, odnětí alkoholu, nebo benzodiazepinů (abstinence), operace a léky. Dalšími rizikovými faktory jsou vysoký věk, porucha sluchu, špatné vidění, změna místa, malnutrice, bolesti a funkční omezení. Velká metaanalýza Wiltoxe a kol. (2010) prokázala v obecném pohledu špatné léčebné výsledky u nemocných s projevy deliria za hospitalizace po jejich propuštění do domácí péče. I přes velký klinický význam deliria – tento stav není často zjištěn nebo je špatně diagnostikován jako demence nebo jiné psychiatrické onemocnění (Cole, 2004).

Franková (2007) popisuje léčbu deliria ve třech krocích. Léčebně – preventivní opatření, identifikace a léčba vyvolávající příčiny a jako poslední symptomatologická léčba deliria. První z nich slouží jako prevence vzniku deliria u rizikových nemocných, je pečováno o celkový zdravotní stav, hydrataci, výživu, součástí je také aktivizace a mobilizace hybnosti. Kauzální léčba je cílená léčba základního onemocnění. K symptomatologické léčbě, farmakoterapii se přistupuje pouze u agitovaného, psychotického, nespolupracujícího nemocného. Používají se antipsychotika a benzodiazepiny. Topinková (2005) uvádí, že k farmakologické léčbě symptomů deliria se přistupuje jen při selhání nefarmakologických, je-li pacient nadměrně agitovaný nebo agresivní, nebezpečný sobě nebo ohrožuje okolí. Zdůrazňuje podávání co nejnižších dávek léků, co nejkratší dobu, obvykle pouze do ústupu deliria. Topinková připisuje důležitý význam obecným podpůrným opatřením, jež součástí je nekonfliktní přístup, přiměřená stimulace, pravidelný režim a reorientační techniky, ale také zabránění poranění a zvýšený dohled. Zároveň zdůrazňuje, že kurtování a fyzické omezování prohlubuje delirium a zvyšuje riziko úrazu.

2.3 Problémové chování ve stáří

Problémové chování je takové chování, jehož míra, rozsah a intenzita neodpovídají dané situaci a při němž nemocný ohrožuje sebe a své okolí. Jako problémové chování jsou hodnoceny především následující projevy: agrese a násilí, ničení majetku, pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu, verbální napadení, výhrůžky, pokřikování, vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti, chování bez sexuálních zábran, krádeže, žalování na druhé,

zneužívání návykových látek, časté vyžadování pozornosti ze strany personálu, plivání, rozmazávání exkrementů nebo jejich strkání do kapes, zastrašování atd. (Malíková, 2011).

Poruchy chování ve stáří jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) a zahrnují široké spektrum patologických symptomů: paranoidní ladění a myšlení, výskyt bludů a halucinací, poruchy v běžných činnostech, agitovanost a agresivita, poruchy rytmu spánků – bdění, změny nálad, například mánie, úzkosti a fobie. Lze je rozdělit do dvou skupin: behaviorální symptomy a psychologické (psychiatrické) symptomy (Pidrman, 2007). Jiráček (2013) dělí nepřiměřené chování u pacientů s demencí do několika skupin. Jedná se o neagresivní chování, které se projevuje například neustálým přecházením, nepřiměřeným dotýkáním se někoho, snahou opustit oddělení nemocnice, opakováním neúčelových pohybů a jednoduchých úkonů, z verbálních projevů se může jednat o stálé pokládání tytéž otázky, opakování určitých frází, v těžkých stádiích může pacient vydávat neartikulované zvuky a skřeky. Další skupinou tohoto chování je verbálně agresivní chování. Projevuje se nadáváním, klením, vyhrožováním, ječením apod. Agresivní chování může být i fyzicky (brachiálně) agresivní, kdy pacient někoho strká, kope, bije, může být agresivní vůči věcem, které ničí. Někdy je pacient agresivní jen v situacích, kdy je nucen k určité aktivitě.

Poruchy chování se začínají objevovat ve věku 65 let, kdy se vyskytují až u 10 % osob. Problémem se stávají v případě, že brání sociálnímu zařazení seniora, vyčleňují ho ze společenských aktivit, ohrožují nemocného, nebo jeho okolí, vyžadují stálý dohled či péči a vedou k vyčerpání pečovatelů atd. (Čupka, 2010). Studie ukazují, že až 75 % nemocných demencí je podezřívavých, 40 % trpí bludem, že jsou okrádání. Z halucinací se nejvíce objevují zrakové a vyskytují se u méně než 25 % nemocných. Vlastní poruchy chování, agitovanost a agresivita se vyskytují ve středním stadiu a na pomezí středního a těžkého stadia demence. V tomto stadiu se dá předpokládat agitované až agresivní chování až v 80 % případů. Poruchy spánku se vyskytují u 50 % nemocných a zahrnují spánkovou inverzi, nespavost a noční bloudění. U těchto pacientů se často objevují i poruchy nálad, zejména v časnějších stádiích demence, dále depresivní ladění a mohou se objevit i suicidální myšlenky. S depresí je nutno počítat až u 30–40 % nemocných demencí. Úzkosti a fobie se objevují přibližně u poloviny a pacientů a nejvíce ve středním stadiu onemocnění. Více než 40 % těchto nemocných se bojí, že zůstanou osamoceni (Flint, 2005; Mulsant a Ganguli, 1998; Pidrman, 2007; Schoevers a kol., 2005).

Poruchy chování jsou nejvíc stresující pro příbuzné a pečovatele nemocného s demencí a ve skutečnosti znamenají pro pacienty, příbuzné a ošetřující personál ještě větší stres než postižení intelektu a ztráta soběstačnosti. Zároveň prohlubují vnímání deficitu nemocného a často vedou k umístění nemocného do některé z institucí (Čupka, 2010). Byla zjištěna spojitost poruch chování s agresivitou ošetřovatelského personálu vůči seniorům a podle Pidrmána (2007) to souvisí s frustrací, kterou trpí ošetřovatelé, když dochází k rozvíjení těchto poruch i přes jejich zvýšenou péči. Dobrou zprávou je fakt, že tyto poruchy jsou do určité míry léčitelné. Jiráček (2013) upozorňuje, že při problémovém chování u seniorů s demencí je vždy nutné hledat příčiny tohoto stavu. Může se jednat o tělesné onemocnění, vliv léků, psychickou poruchu, diskomfort atd. Dále říká, že agitovanost ve smyslu neagresivního chronického neklidu, stereotypních neúčelových pohybů, nebo verbálních projevů, je často behaviorálním projevem úzkosti.

2.3.1 Behaviorální symptomy

Jedním z nejčastějších příznaků behaviorálních symptomů u demence, který stresuje rodinu, pečovatele a ošetřovatelský personál v nemocnicích, či jiných zařízeních, je bloudění. Je pro pacienta potencionálně nebezpečné, jelikož se může ztratit, případně zranit. Většinou se jedná o bloudění bezcílné a jeho incidence je největší v noci. S tímto příznakem se setkáváme až v polovině všech případů. Jde o projev dezorientace zvláště v prostředí, které je postiženému neznámé. Příčinou bloudění jsou poruchy paměti, kdy si pacient neumí vzpomenout na to, kde a proč se nachází. Jednou z dalších příčin může být i separační úzkost – pacient bloudí proto, že hledá pomoc, vhodnější místo, nebo někoho a něco, co v danou chvíli považuje za mimořádně nutné. Noční bloudění souvisí i se spánkovou inverzí. Spánková inverze je často zapříčiněna a podporována tím, že pacient přes den není dostatečně zaměstnán, stimulován a motivován, večer se nedostavuje přirozená únava. Příčinou bloudění může být osamocení, úzkost, tělesné nemoci, zejména bolesti, žízeň, hlad ale i nevhodně podané léky, většinou psychofarmaka (Pidrman, 2007).

Další z behaviorálních symptomů je agitovanost, či agresivita. Vliv tady má i premorbidní osobnost pacienta, jeho sociální vztahy a sociální zázemí. U žen se vyskytuje nejčastěji verbální agresivita, bez fyzické agresivity, naopak fyzická a verbální agresivita současně převládá u mužů. Slovní agresivita je přibližně dvakrát častější než agresivita brachiální. Může být projevem úzkosti nemocného, ale také projevem obranného jednání

pacienta v situaci, kterou není zcela schopen pochopit, nebo plně akceptovat. Jednou z možností je i reakce na zvýšenou kontrolu personálu (Pidrman, 2007).

2.3.2 *Psychologické symptomy*

Mezi psychologické (psychiatrické) příznaky patří zejména elementární psychotické příznaky, tedy jednotlivé bludy a halucinace, a dále komplexní psychotické symptomy, tedy kombinaci více psychotických symptomů. Psychotické příznaky postihují až jednu třetinu nemocných a bludy se vyskytují častěji než halucinace. Halucinace jsou spíše zrakové nežli sluchové. V případě akutního rozvoje halucinací se může jednat i o rozvoj delirantního stavu, vedlejší účinky podaných léků, ale i o výsledek abstinčních příznaků, většinou spojených s abúzem alkoholu. Výskyt bludů se uvádí v rozmezí 10 – 75 % případů pacientů s demencí. A popisují se zejména tři okruhy bludného myšlení. První se týká přesvědčení, že je jedinec okrádán. To opět souvisí s poruchou kognitivních funkcí, resp. paměti, kdy se demenční pacienti nemohou rozpomenout, kam uložili některé věci a nejsnadnějším vysvětlením je krádež. Táto závažná porucha má rovněž svůj biologický podklad, nelze ji tak odůvodňovat pouze psychicky. Další blud, který se u pacientů s demencí vyskytuje, je ten, že příbuzní, nebo pečovatelé chtějí nemocného zlikvidovat. Dále má nemocný pocit, že je opuštěn a že se o něj příbuzní nestarají. Časté jsou i bludy z oblasti sexuální (Pidrman, 2007).

Mezi poruchy chování ve stáří se řadí i poruchy nálady. Poruchy nálady se vyskytují ve všech stádiích demence až u 50 % všech nemocných demencí a jsou poměrně časté v již počátcích onemocnění. Mezi poruchy nálady patří deprese, úzkost, fobie, někdy mánie, respektive tupá elace nálady. Depresivní pacient bývá nenápadný, velmi málo si spontánně stěžuje. Za signifikantní symptomy deprese ve vyšším věku jsou považovány zejména smutek, ztráta zájmu, sebelítost a únava, ztráta zájmu o jídlo, která se někdy projeví i ztrátou hmotnosti. Dochází k narušení cirkadiálního rytmu spojeným se zhoršením spánku a s nočním blouděním. Úzkost se vyskytuje provázená významnou agitovaností (Pidrman, 2007).

Další poruchou, která úzce souvisí s poruchami chování ve stáří, je porucha spánku. Zejména insomnie je jedním z největších problémů seniorů. Za insomnií je považován subjektivně vnímaný relativní úbytek kvality nebo délky spánku. Tato porucha se vyskytuje u více než 30 % seniorů (Pidrman, 2007), někteří autoři uvádějí výskyt až u 50

% (Crowley, 2011). Nejčastějším důsledkem insomnie je snížená fyzická a psychická aktivita, ztráta výkonnosti i kvality života. Hlavním problémem u poruch spánku ve stáří je zejména změna cirkadiálního rytmu. To znamená narušení rytmu spánek – bdění. Tento psychopatologický faktor významně zhoršuje komfort nemocného i jeho okolí. Nemocný přes den pospává a v noci bdí. Snížení potřeby spánku je u seniorů záležitostí zcela fyziologickou, avšak je možné identifikovat několik symptomů, které poukazují na počínající patologii. Patří mezi ně tendence nemocného uléhat do postele dříve, než byl jedinec zvyklý, prodloužení doby v posteli, než usne, častější noční buzení, ranní buzení a ranní vstávání, mikrospánky během dne a ulehávání během dne (Pidrman, 2007). Vždy je ale potřebné srozumitelně odlišit nerealistická očekávání mnoha seniorů o kvantitě a kvalitě jejich spánku, kterými disponovali v mladším věku (Mullan a kol., 1994).

Jiráček (2013) vysvětluje, že největší dispozice k výskytu behaviorálních a psychologických příznaků demence mají zejména pacienti, kteří trpí sensorickým deficitem, zejména hluchotou, prožívají reálné negativní životní události, mají poruchy v komunikaci, trpí například fatickými poruchami, prožívají somatický diskomfort, například tím, že trpí bolestí. Dále se poruchy chování vyskytují u dehydratovaných pacientů, u pacientů, kteří trpí zánětem nebo hypoxií, například při kardiální insuficienci, anémii apod. Nevhodná medikace může způsobit chronickou intoxikaci, u které je také vysoké riziko vzniku poruch chování. Podobně na pacienty působí i fyzické omezení, které má spíše tendence. Nepřiměřené chování u pacientů s demencí zhoršovat a zvyrazňovat u nich neklid.

Při léčbě behaviorálních a psychologických poruch se podle Jiráčka a Laňkové (2007) postupuje u všech typů demence stejně. Prvním krokem je vyhledání podmiňující příčiny v prostředí pacienta (hlučnost, chaos, neuspořádanost, fyzikální faktory prostředí). Dalším krokem je nefarmakologická léčba, která obnáší změnu prostředí a přístupu okolí, dostatečná hydratace a alimentace. Poslední možností je farmakologická léčba, při které se používají látky ze skupiny antipsychotik (neuroleptik).

2.4 Omezovací prostředky ve zdravotnickém zařízení

Omezovacím prostředkem je podle Juráskové (2007) jakýkoliv způsob fyzicky omezující svobodu pohybu, fyzické aktivity, nebo normální přístup k tělu osoby. Lužný (2010) píše: „*Omezovací prostředky znamenají aplikování mechanických prostředků, a to*

z důvodu ochrany pacienta samotného, či jeho okolí před nebezpečím plynoucím z jeho aktuální duševní poruchy.“ Clarke a Bright (2002) chápou definici omezovacího prostředku ještě přísněji – jako cokoliv, co narušuje nebo zastavuje pacienta v tom, co se zdá, chce dělat. Niemeijer a kol. (2011) považují za omezení dokonce i prostředek pouze verbální.

2.4.1 Právní úprava

Používání omezovacích prostředků u nás upravuje § 39 Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zdravotnická zařízení tento zákon implementují do svých pracovních postupů a směrnic. Účelem je nastavit správné používání omezovacích prostředků a zamezení jejich zneužívání a zároveň předejít případným soudním sporům. Používání omezovacích prostředků vždy indikuje lékař, jen jako krajní řešení situace a jen na dobu nezbytně nutnou.

2.4.2 Druhy omezovacích prostředků

Existují různá dělení omezovacích prostředků. Zákon č. 372/2011 § 39 v odstavci (1) rozlišuje následující možnosti omezení volného pohybu pacienta:

- Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem.
- Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty.
- Umístnění pacienta v síťovém lůžku.
- Umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu.
- Ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta.
- Psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy.
- Kombinaci prostředků výše uvedených.

Organizace Alzheimer Europe (organizace sdružující 34 evropských alzheimerovských společností – včetně České alzheimerovské společnosti; se sídlem v Lucemburku) vydalo v tzv. Madridském plánu (2007) doporučení k použití omezovacích

prostředků v péči o pacienty s demencí. V rámci těchto doporučení dělí omezovací prostředky následovně:

- Mechanické omezení. *Jedná se o používání speciálního nábytku, oblečení či dalších pomůcek, které mohou omezit pohyb v prostoru: může jít například o zvláštní židle se zvedacími podnožkami, kurty a pásy, rukavice, postranice, bezpečné spací pytle a podobně.*
- Fyzické omezování. *Účelem je pomocí rukou zabránit, aby pacient učinil pohyb, který by jej mohl ohrozit.*
- Zamykání dveří. *Pacienti s demencí nemohou být v žádném případě zamykáni v jedné místnosti.*
- Elektronické dohlížecí systémy. *Elektronické zařízení na hranicích prostoru pro pacienty s demencí, které signalizuje, že se přiblížil (nebo například prošel dveřmi) pacient, na jehož oděvu či náramku je umístěno speciální zařízení vyvolávající alarm. Obdobná zařízení se mohou používat také k lokalizaci zbloudivších pacientů.*
- Dohled prostřednictvím videa. *Sledování určitých prostor prostřednictvím videokamer. Mělo by se jednat zejména o chodby a společné prostory a pouze v některých výjimečných případech i o soukromé prostory pacientů.*
- Pasivní alarmy. *Jedná se užití podložek pod matracemi, infračervených čidel a zvukových monitorů k detekci pohybu osoby v prostoru.*
- Medikace jako omezovací prostředek. *Jedná se o užívání léků se sedativním a trankvilizujícím účinkem pro pouhé zmírnění neklidu či poruch chování (tedy nikoliv pro léčení příčiny této poruchy), a to zejména z toho důvodu, že chování pacienta obtěžuje ostatní, či způsobuje větší nároky na pečující.*
- Psychologické omezování. *Používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání pacientů s demencí.*

Jedno z dalších možných dělení omezovacích prostředků uvádí Gallagher (2011) a rozlišuje pět typů omezovacích prostředků:

- Fyzické omezovací prostředky zahrnují držení pacienta, nebo jinou fyzickou intervenci, která má zabránit pacientovi opustit určitý vymezený prostor.
- Chemické omezovací prostředky znamenají použití sedace na zklidnění neklidného pacienta.

- Mechanické omezovací prostředky jsou zábrany/postranice na nemocničním lůžku, nebo kusy nábytku například stoly, židle, křesla umístěné tak, aby zabránili pacientovi v pohybu, opustit lůžko.
- Technologické omezovací prostředky jsou sofistikovanější formy omezení, patří mezi ně například různé alarmy, které buď brání pacientovi v pohybu, nebo jeho pohyb kontrolují.
- Psychologické způsoby omezení pacienta spočívají ve zbavení ho výběru, nebo v zákazu něco dělat, v nastavení pravidel a limitů v činnostech, které vykonává. Jedná se například o čas, kdy musí být v posteli. I to zbavuje člověka určité svobody. I například to, nechat pacienty oblečené celodenně v pyžamu, neumožnit jim obléci se do oblečení určeného na pohyb venku, zabránit jim v používání opěrné pomůcky, neumožnit jim používání opěrné pomůcky.

Švarc (2008) za omezovací prostředky považuje: mechanické omezení, fyzické omezení, izolaci a ochranná lůžka a dále uvádí, že v poslední době se k tomu přidružují pojmy jako nucená medikace a nedobrovolná hospitalizace.

Holmerová a kol. (2006) připomínají, že mezi omezovací prostředky řadíme i neadekvátní medikaci, která vede k utlumení pacienta (zejména neuroleptika), elektronické dohlížecí systémy a videosystémy, které narušují soukromí pacientů s demencí. Dále upozorňují na to, že za fyzické omezovací prostředky musíme považovat i zábrany na lůžku. Jednostranná zábrana, pokud si ji pacient přeje, má sloužit ke zvýšení komfortu pacienta a pocitu bezpečí. Avšak oboustrannou zábranu u mobilních pacientů bychom měli vždy považovat za omezovací prostředek. Z výše uvedených dělení je vidět velkou podobnost všech koncepcí.

2.4.3 Povinnosti, opatření a doporučení týkající se používání omezovacích prostředků

Používání omezovacích prostředků se řídí v ČR zákony. V odstavci (2) § 39 Zákona č. 372/2011 Sb. je uvedeno, že omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta, nebo jiných osob, a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití.

Odstavec (3) § 39 Zákona č. 372/2011 Sb. upravuje povinnosti poskytovatele zdravotní péče v souvislosti s omezením pacienta. Poskytovatel je povinen zajistit, aby

pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku, zákonný zástupce pacienta by o použití omezovacích prostředků by bez zbytečného odkladu byl taktéž informován a sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce. Dále je poskytovatel zdravotní péče povinen zajistit, aby byl pacient po dobu použití omezovacího prostředku pod dohledem zdravotnických pracovníků, dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta. Mezi povinnosti poskytovatele zdravotních služeb patří také zajištění toho, že použití omezovacího prostředku indikoval vždy lékař, ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen, lékař musí být o takovém použití omezovacích prostředků neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení a dále to, aby každé použití omezovacího prostředku bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Jurásková (2007) upozorňuje na to, že při použití omezovacích prostředků je nutno hlavně správně posoudit stav pacienta a dobře zvážit jejich použití. Důležitá je volba nejvhodnějšího omezovacího prostředku – mechanického, farmakologického, atd. Při použití omezovacího prostředku je potřebné dodržet právní rámec použití omezovacích prostředků a dodržet kritéria pro jejich použití. Zhodnocení pacienta se odvíjí od míry rizika poškození zdraví neklidného pacienta směrem k sobě a ke ostatním pacientům. Při použití omezovacích prostředků je nutné tento fakt řádně zdůvodnit a dokumentovat ve zdravotnické dokumentaci.

Organizace Alzheimer Europe také formulovala obecná doporučení, na která je potřeba dbát při používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí. Upozorňuje na to, že omezovací prostředky je možné používat jen tam, kde je to nezbytné nutné pro ochranu pacienta, například v situacích, kdy je z důvodu poruch chování při demenci pacient ohrožen. Použití jakýchkoli omezovacích prostředků je považováno za krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až po tom, co byly ostatní možnosti vyčerpány. Důvodem použití omezovacích prostředků nesmí být usnadnění péče, nebo pouhý neklid pacienta. Je odůvodnitelné jen v případech, kdy je riziko plynoucí z chování pacienta příliš vysoké a bez použití omezovacího prostředku by mohlo dojít ke zhoršení stavu, případně

ke vzniku újmy na zdraví. Přínos tohoto opatření musí být vyšší než možné riziko. Při rozhodování o použití omezovacích prostředků by měl podílet multidisciplinární tým vždy, kdy je to možné. V případě použití omezovacího prostředku, tedy v případě krajní nouze, je nutné alespoň se pokusit o vysvětlení pacientovi, co se děje, proč a jak dlouho bude toto opatření trvat. Je velmi důležité, aby pacient věděl, kdo u něj bude po tuto dobu přítomen a bude na něj dohlížet, a kde a jakým způsobem bude dosažitelný. Pacient v žádném případě nesmí být ponechán bez dozoru. Je nezbytné, aby alespoň jeden člen ošetřujícího personálu byl s pacientem v trvalém vizuálním, nebo verbálním kontaktu, a to po celou dobu trvání omezujícího opatření. Každý člen týmu by podle těchto doporučení měl být dostatečně zaškolen v metodách péče, které pacienty neomezují.

2.4.4 Důvody používání omezovacích prostředků

V péči o geriatrické pacienty někdy nepochybně dochází k situacím, kdy je potřebné realizovat opatření, které omezují jejich svobodu pohybu. Pacienti, u kterých je svoboda pohybu omezená prostřednictvím omezovacího prostředku, se v mnohém liší od těch, kterých se tato opatření netýkají. Jedná se o pacienty s funkčními poruchami, zhoršenou soběstačností v běžných denních činnostech, s poruchami mobility, ale hlavně s poruchami kognitivních funkcí a chování. Důležitým faktem pro závažné rozhodnutí o omezení pacienta, jsou i opakované pády v anamnéze a tedy vysoké riziko dalšího pádu, poruchy chování spojené s rizikem sebepoškození nebo poškození dalších pacientů, případně zdravotnických pracovníků (Gastmans a Milisen, 2006).

Významnou roli zde tedy hraje zřetel na bezpečnost geriatrických pacientů, kdy je potřeba vyhnout se poškození pacienta ale i zranění dalších lidí (spolupacientů, personálu), a hlavně, vyhnout se pádům (Gastmans a Milisen, 2006). Jurásková (2007) v souvislosti s pády geriatrických pacientů uvádí, že zdravotníci v mnohých případech nejsou schopni zajistit bezpečnost pacienta jiným způsobem než použitím omezovacích prostředků. U pacientů, kteří jsou nejvíce ohroženi rizikem pádu, je nutné ošetrovatelskou péči organizovat tak, aby u nich byl zabezpečen zvýšený dohled nejen přes den, ale i v noci. Zvýšený dohled je však velmi náročný na počet a také na kvalifikaci personálu. Ve zdravotnickém zařízení jsou právě neklidní a zmatení pacienti nejvíce ohroženi pádem, který může mít vážné následky.

Újmy na zdraví, kterým mají zabraňovat právě omezovací prostředky, jsou zejména tělesná zranění, například zlomenina v oblasti kyčelního kloubu z důvodu zakopnutí. To může mít u křehkého geriatrického pacienta dalekosáhlé následky. K vážným zraněním může docházet i z důvodů pádu ze židle, křesla, případně i z postele. Další rizika pádu vyplývají z dezorientace a bloudění. Někdy jsou omezovací prostředky použity i kontraproduktivně v naději, že zmírní psychické projevy (například úzkost, agitovanost, strach z pádu z postele, zmatenost), opak je občas pravdou a jejich použití tyto projevy ještě akcentují. Následky mohou být velice vážné, někdy dokonce až fatální. Aplikací omezovacích prostředků dochází ke snižování počtu těchto nehod na oddělení. Je však nutno zvážit, zda následky používání omezovacích prostředků nejsou vážnější než ty, kvůli kterým byly použity (Dodds, 1996).

Gastmans a Milisen (2006) uvádějí i další důvody, které mají vliv na rozhodnutí o použití omezovacích prostředků u geriatrických pacientů. Jedním z nich může být i nedostatek pracovní síly na geriatrickém oddělení. Omezovacích prostředků může být použito i na základě žádosti rodiny. Dalšími z motivů může být jednoduše zaužívaná rutina, nebo bohužel také negativní a paternalistický přístup ke starým lidem, strach ze soudních sporů ve věci zanedbání péče, ignorace negativních důsledků používání omezovacích prostředků na staré pacienty, nebo jen neschopnost poradit si s poruchami chování jinými způsoby.

2.4.5 Rizika spojená s používáním omezovacích prostředků, komplikace z imobility související s používáním omezovacích prostředků

Různí autoři popisují množství rizik spojených s používáním omezovacích a jejich následky rozdělují na tělesné a psychické. Mezi rizika používání omezovacích prostředků patří například vznik a zhoršení dekubitů, vznik a zhoršení kontraktur, vznik močových infekcí a infekcí dýchacích cest a dalších dechových potíží, vznik a zhoršení inkontinence, zhoršení nutričního stavu nemocného. Nelze nezmínit ani vážná poškození, jako uškrcení, nebo jiné úrazy, které vedou ke zvýšení nemocnosti a úmrtnosti (Dawkins, 1998). Gastmans a Milisen (2006) vyjmenovávají několik dalších skutečností, které se v posledních letech ukázaly jako prokazatelně rizikové v souvislosti s používáním omezovacích prostředků. Jde zejména o vznik modřin, svalové atrofie, mohou dále zapříčinit zácpu a zhoršení srdečních funkcí. V důsledku omezování pacienta v pohybu může vzniknout nebo se prohloubit závislost při vykonávání běžných denních činností.

Hrozí zde i riziko vzniku smrtelných nehod, zejména v důsledku uškrcení, úrazů mozku a závažných zlomenin, čímž se shodují s Dawkinsem (1998).

Následkem imobility u geriatrických pacientů vzniká imobilizační syndrom. Haladová (1999) definuje imobilizační syndrom jako souhrn škod, které vznikají dlouhodobým pobytem na lůžku. Patří mezi ně změny na pohybovém aparátu, změny v činnosti srdce a oběhového systému, dále hluboké žilní trombózy, omezení pohybu, ztížené dýchání, úzkost, napětí, ale i pokles mentální činnosti (Rozsypalová a kol., 1999). Velmi vážnou komplikací imobility je dekubit (proleženina). „*Je to ischemické poškození tkáně vzniklé protrahovaným působením tlaku. Postihuje kůži, podkoží i hlubší struktury*“ (Topinková, 2005, s. 28). Ke vzniku dekubitu dochází u 2–4 % hospitalizovaných pacientů a až u 10–20 % nemocných v dlouhodobé péči. Dekubity je nejčastěji postižená oblast sakra (34 %), paty (26 %), oblast nad sedací kostí (13 %), kotníky (10 %) a další oblasti nad kostními prominencemi (zátylek, lokty). Rizikovými faktory pro vznik dekubitů jsou věk, malnutrice, imobilita a neurologické poruchy motoriky a sensoriky, kontraktury, inkontinence moči a stolice, zhoršená periferní cirkulace, diabetes mellitus, stav po CMP, porucha vědomí, demence, demyelinizační syndrom, infekční onemocnění a farmaka. Léčení spojené s hojením dekubitálního vředu zvyšuje náklady na péči. A vznik dekubitálního vředu na oddělení je ukazovatelem kvality péče zdravotního zařízení. Incidence dekubitů je indikátorem kvality ošetrovatelské péče a zdravotního zařízení.

Následkem používání omezovacích prostředků dochází i k psychickým následkům, ke kterým patří zejména sensorická deprivace, poruchy chování, zmatenost, poruchy vnímání svého těla, opětovná agitovanost, útky, hněv a agitace ostatních pacientů na oddělení (Dodds, 1996). I Gastmans s Milisenem (2006) upozorňují na zhoršování agitovanosti u pacientů s demencí a prohlubování poruch chování. Dawkins (1998) mezi psychické následky používání omezovacích prostředků považuje i stavy zoufalství, pocity hněvu, nepohodlí, odpor a strach.

Tyto závažné důsledky se spíše než omezovacím prostředkům mnohdy připisují zhoršené fyzické a mentální kondici starých lidí. Starý pacient s omezenou mentální a fyzickou kapacitou bude samozřejmě více náchylný vykazovat škodlivé účinky vyplývající z používání omezovacích prostředků. Také se ukázalo, že používané prostředky nejsou až

tolik účinné v prevenci pádů a závažných úrazů, v případě, že jsou důsledkem poruch chování (Gastmans a Milisen, 2006).

Dodds (1996) shrnuje, že omezovací prostředky jsou sice používány, aby zabránily újmě na zdraví pacienta, ale naopak újmu mohou způsobit a tím jejich efektivitu zpochybňuje.

2.5 Etické aspekty používání omezovacích prostředků

2.5.1 Etika

„Etika (ethika, řecky ethos – mrav) je teorií mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce. Předmětem etiky je zkoumání zákonitosti mravního chování jednotlivců i společnosti. Mravní zásady, kterými se lidé řídí, protože je uznávají, se v průběhu času mění. Etika též tematizuje otázku, proč a za jakých okolností dochází k proměně tzv. uznávaných hodnot v jiné, rovněž akceptované“ (Haškovcová, 1994). Jako samostatný obor lidského bádání byla etika systematizována starořeckým filozofem Aristotelem. Etika je podle něj naukou o dobrých charakterových vlastnostech, tj. lidských cnostech (Kutnohorská, 2007).

Kořenek (2004) uvádí, že etika je filozofická vědní disciplína, která zkoumá morálku. Tato vědní disciplína kontinuálně analyzuje hodnoty a mechanismy regulace a tím může vést člověka k dobru. Etika však není ničím samozřejmým a úzce souvisí se socializačním procesem člověka. Etika je věda, která zkoumá mravně relevantní jednání, tedy projevuje se v ní hodnotící aspekt, který říká, o co má člověk v životě usilovat a jak se má chovat k jiným lidem. Mravně relevantní jednání v sobě zahrnuje odpovědnost v bezprostřední vazbě na svobodu volby a právě svobodná volba nám umožňuje dobrovolně spojit svůj život s okolním světem. Kutnohorská (2007) vysvětluje, že etika zkoumá, proč se člověk chová tak, či onak a předpokládá, že jsme rozumné bytosti. Svobodná a rozumná volba je nezbytnou podmínkou morální odpovědnosti. Být mravní bytostí znamená být osobou, která je schopná být mravně odpovědná za své činy. Základním problémem etiky je však to, jak víme, co je dobré a správné.

Dle Haškovcové (1994) etika ustanovuje, co je právem mravné. Avšak upozorňuje na to, že někdy se platné názory mravní přičí názorům správným. V tomto smyslu je

možné považovat etiku za normativní vědu, která vymezuje rozsah platnosti etických zákonů. Etika respektuje dilematické situace, avšak právní zákon dbá o jednoznačné postuláty. Shoda mravní normy a legislativní zákonné úpravy je takzvaná legalita.

Bioetika (bios – život, etika – mravnost) je pojem široký a je nadřazen pojmu lékařská etika. Zkoumá etické problémy nejen ve výkonu lékařské praxe, ale též ve výzkumu, a to zejména v těch oborech, které výkon lékařské praxe podmiňují (biologie, biofyzika, chemie, farmacie) (Haškovcová, 1994). Důležitost uplatňování principů bioetiky zvýrazňoval již Potter (1970), který ji nazval „vědou přežití“. Bioetika představuje doslova historický souhrn dramatických revizí profesní etiky, která původně řídila chování lékaře k pacientovi (Jonsen, 1993).

Lékařská etika se zabývá etickými problémy výlučně v lékařství. Pojem zdravotnická etika sdružuje etická dilemata celého systému zdravotnictví. Jedná se o pojem zcela odlišný pojmu lékařská etika. Etika v ošetrovatelství se zabývá etickými problémy, které vznikají při ošetrování nemocných (Haškovcová, 1994). Prakticky každodenní uplatnění etiky v rámci týmových profesí – konkrétně v geriatrické praxi – při řešení medicínských dilemat u seniorů bez porušení právních norem a povinností zdůrazňuje i Cassel a kol. (2002).

2.5.2 Základní principy etiky ve zdravotnictví

Autoři Beauchamp a Childress ve svém díle *Principles of Biomedical Ethics* rozpracovali čtyři základní principy současné lékařské i zdravotnické etiky. Poprvé bylo toto dílo zveřejněno v roce 1997, reedice byly vydány opakovaně. Tyto čtyři základní principy jsou: princip respektu k autonomii, princip neškodění, princip dobročinnosti a princip spravedlnosti (Munzarová, 2005; Beauchamp a Childress, 2001). Tyto čtyři principy lékařské etiky přispívají k řešení etických dilemat v lékařské praxi, protože snižují osobní nejistotu a představují určitý návod k řešení problémů v lékařské praxi v duchu deontologických teorií a požadavků (Kořenek, 2004).

Princip respektu k autonomii

Haškovcová (2000) vysvětluje, že každý pacient má právo na sebeurčení. Toto právo je odvozeno z obecných lidských práv a svobod a je výsledkem důrazu na důstojnost a svobodu jednotlivce. Z tohoto pravidla vyplývá, že pacient má právo na svůj názor a ten

má být zohledněn při rozhodování o každém diagnostickém i léčebném zákroku. Kutnohorská (2007) dále říká, že ctít autonomii jednotlivce znamená připustit jeho volbu podle osobních hodnot a přesvědčení. Autonomie jedince má také sociokulturní kontext včetně náboženství (Clarfield a kol., 2003).

Podle Sýkorové (2007) autonomie člověka je složitý a multidimenzionální jev dotýkající se všech rozměrů lidské existence, a to: fyzické, mentální, ekonomické a politické. Osobní svoboda souvisí s individuální svobodou, samosprávou, suverenitou a sebeovládáním. Osobní autonomie je ztotožňována se soukromím, s důstojností, integritou, individualitou a individuální odpovědností. Nositelem autonomie může být nejen osoba, ale i skupina, nebo také organizace.

Respekt k autonomii tedy znamená respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání bez zevního ovlivnění. Je to princip, který vychází z předpokladu, že každý člověk je nejlepším soudcem svých vlastních záměrů a zájmů. Je to forma svobodné aktivity, k níž jednatel směřuje způsobem svého jednání v souladu se svými plány, podle svých vlastních preferencí, přání, hodnot a ideálů. Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit svůj vlastní plán, který si člověk předsevzal (Kořenek, 2004).

Autonomie nemocného má však jen omezené možnosti, nakonec je lékař ten, kdo nese plnou právní odpovědnost za pacienta. V současné době vzniká větší prostor pro spoluúčast nemocného na rozhodování o jeho vlastním osudu v nemoci (Haškovcová, 2000). Kořenek (2004) také upozorňuje na fakt, že respektování autonomie osobnosti nemocného neznamená příkaz pro lékaře, aby se podřizoval po všech stránkách přáním nemocného. Protože je osobní autonomie široce ceněnou lidskou hodnotou, uznání její zranitelnosti v kontextu zdravotnické péče vedlo k začlenění jejího dodržování ke klíčově významným principům bioetiky (Entwistle a kol., 2010).

Bužgová (2007) tvrdí, že autonomie je také důležitou lidskou potřebou. Ve stáří je schopnost autonomie ohrožena, a to z důvodu fyzických a psychických změn. Symptomy některých nemocí mohou být příčinou omezení nebo ztráty soběstačnosti. Člověk musí splňovat několik podmínek k tomu, aby mohl být autonomní. Především sám senior musí mít schopnost sebeurčení a mít k tomu fyzické, rozumové a sociální podmínky. Musí mít dostatečnou vůli a motivaci k tomu, aby tyto schopnosti využíval, a v neposlední řadě musí

mít také vhodné prostředí k uplatnění autonomie. S omezením soběstačnosti souvisí potřeba pomoci druhých. Autonomie a závislost na pomoci druhých se však nevylučují. Senior může být fyzicky závislý a zároveň zcela autonomní. Autonomie tedy není nutně protikladem nesoběstačnosti. Autonomie může být zachována, pokud je klient aktivně zapojován do činností a je mu nabízena možnost volby. Jak uvádějí Matsui a Capezuti (2008), primárním cílem geriatrické ošetrovatelské praxe by měla být podpora nezávislosti starší osoby a respektování volby jednotlivce,

Bužgová (2007) dále vysvětluje, že schopnost autonomního jednání ovlivňují vnější a vnitřní faktory. Vnitřní faktory souvisí s poklesem tělesných a duševních funkcí ve stáří, vnější faktory s prostředím, ve kterém senior žije.

Starý člověk, s projevy křehkosti a závislosti, duševní, tělesné, sociální, ale i ekonomické, je mnohdy odsuzován k odepírání některých, či většiny aspektů autonomie. Mezi aspekty autonomie patří svobodná volba, uplatnění své svobodné vůle, soukromí, respektování individuality. Závislost na okolí je významným rizikovým faktorem, který vědomě nebo také nevědomě podporuje odebírání kompetencí stárnoucímu člověku (Lužný, Ivanová, 2010). Opakem autonomie je heteronomie. Heteronomie znamená závislost nebo podřízenost cizím pohnutkám, činitelům a zákonům. Znamená to být veden a kontrolován bez možnosti podílet se na dané situaci (Šamánková a kol., 2011). Steiner a Stewart (2009) došli na první pohled k paradoxnímu závěru, že plné vyžrání autonomie je ve skutečnosti bez heteronomie nemožné.

Kořenek (2004) připouští, že u řady pacientů je autonomie omezena. Někdy jen v krátkém časovém úseku (některá somatická či psychická onemocnění), někdy po celé stáří z důvodu postižení demencí a někdy bohužel po celý život, jako je to u mentálně retardovaných jedinců. Etickým příkazem je, že nemožnost autonomních rozhodnutí u nemocného neznamena ztrátu či nepřítomnost lidské důstojnosti, která je nedotknutelným a absolutním principem. I když faktická schopnost autonomie je rozdělena pacientům v různých úrovních, lidská důstojnost je nám udělena všem stejně.

Princip respektu k autonomii je někdy považován za protiváhu autoritativního, paternalistického modelu (Bužgová, 2007). Haškovcová (2000) vysvětluje, že vztah mezi lékařem a pacientem se vyvíjel po staletí, až se nakonec ustálil ve formě, kterou dnes označujeme paternalismem. Paternalistický, tedy otcovský a přeneseně rodičovský model

vztahů po staletí vyhovoval. Nevzdělaný pacient se obracel na vzdělaného a mocného lékaře způsobem, jak to činí dítě vůči svému rodiči. Lékař rozhodoval, pacient bez námitek a vděčně přijímal všechny jeho rady a doporučení. Situace se však výrazně změnila v souvislosti s rozvojem vědecké medicíny i s proměnami moderní společnosti. Týmová spolupráce zdravotníků, vyšší vzdělanost nemocných a akcent na autonomii a další lidská práva přispěly k tomu, že se paternalismus jako dominantní strategie vztahů mezi lékařem a nemocným „přežil“. Od 70. let 20. století je evidentní snaha o nové uspořádání základních vztahů a hovoří se o partnerství nebo o vztahu orientovaném na pacienta. Vzápětí je třeba dodat, že charakter tohoto partnerství musí být profesionální, nikoliv faktický. Paternalistický model má ještě omezené místo v medicíně, například v první pomoci, neodkladné péči, dětském lékařství, možná akutní chirurgii apod. (Rodriguez-Osorio a Dominguez-Cherit, 2008).

Haškovcová (2000) dále upozorňuje na to, že ačkoliv v rozumové úrovni uznáváme důvody pro změnu paternalismu v partnerství, stále se ještě setkáváme s projevy „zavilého“ paternalismu, a to i u zdravotních sester.

Schopnost lidských bytostí rozhodovat se, musí být vždy respektována, a to i v souvislosti s používáním omezovacích prostředků. Z tohoto etického principu vyplývá, že pokud zdravotní pracovníci zvažují použití omezovacích prostředků, měli by pacienta, kterého se to týká a jeho příbuzné informovat, a to v plném rozsahu o různých možnostech. Měli by poskytovat informace, jak nejobektivněji to jde a způsobem, který bude pochopitelný pro pacienta i jeho příbuzné, o možnostech léčby, její povaze a cílech, jejích kladech a záporech, efektech, ale také o rizicích léčby. Zdravotničtí pracovníci, jejich geriatrictí pacienti a příbuzní pacientů by se alespoň měli pokusit přijít na volbu, která bude dobře promyšlená, na základě pravdivých informací. Použití omezovacích prostředků u psychicky způsobilého starého člověka bez jeho souhlasu je neakceptovatelné. Ale i psychicky nezpůsobilý pacient by měl být do rozhodování o sobě co nejvíce zapojen. Ani porucha kognitivních funkcí, která se zhoršuje s postupující demencí, nemusí nutně znamenat neschopnost pacienta rozhodovat se. Zdravotníci musí požádat příbuzné pacienta, aby se pokusili určit, co by si jejich nezpůsobilý starý člověk přál (Gastmans a Milisen, 2006).

Princip neškodění (non maleficence)

Odvěká zásada lékařů: *Primum non nocere*, tedy především neškodit, trvá (Haškovcová, 2010). Základ principu nonmaleficence nacházíme rovněž v hippokratovské zásadě: „*Nil nocere!*“. Vyjadřuje požadavek, aby lékař omezil a předcházel možným rizikům v preventivním diagnostickém i léčebném procesu (Edelstein, 2000; Kořenek, 2004).

Princip neškodění zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné. Tento princip bývá často citován a upřednostňován i před dobročinností a vyplývá z něj omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Jsou však určité situace, kdy může dojít k nezamyšlenému poškození nemocného, aniž by to bylo v rozporu s tímto principem. Je tedy třeba zkoumat podmínky, kdy je možno určité riziko tolerovat (Kořenek, 2004).

Princip dobročinnosti (beneficence)

Podle Haškovcové (2000), všechno, co děláme pro nemocného, musí být vedeno snahou přinášet dobro (prospěš mu). I velmi složité diagnostické a terapeutické záměry je třeba zvažovat kritériem zájmu pacienta. Prakticky to znamená, že by měl být zvažován nejen očekávaný prospěch (přínos), ale také předpokládaná rizika. Tam, kde je pravděpodobnost rizik větší, než očekávaný kladný efekt, je zpravidla vhodné od zákroku upustit. Beneficence znamená závazek konat dobro, podnikat kroky k prospěchu pacienta a vyhnout se působení škod nebo újmy (Kutnohorská, 2007).

Princip dobročinnosti, tj. konání dobra, představuje pozitivní dimenzi neškodění: předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro, tedy tělesnou i duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů. Základ tohoto principu nacházíme už v hippokratovské zásadě: „*Salus aegroti suprema lex.*“ („Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem.“) (Kořenek, 2004). Kořenek (2004) dále uvádí, že tento princip obsahuje základní pravidla jednání:

- ochrana života,
- obnovení zdraví,
- zlepšení kvality života a
- úleva od strádání a bolesti.

Péče o pacienta je často soustředěná především na tělesné aspekty zdravotního stavu, protože ty lze nejlépe vyjádřit pomocí objektivizovatelných stesků. Omezovací prostředky jsou mnohdy paradoxně použité právě proto, aby zabránili fyzické újmě.

Nicméně pokud tedy považujeme geriatrické pacienty za plnohodnotné lidi, musíme se smířit se skutečností, že péče s cílem dosažení co nejlepšího zdravotního stavu neznamena jen prevenci fyzického poškození, nebo zranění. Stejně tak jako zdraví neznamena jen nepřítomnost fyzické nemoci. Ačkoli ochranu fyzické integrity lze považovat za základní hodnotu (hlavně ve zdravotnictví), nikdo nemůže tvrdit, že je pro všechny prioritní. V některých případech může být volba jiné priority odůvodněná, i když samozřejmě může znamenat určité riziko. Lidé během svého života přece sledují mnoho druhů činností s cílem dosažení hodnot, které považují za důležité, i přesto, že by mohli způsobit poškození jejich tělesné integrity (Gastmans a Milisen, 2006). Proto neexistuje důvod domnívat se, že pro staré lidi je nejdůležitější ochrana jejich bezpečnosti a tělesné integrity (Pautex a Zulian, 2011).

Z kontextu používání omezovacích prostředků, je tedy potřeba brát v potaz nejen fyzickou stránku, ale také sociální (možnosti kontaktu s jinými osobami), psychologické (svoje životní zkušenosti a zážitky/zkušenosti svých bližních) a morální dimenze (respektování jejich autonomie, nezávislosti, informovaného souhlasu) jejich života (Gastmans a Milisen, 2006).

Princip spravedlnosti (justice)

Princip spravedlnosti má souvislost především s rozdělováním prostředků (Kořenek, 2004). Každý člověk v roli pacienta má právo na spravedlivý přístup k zdravotnické péči. Ekonomické, geografické a lidské zdroje (odborníci) však ideál spravedlnosti omezují. Každý člověk, kdekoliv a kdykoliv nemůže dostat péči, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky, proto v praktické medicíně je třeba respektovat omezené zdroje, reálnou dostupnost a praktickou (omezenou) spravedlnost (Clarfield a kol., 2003; Haškovcová, 2000).

Princip spravedlnosti je ale také principem, který vyžaduje rovné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. To znamená, že pokud mají pacienti stejné potřeby ve věci zdraví, mělo by být o ně postaráno stejně (Kutnohorská, 2007).

V souvislosti s principem spravedlnosti je důležité dbát především na přiměřenost omezovacího prostředku a časový limit trvání omezení pacienta a je také nutné důkladně posoudit hrozící rizika. Samotná skutečnost, že je nevyhnutelné použít omezovací

prostředek a nelze použít méně závažnější způsob, jak předejít újmě na zdraví pacienta, však není zárukou toho, že rozhodnutí použít omezovací prostředek je zcela legitimní. Použitý omezovací prostředek musí být vždy přiměřený riziku, které pacientovi hrozí. Když pomine bezprostřední riziko, které vedlo k použití omezovacího prostředku, je třeba pacienta „uvolnit“. Při posuzování závažnosti hrozících rizik, je potřeba se také zamyslet nad tím, jestli hrozí nebezpečí jen pacientovi, nebo také jeho okolí, tedy spolupacientům a zdravotníkům, nebo dokonce představuje závažnou hrozbu pro veřejnost. Použití omezovacích prostředků je omluvitelné jen v případech, kdy je pacient zcela nezpůsobilý (Petrini, 2013).

Kutnohorská (2007) v souvislosti s etickými principy v ošetrovatelství mluví o dalších dvou pravidlech. Prvním z nich je důvěryhodnost. Být důvěryhodný znamená zůstat věrný svým závazkům a dodržovat je. Tyto závazky vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi pacientem a poskytovatelem péče, jde například o dodržování slibů, zachování soukromí a citlivých dat. Moderní ošetrovatelství zdůrazňuje, že by sestra měla působit jako obhájkyně pacienta a jeho práv. Důvěryhodnost je také zakotvena i v ošetrovatelském etickém kodexu. Druhým z nich je tzv. Veracita, tedy pravdomluvnost. Pravdomluvnost znamená závazek říkat druhým pravdu a neobelhávat je. V jistém smyslu se dá mluvit i o pravdivosti vůči sobě samému. Pravdomluvnost je oceňovaná v řadě kultur a v jejich tradičních hodnotách. Je něčím, co druhým „dlužíme“, čím jsme jim povinováni. Diskutovanou otázkou je nadále její striktní prosazování například u terminálně nemocných, zejména onkologických pacientů (Freedman, 1993).

2.5.3 Lidská důstojnost

Jedním z dalších velmi důležitých pojmů ve zdravotnické etice a často skloňovaných slov v učebnicích zdravotnické etiky i gerontologie, je pojem lidská důstojnost. *„Lidská důstojnost v nejobecnějším slova smyslu, je tedy cosi, co přísluší každému člověku jako příslušníku svého rodu. Důstojnost, která vyplývá z ceny každého člověka, je trvalou, neměnnou a nezcižitelnou hodnotou každého člověka. Uvědomujeme si samozřejmě, jak těžké je respektovat každého člověka i s jeho nedostatky, jak namáhavé je být ke každému za všech okolností tolerantní a jak je náročné mu pak projevat úctu“* (Svobodová, 2012, s. 71).

Etymologicky toto slovo pochází z latiny. Dignitus, dignita znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty a pocty. Dětem a plodům se lidská důstojnost přisuzuje z důvodu, že z nich mohou vyrůst plnoprávní lidé. Duševně nemocnému člověku i starému člověku s pokročilou demencí, kteří ztrácejí atributy lidskosti, také náleží lidská důstojnost. A to z důvodu, že někdy plnohodnotnými lidmi byli (Svobodová, 2012). Lidská důstojnost je nám udělena všem stejně (Kořenek, 2004).

Rohanová (2007) vysvětluje, že pohled různých generací na problematiku důstojnosti je různý z důvodu, že tato morální kategorie je silně ovlivněna zejména výchovou, prostředím, ale i vlastními zkušenostmi. Autorka dále rozděluje důstojnost na interní a externí. Interní důstojnost popisuje jako hodnoty, které v sobě každý nosí, které mu byly předány okolím a zprostředkovány zkušeností. Externí důstojností pojmenovává ty hodnoty, které tomuto pojmu přisuzuje daná společnost, tedy co je z hlediska společenského důstojné a co ne. Jiné, ale ve své podstatě velmi podobné, rozdělení uvádí Pleschberger (2007), která dělí důstojnost na intra- a interpersonální.

K narušení lidské důstojnosti může dojít z důvodu závislosti na druhé osobě, a to z důvodu nemoci, invalidity, nebo jiné náročné životní situace. Člověk se v těchto situacích stává závislým na pomoci zdravotníků a právem očekává důstojné zacházení, pochopení a to, že nebude hodnocen a odsuzován. Ne vždy se mu však takovému zacházení dostane. Důvody těchto pochybení na lidské důstojnosti spočívají i v tom, že zdravotničtí pracovníci nemají dostatek znalostí v oblasti komunikace s lidmi v obtížných životních situacích, jsou unaveni a často i vyhořelí. Dalším faktorem, který vede k devalvaci pacientů je jejich věk. Starý člověk se stává zranitelnějším, reaguje pomaleji a mnohdy je závislý na okolí při provádění denních aktivit. To bohužel vede k názoru, že starý člověk není schopen rozhodovat o sobě sám (Rohanová 2007).

Oblast omezovacích prostředků je silně spjata s otázkou lidské důstojnosti. Svobodová (2012) připouští, že používání omezovacích prostředků se netýká pouze psychiatrických oddělení, ale i jiných oddělení v nemocnicích a ústavech sociální péče. Ponižit člověka a znevážit jeho důstojnost v nemocničním prostředí je možné i skutky méně závažnými než je použití omezovacích prostředků. Svobodová (2012) udává hned několik příkladů. Jedná se zejména o přehlížení, ignoraci, komunikaci s pacientem bez očního kontaktu, nerespektování osobního prostoru pacienta. Necitlivá a krutá osoba může důstojnost pacienta poškodit i fyzickým zraňováním. Nedbalá osoba zase tím, že ponechá

závislou osobu obnaženou během intimních úkonů. V tom se shoduje i s rozsáhlou prací Lothian a Philpa (2001), ve které velký soubor respondentů z řad britských geriatrických pacientů sám příčiny narušení důstojnosti pojmenovával a hodnotil. I Rohanová (2007) uvádí projevy nerespektování lidské důstojnosti, patří mezi ně přezíravost, projevy slovní nebo fyzické hrubosti, nevšímavost a projevy lhostejnosti, přivádění lidí do situací, kdy si připadají směšně, zacházení s lidmi jako s věcmi, zabývání se pouze materiální stránkou péče, nerespektování studu a soukromí, nezaklepání na dveře před vstupem do místnosti, nesdělování člověku, o kterého pečujeme, co se bude dít, nezdvořilé vyjadřování, neformální oslovování, hovor o někom v jeho přítomnosti jako by tam nebyl, provádění ošetrovatelských výkonů bez jeho souhlasu, neposkytnutí prostoru pro rozhovor, vykonávání činnosti a přitom přehlížení člověka, lhaní nebo podvádění, neúcta ke smrti.

Podle Svobodové (2012) se v nemoci a stáří může člověk i sám vzdát své aspirace na lidskou důstojnost, regredovat na úroveň nerozumného dítěte, někdy dokonce až na animální úroveň a upozorňuje na to, že v tomto ohledu jsou mu někdy zdravotníci vydatně nápomocní. Kořenek (2004) ale upozorňuje na to, že člověk nemůže ztratit svou důstojnost dlouhodobou nemocí a stářím. Na dlouhodobě nemocné, staré, nebo na nevyléčitelně nemocné se nemůžeme dívat jako na lidi, pro které už život nemá žádnou hodnotu (Kořenek, 2004).

2.5.4 Dilematické situace v používání omezovacích prostředků

Používání omezovacích prostředků má významný etický rozměr (Evans a Strumpf, 1989; Moss a La Puma, 1991). Při jejich aplikaci je potřeba mít stále na paměti, že omezovací prostředek má zajistit bezpečnost pacienta, nikoliv usnadnit práci personálu nebo dokonce potrestat pacienta. Rozhodnutí, zdali omezovací prostředek použít, či ne, by měla předcházet důkladná rozvaha založená především na respektu k osobnosti pacienta a při každém jejich použití by mělo být zvažováno, jestli naše konání není v rozporu s etickými principy. V souvislosti s tím vyvstává otázka, zdali není tato praxe v rozporu s tím, co by sestry a ostatní zdravotnický personál učinili, mohli by se svobodně řídit svými osobními hodnotami a nikoliv odbornými standardy (Dohnalová, 2011).

Kutnohorská (2007) rozlišuje pojmy morální problém a morální dilema. Morální problém definuje jako důležitý sporný námět k řešení. Problém vzniká tam, kde mohou být různé názory. Je to důležité téma spojené s rozlišováním mezi dobrým a zlým, správným a

nesprávným v denním životě. Léčba pacientů a jejich blaho závisí do značné míry na morálce, na etickém a právním vědomí zdravotníků. Vnímavost vůči porušování lidských práv a vůči nespravedlnosti vyplývající z neetického chování je obecně velmi vysoká. Morální dilema je naproti tomu situace, když člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám, přičemž ani jedna se nezdá být optimálním řešením daného problému. K etickým dilematům vedou morální konflikty a rozpory. Konflikty a dilemata se vyskytují tam, kde člověk musí činit rozhodnutí. Čím těžší je předvídat důsledky určitých činů, tím větší je i dilema. Někdy je možné dosažení kompromisu. Rozdíl mezi etickým problémem a etickým dilematem je tedy ten, že etický problém může být uspokojivě vyřešen, etické dilema nikoliv.

Vácha (2012) doporučuje naučit se při setkání s jakýmkoliv etickým dilematem postupovat ve třech krocích. Prvním krokem je ujasnění, oč se přesně technicky jedná. Je potřebné zkusit popsat problém na biologické, lékařské či sociologické rovině. Druhým krokem je na základě detailních znalostí o tomto problému shromáždění všech možných argumentů pro a všech možných argumentů proti. Autor také doporučuje, že jsou-li k dispozici, je možno se inspirovat texty filozofů, či názory náboženských systémů, a to nejen pro inspiraci, ale také pro vymezení se vůči nim. V posledním kroku doporučuje pokus o formulování vlastního stanoviska, které musí být argumentačně zajištěné.

Podle Kořenka (2004) potřebuje člověk ke správnému rozhodnutí nejen určitá fakta, potřebuje si také osvojit určité etické zásady. I přesto, že každá situace je souhrn faktů, které je při rozhodování potřeba vzít v úvahu, informovanost sama a znalost faktů nestačí. Etické normy jsou nepodmíněné a na jakémkoliv cíli nezávislé.

Při řešení etických dilemat hraje důležitou roli odpovědnost. Být odpovědný a mít odpovědnost je jedním z morálních aspektů člověka a lidského konání. Být odpovědný je zároveň i cnost. Odpovědnost člověka vychází ze skutečnosti, že ve světě nežije izolovaně, ale je obklopen lidmi, vůči kterým má určité morální závazky. S odpovědností souvisí svědomí, tedy pocity viny/neviny, a také hodnoty, které během života získáváme a zvnitřňujeme, přijímáme je za své. Všimáme si, co se okolo nás děje a vnímáme etické problémy. Dokážeme rozlišit, co je dobré, co je špatné a poznáme, kdy může dojít k poškození člověka. Také rozeznáme příležitost, kdy můžeme konat dobro. Odpovědnost také vyžaduje zapojení se, aktivitu a někdy i morální odvahu (Heřmanová, 2012).

Heřmanová (2012) dále vysvětluje, že profesionální odpovědnost zahrnuje osobní odpovědnost, ale také odpovědnost pramenící z příslušnosti k určité profesi. Profesionální hodnoty se však mohou lišit od hodnot osobních, dokonce s nimi mohou být i v rozporu. Na jedné straně stojí skutečnost, že každý člověk je svobodná lidská bytost, jejíž svobodu, pokud neohrožuje jiného člověka, omezit nemůžeme. Na straně druhé však tento člověk může ohrozit sám sebe, a proto z profesionálního, morálního a dokonce právního hlediska je nutné zabránit poškození pacienta, někdy i za cenu použití omezovacích prostředků. I dle zahraničních autorů je právě strach zdravotnického personálu, co negativně ovlivňuje správnost restriktivních rozhodnutí (Johnson, 1990).

Není překvapivé, že zdravotníci jsou při rozhodování o použití omezovacích prostředků zarmoucení. Ti, kteří činí rozhodnutí ohledně jejich použití, se mohou cítit konfrontováni dvěma morálními povinnostmi. Jednak povinností a odpovědností ochraňovat pacienty, o které pečují, před újmou na zdraví a dále povinností respektovat jejich autonomii a důstojnost (Dodds, 1996).

Yamamoto a kol. (2013) popisují etické dilema v kontextu omezovacích prostředků jako smíšené pocity zdravotníků, kteří nemohou dospět k jednoznačnému stanovisku, zdali omezovací prostředek použít nebo ne. Základní povinnosti sester se často dostávají do konfliktu. Analýzy Karlssona a kol. (1998) a Suen a kol. (2006) ukázaly, že personální postoje a klinické zkušenosti zdravotnického personálu měly pozitivní přímý vliv na používání omezovacích prostředků.

Nejčastější etické dilema v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u geriatrických pacientů vyvstává při rozhodování, jestli použít omezovací prostředek v prevenci pádu. Je potřeba se rozhodnout, jestli použitím omezovacího prostředku narušit autonomii pacienta, ale zároveň ochránit jej před pádem a možným zraněním, anebo respektovat autonomii pacienta a riskovat poškození jeho zdraví. Etické dilema tedy spočívá v konfliktu principu respektu k autonomii pacienta a snahou zdravotníků zajistit bezpečí pacienta, tedy principu beneficence (Dawkins, 1998). Svobodová (2012, s. 82) si klade důležitou otázku: *„Je lidsky důstojnější člověk omezený v pohybu nějakým omezovacím prostředkem, anebo člověk, který se zraňuje pády nebo ohrožuje své okolí?“* Petrini (2013) tvrdí, že při používání omezovacích prostředků dochází k omezení svobody pacienta, a tedy k porušení principu respektu k autonomii. Při respektování svobody pacienta, se ale princip respektu k autonomii dostává do konfliktu s terapeutickými cíli,

tedy principem beneficence, a také s povinností ochránit pacienta před rizikem, tedy s principem spravedlnosti.

Oliver (2002) vysvětluje, že musíme vzít v úvahu fakt, že postranice, nebo zábrany jako například nábytek u postele umístěný tak, aby zabránil pacientovi dostat se ven z lůžka, porušuje autonomii a důstojnost pacienta. Tento autor považuje jejich používání za neetické, v rozporu s principem non-maleficence. Používat omezovací prostředky kvůli ošetření rizika a zachování klidu na oddělení je podle něj nepřípustné. Dále konstatuje, že rehabilitace geriatrických pacientů obnáší přechodné období zvýšeného rizika pádu při obnovování mobility a že určitý počet pádů patří k efektivní rehabilitaci. Nula pádů rovná se, žádná rehabilitace. Nemocnice má poskytovat bezpečné prostředí, ale není povinná ochránit pacienty před každým myslitelným rizikem.

Geriatrickí pacienti jsou také lidé, kteří měli své zájmy a koníčky a svébytně rozhodovali o své kariéře, rodině, hodnotách, zdraví a vlastních životech. Tato rozhodnutí v sobě často skýtala i různá rizika. Například rozhodnutí uzavřít manželství obnáší riziko hlubokého zklamání se v případě, že se manželství nezdaří. Horolezectví obnáší riziko úrazu, nebo dokonce smrti. Nebo také investování všech svých úspor do podnikání může vést k finanční zkáze. Rozhodnutí těchto lidí, a také rizika, které tyto rozhodnutí doprovázely, představují jejich zájmy a hodnoty, které jsou součástí lidské identity a autonomie. A proto není důvod se domnívat, že tito lidé potom, co zestárnou a nejsou zcela soběstační, ztratí i své zájmy v zájmu ochrany svého zdraví. Naopak, mnoho lidí i přes poruchy paměti a stavy zmatenosti, má náhled na své hodnoty a na to, že život a zdraví jsou jen dvě hodnoty mezi mnohými, a také mají přesnou představu o způsobu života, jakým chtějí žít (Dodds, 1996).

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké jsou postoje zdravotnických pracovníků na používání omezovacích prostředků na oddělení geriatric. Dále jsem si dala za cíle zjistit, za jakých okolností se omezovací prostředky používají a jakým způsobem, jaké jsou motivace k jejich používání a jaké jsou pocity zdravotnických pracovníků při používání omezovacích prostředků. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, kterými etickými principy je jednání zdravotníků ve věci omezovacích prostředků ovlivněno. Na základě těchto zjištění bych ráda vypracovala doporučení, která by vedla k zlepšení v jejich používání. Od původního záměru, zjistit také postoje pacientů a jejich příbuzných na používání omezovacích prostředků na oddělení geriatric, jsem musela upustit z důvodu omezené schopnosti komunikace pacientů, kterých se tato problematika týká.

3.2 Metodika

Vědecká metoda je konceptuální prostředek, vypracovaný a využívaný vědci k objevení, poznání a analyzování jevů. Jedná se o opakovatelný způsob řešení určitého vědeckého problému. Proces vědeckého poznání má dvě etapy. První etapou je získávání poznatků, druhou je jejich zhodnocení za účelem zevšeobecnění. Výběr výzkumné metody závisí na cíli a podstatě výzkumného problému, ale také na osobním výběru a filozofii výzkumníka (Kutnohorská, 2009).

Pro svoji výzkumnou práci jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum. „*Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*“ (Disman, 2008, s. 285). Disman (2008) dále vysvětluje, že cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz nového porozumění, tedy vytváření teorie. Tento výzkum používá induktivní logiku. Na jeho začátku je pozorování, sběr dat, následuje vyhledávání pravidelností v těchto datech a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie.

Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) uvádějí, že kvalitativní přístup používá hned několik metod logického usuzování a že kromě indukce, která je hlavním logickým postupem), využívá také abdukci a dedukci.

Kvalitativní výzkumníci používají zejména tři typy dat. Jsou jimi data z rozhovorů, data z dokumentů a data z pozorování. Pracují se slovy a textem (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). V mém výzkumu jsem analyzovala data získaná z hloubkových, polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickými pracovníky pracujícími na jedné ze stanic oddělení geriatric anonyrního zdravotnického zařízení.

Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Tím, že výzkumník aktivně vstupuje do situace, ovlivňuje množství a charakter informací, které mu sdělí respondent. Interaktivnost tady spočívá v tom, že rozhovor je střetnutím tváří v tvář (Ferjenčík, 2000). Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním rozhovoru. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou zkoumaní členové určitého prostředí s cílem získat stejné pochopení, jaké mají členové této skupiny (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Pro moji výzkumnou práci jsem si zvolila mne více vyhovující typ hloubkového rozhovoru, polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu otázek, nebo témat (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Rozhovory, které jsem vedla se zdravotnickými pracovníky, se týkaly následujících témat: paternalismus v péči o geriatrické pacienty, důstojnost v péči o staré lidi a důstojnost v péči konkrétního zdravotnického pracovníka, respektování autonomie geriatrických pacientů s demencí, omezovací prostředky na geriatric, postranice jako omezovací prostředek, omezovací prostředky a usnadnění péče, pocity zdravotnických pracovníků při používání omezovacích prostředků.

Interpretace dat byla založena na kvalitativní analýze. Materiál z přepsaných rozhovorů byl analyzován z hlediska témat, která se ve vyprávěních objevovala. Analýza byla uskutečněna technikou otevřeného kódování, které Strauss a Corbinová (1999) popisují jako proces, jimž jsou vytvořené proměnné identifikovatelné a rozvíjené ve smyslu jejich vlastností a dimenzí. Na základě vzájemných vztahů proměnných jsem vytvořila paradigma zakotvené teorie, které je základem kostry příběhu a také samotné interpretace dat.

3.3 Sběr dat

Mým cílem bylo udělat si nejdříve určitý obraz o tom, v jakém duchu na místě probíhá péče o pacienty. Etické termíny paternalismus, autonomie a beneficence pokládám za stěžejní v oblasti používání omezovacích prostředků a zabývala jsem se jimi v jedné z kapitol teoretické části této diplomové práce. V další fázi jsem se ptala na omezovací prostředky, dotazovaní mi nejdříve spontánně vyprávěli, co osobně považují za omezovací prostředky v souvislosti s geriatrií a poté jsem se zajímala o konkrétní omezovací prostředky. V poslední fázi měl každý respondent za úkol popsat, jak by se zachoval ve třech situacích, ve kterých se použití omezovacího prostředku nabízelo jako jedna z možností řešení:

1. Pacient s demencí přijatý na vaše oddělení po operačním výkonu, osteosyntéze (fixaci) stehenní kosti po komplikované zlomenině v krčku. První noc na oddělení je dezorientovaný a opouští lůžko, i přes postranice. Operovanou dolní končetinu nesmí po operaci zatěžovat. Hrozí mu nejen poškození osteosyntézy, ale také vysoké riziko pádu a dalšího zranění. Jak byste se zachoval(a) a proč?
2. Pacientka s demencí, s dekubity na obou patách, omezeně mobilní, chodící pouze s dopomocí a s vysokou opěrnou pomůckou. Přes den, během dopoledne je vysazována do kardiackého křesla, protože netoleruje polohování do jiné polohy, než na zádech. Toto opatření je z důvodu prevence zhoršování dekubitů, navíc pacientka se v sedu v kardiackém křesle sama nají i napije, je celkově soběstačnější. Avšak poloha v křesle je pro ni nepohodlná, nechce sedět, chce ležet v posteli na zádech a nedá si vysvětlit, že je to pro ni nejlepší, opouští kardiacké křeslo. S největší pravděpodobností upadne při samostatném přesunu do postele. Jak byste se zachoval(a) a proč?
3. Pacient s těžkou demencí, uspokojivě mobilní a schopen samostatné chůze, během dne několikrát opouští oddělení pod různými záminkami. Vaše oddělení není uzavřené oddělení, proto není uzamčené, nikdo nehlídá vchod, ani výtah. Pacient ale s největší pravděpodobností netrefí zpátky na oddělení, v lepším případě bude přiveden bezpečnostní službou, v horším se dostane za brány nemocnice, kde mu hrozí různá rizika. Jak byste řešil(a) tento problém? Proč?

Mými respondenty byli zdravotničtí pracovníci jedné stanice oddělení geriatrie nejmenovaného zdravotnického zařízení. Geriatrické oddělení, složeno z několika stanic, poskytuje následnou péči pacientům z akutních oddělení celé nemocnice, například z oddělení neurologie, chirurgie, z interního a plicního oddělení. Z celkového počtu 16

zdravotnických pracovníků, jež na této stanici pracují, bylo k rozhovoru svolných 12 pracovníků. Zastoupeny byly všechny pozice zaměstnanců v přímé péči o pacienty, tedy lékař, zdravotní sestra ve vedoucí pozici, rehabilitační pracovník, zdravotní sestra, aktivizační sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel. Sběr dat proběhl v květnu 2015. Rozhovory trvaly v rozmezí od 30 minut do 60 minut. Zaznamenávala jsem je na diktafon v mobilním telefonu. Během přepisování rozhovorů jsem vynechávala tzv. vatová slova.

V rámci zachování etických zásad výzkumu jsem se snažila o zachování důvěrnosti, tedy nezveřejnění žádných dat, která by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu. Vzhledem k tomu, že některé profese jsou nejen na oddělení geriatric, ale i v celém zdravotnickém zařízení zastoupeny vzácně a prostřednictvím nich by mohlo dojít k identifikování respondentů, rozhodla jsem pro jejich nezveřejnění. Respondentům byla přidělena jména: Daniela, Erika, Gerda, Helena, Hynek, Ilona, Josef, Karolína, Lea, Miroslava, Olga a Veronika. Respondenti byli předem informováni o účelu mého výzkumu a způsobu prezentace dat. Ujistila jsem je, že pracoviště bude anonymizováno a jejich jména zakódovaná. Byli předem informováni o nahrávání rozhovorů na diktafon v mobilním telefonu. S nahráváním všichni souhlasili a svůj souhlas vyjádřili ještě začátkem každého nahrávání. K výzkumu jsem získala povolení náměstkyně pro nelékařské zdravotnické obory v daném zdravotnickém zařízení.

3.4 Kostra příběhu

Používání omezovacích prostředků je jednou z několika strategií jednání zdravotnického personálu, jak zvládnout situaci s vysokým rizikem poškození zdraví. Riziko poškození zdraví je v tomto příběhu centrální kategorií. Hrozí jednak pacientovi samotnému, ostatním pacientům, nebo také členům ošetřovatelského personálu. Vzniká v nemocničním prostředí, nejčastěji z důvodu dekompenzace psychického stavu pacienta. Dekompenzace psychického stavu je příčinnou podmínkou ústředního jevu příběhu. Tento stav často nasedá na diagnózu demence a jeho další podobou může být i delirium. Vyznačuje se například zmateností a dezorientací, jež má vliv na nebezpečné jednání pacienta a zapříčiňuje riziko poškození zdraví.

Poškození zdraví je jev nežádoucí nejen obecně, ale obzvlášť nežádoucí je ve zdravotnickém zařízení. Cílem zdravotníků je kompenzace zdravotního stavu a návrat ke zdraví. Obávanou situací, která se může na oddělení geriatric udát, je sebepoškození. Jeho

nejhorší podobou je sebevražda nebo alespoň pokus o ni. Další nežádoucí událostí je poškození v důsledku pádu pacienta. Pád sebou nese riziko úrazu různého stupně, který si někdy vyžaduje další intervenci a léčbu a může být důvodem ještě většího propadu stavu mobility, soběstačnosti a kognitivních funkcí.

Riziko poškození zdraví hrozí nejen pacientům, ale také členům ošetrovatelského personálu. Vlivem dekompenzovaného psychického stavu může pacient na zdravotníka zaútočit v domnění potřeby sebeobrany. Nutno dodat, že poškození zdravotníka nemusí být jen fyzického charakteru. Zaútočit může i na jiného pacienta, se kterým sdílí nemocniční pokoj, může mezi nimi docházet k reálným nebo i ke smyšleným konfliktům, a ty se mohou stát příčinou útoku.

Ve snaze zabránit poškození zdraví pacienta, používá zdravotnický personál několik strategií zvládnání dekompenzovaného psychického stavu, které by k poškození mohly eventuálně vést. První strategií zvládnání situací s vysokým rizikem poškození zdraví je strategie preventivní. V rámci této strategie zdravotník na základě svých znalostí a zkušeností predikuje možnou dekompenzaci psychického stavu. Pacientovi věnuje zvýšenou péči a pozornost, všímá si známek nastupujícího delirantního stavu a postupuje ve snaze odstranit příčinu dekompenzace.

Další strategií zvládnání situace s vysokým rizikem poškození zdraví, jež se ve vyprávěních objevila, je podpurné nefarmakologické působení na pacienta v již dekompenzovaném psychickém stavu. Zdravotník podpurně působí na pacienta a snaží o jeho verbální uklidnění, zorientování místem, časem, osobou a situací. Jde o trpělivý a vstřícný přístup. Je časově náročný a vyžaduje intenzivní intervenci jedné osoby, proto je jeho použití determinováno dostatečným obsazením služby.

Jako poslední strategie zvládnání situací s vysokým rizikem poškození zdraví je použití omezovacích prostředků. V rámci této strategie použije zdravotnický personál omezovací prostředek, tedy prostředek na omezení pohybu pacienta. Podle míry závažnosti, kterou lze vycítit v postojích zdravotníků jsem tyto omezovací prostředky pracovníčně nazvala „měkké“ a „tvrdé“. „Tvrdé“ jsou ty, u kterých je omezení na pohybu velké, jejich použití se zdravotníci snaží vyhybat a k jejich použití se uchylují až v krajním případě, ve stavu nejvyšší nouze.

Intervenujícími podmínkami, tedy podmínkami, které ovlivňují strategie jednání, jsou poměry, které na oddělení geriatrické panují. To, jak se zdravotník zachová v situaci dekompenzovaného psychického stavu, jestli použije omezovací prostředek, a jaký nebo nikoliv, souvisí i s tím, v jakém „duchu“ péče na oddělení probíhá. Záleží na tom, jak moc paternalisticky se zdravotníci chovají a tedy jak respektují, či nerespektují autonomii pacientů a proč. Nerespektování autonomie pacientů, a také paternalistické jednání s pacienty na oddělení nepochybně souvisí s nejméně respektovaným principem na tomto oddělení. Tím je princip beneficence. Nedostatečné personální obsazení služeb vzhledem k počtu pacientů je také důležitá intervenující podmínka.

Následkem těchto intervencí je zjednodušeně řečeno pacient omezený v pohybu, nebo zcela bez omezení a také to, jestli k poškození zdraví došlo nebo naopak, pacient je bez újmy na zdraví. To má velkou souvislost s další proměnnou v tomto modelu. Tu jsem nazvala „pocity zdravotnických pracovníků“, které souvisí jednak s poškozením zdraví a jednak s použitím omezovacích prostředků. V jednom okamžiku jsou tyto pocity zdravotníků výsledkem určitého jednání a v dalším již mohou být i jednou z dalších intervenujících podmínek.

3.5 Interpretace dat

3.5.1 Riziko poškození zdraví

Používání omezovacích prostředků respondenti explicitně spojovali se situacemi, kdy hrozí riziko poškození zdraví. Důvodem používání omezovacích prostředků u geriatrických pacientů je tedy vysoké riziko poškození zdraví. V rámci této kategorie respondenti často uváděli rizika poškození zdraví v nemocničním prostředí, které mají souvislost s jejich vlastní praxí. Byli však dotazováni v čistě fiktivní rovině, co by se podle nich mohlo všechno stát a tedy ne, co v této souvislosti již ve své praxi zažili.

Riziko poškození zdraví se ve vyprávěních respondentů objevilo ve třech podobách. Riziko poškození zdraví pacienta, riziko poškození zdraví člena ošetřovatelského personálu a riziko poškození zdraví dalšího pacienta.

Dekompenzovaný psychický stav

K riziku poškození zdraví nejčastěji dochází ve spojitosti s dekompenzovaným psychickým stavem pacienta. Dekompenzovaný psychický stav může souviset například s poruchou chování nasedající na diagnózu demence, které projevem jsou například halucinace, bludy a utkvělé paranoidní představy, atd. Další podobou dekompenzovaného psychického stavu může být delirantní stav. Vzhledem k tomu, že tyto poruchy se často vyskytují společně a mají i podobný klinický obraz, většina respondentů je ve svých vyprávěních nijak neodlišuje.

Ve výpovědích je zdravotníky popisovaný jako stav, kdy je pacient zmatený, dezorientovaný místem časem i osobou. Může trpět utkvělými představami, může být agresivní, zlý a disponovat velkou fyzickou silou. Často mívá snížený náhled na svoji situaci, neuvědomuje si své limity, následkem čeho se pouští do úkonů, na které nestačí. Na události, které se v rámci tohoto stavu udály má částečnou nebo i úplnou amnézií. Tento stav může vyústit do obzvláště rizikových situací, kdy je pacient nebezpečný nejen sám sobě, ale i dalším osobám v jeho okolí, které se mu snaží v jeho počínání zabránit.

Riziko poškození zdraví pacienta

Jednou z podob rizika poškození zdraví je sebepoškození pacienta. Jeho nejhorší a i několikrát uvedenou podobou je sebevražda nebo alespoň pokus o ni. Podle vyprávění ošetřujícího personálu by k ní mohlo dojít například skokem z okna, uškrcením, vykrvácením po sebepoškození ostrým předmětem nebo také intoxikací.

Lea říká, že následkem dekompenzovaného psychického stavu může dojít k pokusu o sebevraždu během krátké doby, kdy pacienta nikdo nehlídá. Lea o tomto riziku mluví v souvislosti se svou hroznou zkušeností, kdy sebevražda „nezůstala pouze“ ve stádiu pokusu. Příčinou mohl být nezvládnutý psychický stav hospitalizovaného pacienta. Na základě své vlastní zkušenosti poukazuje na to, že riziko sebevražedného pokusu nebo sebevraždy je reálné a nesmí se podcenit. *„Tak první, co mě napadá, je například nějaké hodně těžké sebepoškození, hlavní je smrt. Třeba jsem zažila, tady u nás (nejmenuji), měla jsem tady o noční pána, upozorňoval mě ten jeden den, patřil doslova na psychiatrii, snažil o sebevraždu, když si vrazil vidličku do žíly, ale nepovedlo se mu to, tak se snažil skočit z okna, to se mu ale taky nepovedlo a druhý den, když ho přeložili a i když se na to*

upozorňovalo, už se mu to povedlo. (...)Ten mžik, a hlavně, oni v takovém stavu mají takovou sílu.“

I Ilona, na základě svých vlastních zkušeností, považuje riziko sebepoškození pacienta, dokonce ve formě pokusu o sebevraždu pacienta za reálné. Upozorňuje na to, že je vhodné být na toto riziko připravený a nezlehčovat ho. *„Například pád nebo sebepoškození, já nevím, jakože třeba jsme tady měli, může třeba skákat z okna... (...) Hm, takže zabránit, myslet tady na to. Někdy mají takovéto sebevražedné sklony, takže tohle.“*

O potřebě být zabezpečený pro možnost pokusu o sebevraždu, mluví i Karolína. Dále říká, že pacient nemusí mít vždy náhled na svojí situaci a své schopnosti může v rámci dekompenzace psychického stavu přecenit. *„Pokud je pacient sám a nebude mít omezovací prostředky, vím, že se ne u nás, ale někde jinde se stalo, že neměli mříže na oknech, pacient se zbláznil a vyskočil z okna.(...)...byla jsem přímým účastníkem toho, že pacient chtěl odejít, byly zavřené dveře a něco ho prostě napadlo, že sejde z druhého patra po okapové rouře až dolů, ale sklouzla mu noha a spadl až dolů, měl otevřenou zlomeninu a museli jsme ho rychle převážet na chirurgii a vlastně zemřel. Takže udělal si komplikace, způsobil si otevřenou zlomeninu, následkem čeho byla smrt. Ublížil vlastně sám sobě.“*

Riziko sebepoškození pacienta, i formou sebevraždy ve svém vyprávění bere v úvahu i Veronika. Krom toho říká, že v rámci dekompenzovaného psychického stavu může být pacient agresivní. *„Mohou si ublížit, mohou upadnout z postele, mohou dokonce i otevřít okno a vyskočit, prostě ublížit si, nevíš, o jakého pacienta se jedná, nevíš, zda nemá nuž a co s ním může udělat. Může dokonce ohrozit i personál. Může být prostě i agresivní, při této diagnóze.“*

Pády

Nejčastěji uváděným rizikem poškození zdraví je poškození v důsledku pádu pacienta. Incidence vážných zranění pacientů (zlomenina vyžadující operační výkon, krvácení do mozku) je podle respondentů sice malá v poměru k počtu pádu, ale i přesto je toto riziko pro zdravotníky velice obávané. K pádům dochází nejčastěji při pokusech pacientů svévolně opouštět lůžko.

Lea říká, že pád je nejčastěji vyskytované riziko, následkem kterého může dojít k úrazu. Zároveň vysvětluje častý mechanismus pádu. „...pád je asi spíš na prvním místě, když třeba přelege (postranici), tak většinou žuchnou ty lidi, když jsou šikovní tak ne, ale to je jasné.“

Olga popisuje, jak podle ní nejčastěji dochází k pádům na oddělení geriatric, jaká je jejich incidence a jaké jsou jejich nejčastější následky. „Jeden, dva z deseti myslím si, že víc ne. Jeden, maximálně dva, nevím, já si alespoň myslím, že víc určitě ne. Málokdy evidujeme, že by bylo nějaké vážné poškození pacienta. Většinou když už jsou nalezeni na pokoji po pádu, tak jsou většinou blízko u toho lůžka, jsou svezeni, nebo tam je skutečně i tržná rána, přece jenom ti pacienti mají pergamenovou kůži. Ale vážné zranění málokdy.“

Následky pádu

Pád sebou nese riziko úrazu, od nejlehčích, například oděrek, hematomů, přes zlomeniny různých částí těla, až po úrazy hlavy s následkem krvácení do centrální nervové soustavy (CNS). V souvislosti s tím respondenti také vyslovují obavu z dalších, sekundárních následků, které nasedají na následky úrazů. Úrazy často vyžadují další intervenci, například operační výkon v celkové anestézii, který sebou nese případné další zhoršení kognitivních funkcí, prohlubování projevů demence, včetně poruch chování a vznik dalších delirantních stavů. Například zlomenina u geriatrického pacienta může také znamenat omezení, zhoršení, nebo i celkovou ztrátu mobility a soběstačnosti.

Lea vyjmenovává následky, které pacientovi hrozí v případě pádu z postele. „...bud' si něco zloměj, třeba jen prst nebo tak, v horším případě si mohou zlomit třeba pánev, nebo si udělaj poranění hlavy, že třeba krvácení do mozku, to je takovéto, co mě rychle napadá.“

Helena mluví o sekundárních následcích pádů, tedy těch, které souvisí s možným úrazem. Podle ní může dojít nejen k zhoršení kognitivních funkcí, ale také k zhoršení mobility a soběstačnosti. „Každá další operace je pro starého člověka nebezpečná, nejen co se týče toho, že je po ní ještě více dementní, také z toho titulu, že to už nemusí rozchodit. (...) stačí několik dní bolesti, deprese, kdy se nezvedne z postele a najednou zjistí, že už to nejde, opravdu je to tak, u těchto našich pacientů. Snažíme se tomu zabránit, těm pádům.“

Podobný názor má i Ilona, která obhájí používání omezovacích prostředků, právě proto, aby sekundárně nedošlo ještě ke většímu zhoršení kognitivních funkcí. „...pak se na to nabalují už i další problémy a stav potom může pokračovat dál, protože potom to jsou další analgetika, další zásahy do těla pacienta, a pokud dojde ke zlomenině nebo tak, všechno to potom navyšuje to, že ta demence postupuje. Třeba u těch dementních lidí. Jako máme tady lidi, kteří se zvetili, ze začátku byli omezováni, a teďkom už jsou naprosto šikovní a to je takové to, co, máš tu radost z toho.“

Krvácení do CNS

Dalším obávaným následkem pádu u geriatrických pacientů je krvácení do CNS. Nemusí se jednat o pád z velké výšky.

Helena si toto riziko uvědomuje na základě své neblahé zkušenosti, kdy došlo k pádu u pacienta v důsledku vyhýbání se omezovacím prostředkům. „*To křeslo, jak se o tom bavíme, si myslím si, že je, že je to omezovací prostředek. Sama v sobě to řeším, samotné je mi to nepříjemné, toho člověka přivázat a jeden náš nejmenovaný kolega, třeba, když jsem tady taky byla v sobotu v práci, ten udělal to, že pán, kterého jsme posazovali a přivazovali, tak jemu to přišlo nedůstojné, že to se dělat nemá a toho pacienta nepřivázal a ten pán ještě ten den upadl, protože vstával, a zakrvácel do mozku.*“

Veronika je toho názoru, že je potřeba s rizikem úrazu, kterého následkem může být i krvácení do mozku, u geriatrických pacientů počítat a toto riziko předvídat. „*Takže si myslím, že to není ulehčení péče, je to skutečně jen o tom, že chráníš toho člověka, aby si neublížil. Protože si fakt může něco způsobit. Co když ten člověk upadne a zakrvácí do mozku? Subdurální hematom. A v podstatě, ty jsi na vině, protože ty jsi to měla předvídat, co asi udělá, ty pak budeš souzená a budeš žít s tím svědomím. Ty si měla předpokládat, co se může stát.*“

K poškození zdraví pacienta dochází na oddělení geriatrie i jinými mechanismy a způsoby, o kterých se zmíním níže, ve spojitosti s konkrétními omezovacími prostředky.

Riziko poškození zdraví člena ošetrovatelského personálu

Další možnou variantou rizika poškození zdraví, která vylpynula z vyprávění respondentů, je poškození zdraví člena ošetrovatelského personálu. U pacienta se změněným vědomím doprovázeným celkovou zmateností, nepochopením situace a sníženým náhledem na svojí situaci, může dojít i k agresivním reakcím na intervenci ošetrovatelského personálu. Ve stavu změněného vědomí mnohdy pacient disponuje velkou fyzickou silou (někdy až nečekanou vzhledem k jeho habitu) a na člena ošetrovatelského personálu může v domnění potřeby sebeobrany i zaútočit. Poškození zdravotníka nemusí být jen fyzického rázu.

O riziku útoku na personál mluví Veronika, která zdůrazňuje možnost agresivity u pacienta. „...nevíš, o jakého pacienta se jedná, nevíš, zda nemá nůž a co s ním může udělat. Může dokonce ohrozit i personál. Může být prostě i agresivní, při této diagnóze.“

Ilona tuto možnost připouští na základě na vlastní zkušenosti. „No a to samo i personál, to zase nemůžeme vynechávat. Jako už jsem zažila rozbitý hrníček o hlavu sestřičky a další věci...“

Takto zase vyjadřuje své zkušenosti s útokem pacienta na personál Josef a vysvětluje, jak dochází k těmto nebezpečným situacím. „No, může zaútočit i na personál. To už tady taky bylo. (...) Ten člověk za to nemůže, on neví, co dělá, má své představy a myslí si, že mu hrozí nějaké nebezpečí, že mu chceme něco udělat. V rámci sebeobrany zaútočí.“

Karolína říká, že pacient v dekompenzovaném psychickém stavu, v kombinaci s nedostatečným personálním obsazením služeb, může nepřímo přispět k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření u členů ošetrovatelského personálu. „No a sestra, ta je potom odpovědná za to, co se stalo, musí volat policii, musí řešit různé věci, včetně jeho případného zranění, psát mimořádné události, co stalo, volat lékaře, aby přišel, a když je tam sám, tak je prostě ve strašně velkém stresu a ten jeden pacient spotřebuje strašně moc energie té sestry, a to jsou prostě situace, které sestram pomáhají k syndromu vyhoření. Pár takových nočních a někdo, kdo je slabší povaha možná i odejde ze zdravotnictví.“

Riziko poškození zdraví dalšího pacienta

Podobně, zaútočit může i na dalšího pacienta, se kterým sdílí nemocniční pokoj a může mezi nimi docházet k reálným, nebo i ke smyšleným konfliktům a ty se mohou stát příčinou útoku.

Lea vysvětluje, že k takové situaci by mohlo dojít pod vlivem celkové zmatenosti a dezorientaci místem časem i osobou. „...i někomu na tom pokoji může ublížit, protože o sobě neví, protože má různé představy, jakože je bůhví kde, neví, co dělá, na nás by mohl zaútočit, má prostě zkreslenou představu, že je úplně někdo jiný...“

Ilona opět mluví z vlastní zkušenosti, dokonce možnost útoku jedné osoby na druhou považuje za nejhorší možnost, při které hrozí riziko poškození zdraví. „...nejhorší, co se může stát, je napadení pacienta pacientem, byla jsem toho svědkem, takže to už mám tak vryté do paměti, Byla to velmi nepříjemná situace, kdy jedna paní škrtila druhou, konkrétně tedy. Myslím si ještě, že to může dojít až k fyzickému poškození toho daného.“

S vlastní zkušeností s poškozením jiného pacienta na oddělení geriatric se podělila Karolína a upozorňuje na potřebu včasné farmakologické intervence ošetřujícího personálu. „Potom bych dala spolupacienty, nebo ostatní pacienty, kteří jsou s ním na pokoji. Měli jsme pacienta, který byl dementní, vždycky se otočil k tomu pacientovi vedle a ze stolu mu bral sušenky, on o tom nepřemýšlel, věděl, že má hlad, viděl, že tam je jídlo, tak si prostě automaticky vzal a ten pán prostě přišel a zapíchl mu nůž do ruky. On zase bránil svoje. (...) ...kdyby byl zamedikovaný, kdyby něco dostal v osm, tak v deset by už spal a to, že mu někdo vzal jednu sušenku, by ho nemohlo vůbec trápit. Takovému něčemu by se dalo vyhnout. Ti pacienti mohou někoho dalšího vyhazovat z postele, mohou jim ublížit, mohou po nich házet věcmi, cokoliv, to fakt záleží. Prostě, ublížit těm ostatním.“

3.5.2 Antipsychotika

Jen několik respondentů mi v úvodu rozhovoru spontánně odpovědělo, že za omezovací prostředek pokládají i farmakologické prostředky. Další respondenti uznali

omezovací účinek těchto prostředků až po dalším doptávání se v poslední části rozhovoru. V té bylo úkolem zdravotníků říct, jak by řešili tři situace s pacienty s demencí.

Postoj zdravotníků k farmakologickému řešení dekompenzovaného stavu pacienta s demencí bylo možné zjistit zejména z výpovědí respondentů ohledně řešení první fiktivní situace. V této situaci jsem naznačila rozvoj delirantního stavu u pacienta po operačním řešení zlomeniny krčku stehenní kosti. Delirantní stav u pacienta po takovém výkonu je obzvláště riskantní, protože kromě poškození osteosyntézy při nedodržování režimových opatření hrozí pacientovi i pád pacienta a další úraz.

V rozhovorech se zdravotníci zmiňovali o lécích na uklidnění, klidnicí terapii, tlumících lécích, Tiapridalu a o léčbě antipsychotiky. Tiapridal patří do skupiny tzv. antipsychotik (neuroleptik) a jeho účinnou látkou je sloučenina tiaprid. Ten účinkuje na centrální nervový systém a ovlivňuje rovnováhu neurotransmiterů v mozku. Tiapridal je velmi účinný k potlačení neklidu a agresivního chování, proto se podává u psychóz s poruchami chování a agresivitou. Nárazově lze lék podat u stavů zmatenosti při delirantních stavech a u stavu spojeného s odvykáním alkoholové závislosti známého jako delirium tremens. U látek tohoto typu je vždy velmi důležité přesně dodržovat doporučení předepisujícího lékaře. Lék existuje ve formě tablet, v podobě ochucených kapek a v podobě injekčního roztoku k nitrosvalovému nebo nitrožilnímu užití, který je vhodný k nárazovému rychlému uklidnění. Tiapridal může svým silným vlivem na centrální nervový systém způsobovat útlum, spavost, sucho v ústech, bolesti hlavy a poruchy hybnosti podobné Parkinsonově nemoci, trávicí obtíže atd. (SÚKL, 2015).

V rámci této kategorie jsem si všímala, jaký je postoj zdravotníků k používání psychofarmak, jak popisují jejich účinky, jestli je podávání psychofarmak vázané na předpis lékaře. V neposlední řadě mě zajímaly i názory zdravotníků na zneužívání farmakologických omezovacích prostředků.

Tendence pacienty uklidňovat i formou nefarmakologickou, podpůrnou, se ve vyprávěních respondentů objevila poměrně často a to nejen u těch, kteří farmakologické řešení problému odmítají. Použití tohoto přístupu respondenti determinovali dostatečným personálním obsazením ve službě, jelikož je tento přístup časově náročnější. Jen v případě, že je noční služba dobře obsazena, tedy pokud na oddělení není sestra sama, ale pracuje s ní i sanitář nebo ošetřovatel, se lze pokusit řešit tyto stavy i nefarmakologickou cestou.

Toto řešení vyžaduje plnou pozornost jedné osoby. Trpělivé jednání a podpurné působení se jeví jako účinné už i v prevenci dekompenzace psychického stavu pacienta.

Další možností, strategií řešení situací s vysokým rizikem poškození zdraví je preventivní přístup. Vyžaduje znalost geriatrické problematiky, na základě které lze predikovat dekompenzaci psychického stavu a zaměřit se na možnou vyvolávající příčinu. Někdy je příčinou dekompenzace psychického stavu i pouhá dezorientace pacienta místem, preventivní účinek má rozhovor s pacientem.

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že psychofarmaka jsou někdy lékařem indikovaná již v predikci dekompenzace psychického stavu pacienta. Již v rámci dekompenzace stavu je snaha nejen pacienta zbavit zevních projevů poruchy, ale také řešit pravou příčinu vzniku nepříznivého psychického stavu. Jako příčiny dekompenzace psychického stavu pacienta s demencí uváděli respondenti somatické příčiny, například rozvoj infekce, bolest a dehydrataci, ale také psychické příčiny, například časoprostorová dezorientace při změně prostředí. V případě noční služby může lékař antipsychotika indikovat i telefonicky.

Postoje k používání antipsychotik

Z analýzy vyplynulo, že postoje zdravotníků k používání psychofarmak jsou různé. Někteří k podávání antipsychotik přistupují paušálně, antipsychotika považují za prostředek první volby při neklidu, poruchách chování, nebo při delirantních stavech, tyto prostředky preferují v řešení dekompenzace psychických stavů před dalšími možnými způsoby zvládnání stavů psychické dekompenzace.

Postoj Ley je preferující v případě situace s vysokým rizikem poškození zdraví. Lea přiznává psychofarmaka jako první volbu a přiznává, že existuje možnost, že pacient již v očekávání dekompenzace psychického stavu, má uklidňující lék naordinovaný od ošetřujícího lékaře. Lék by podala pouze na základě indikace lékaře. Na první otázku, co považuje za omezovací prostředek, se o psychofarmacích nezmínila. „*Takže zmatený, hm. Tak já bych asi nejdřív volala lékařce, co tady mám za pacienta, že co a jak mám dělat, jestli už má něco naordinovaného na zklidnění, jestli jo, tak bych to podala, no a jinak v té prvotní chvíli, kdybych tady neměla sanitáře, tak bych ho i něčím obložila, než bych k němu přišla podat mu tu injekci.*“

Gerda by v případě, kdy hrozí poškození zdraví pacienta, psychofarmaka preferovala před fixováním pacienta kurty, spoléhala by na jejich účinnost, která se jí už několikrát v její praxi osvědčila. Z její výpovědi lze také vyvodit, že ona považuje toto řešení za prostředek první volby. Patrná je nejen snaha se vyhýbat mechanickému omezení pacienta, ale také snaha řešit situaci nefarmakologickým, podpůrným způsobem, který podmiňuje dostatečným personálním obsazením ve službě. Uklidňující lék by aplikovala až na základě indikace lékaře, která by mohla být i vyžádána. Ani Gerda při odpovědi na otázku, co považuje za omezovací prostředek, nejmenovala psychofarmaka jako omezovací prostředek, tuto možnost připustila až při doplňující otázce. *„Tak u tý jedničky to je jednoduchý, zavolala bych doktora, poprosila bych ho nejdřív o nějaký uklidňující léky a doufala bych, že zaberou. No to už se tady už několikrát stalo, nikdy jsem nikoho nepřivázala. Záleží, jestli je tady člověk sám, nebo tady má sanitáře, pak je důležitý si s tím člověkem popovídat a dát mu ty postranice.“*

Mirolava při návrhu řešení první fiktivní situace předpokládá, že situace by si kromě její intervence, v rámci které by se pokoušela pacienta verbálně usměrnit, poučit o nebezpečí plynoucích z jeho počínání a věnovat pacientovi v tomto stavu zvýšenou pozornost, vyžadovala indikaci léků. Ani ona při odpovědi na otázku, co považuje za omezovací prostředek, nejmenovala psychofarmaka jako omezovací prostředek. *„...tak bych se snažila ho dostat zpátky do lůžka a vysvětlit mu, že prostě nesmí a že je tam riziko toho, že si ublíží, že už má jednu nohu, kterou nesmí zatěžovat, že stejně na ní stojí, že si může ještě víc tu nohu poškodit no a po uložení do toho lůžka, tak samozřejmě častá kontrola toho pacienta, jestli náhodou, no a informovat lékaře, že je dezorientovaný, že leze z lůžka, že je tam vysoké riziko pádu, no a potom by pravděpodobně následovala nějaká ordinace léků lékařem, s největší pravděpodobností, podle mě teda.“*

Z vyprávění Veroniky je zřetelná preference léků na uklidnění, kterých „hladina“ než naběhne, je občas potřeba použít kurty. Vysvětluje, že dekompenzaci psychického stavu lze u pacientů po operacích předvídat, proto je ze strany zdravotníků tendence zaměřit se na pravděpodobnou příčinu dekompenzace psychického stavu a její řešení, například intenzivní hydrataci pacienta po operaci. I z její výpovědi lze pochopit, že se jedná o prostředek první volby při dekompenzaci psychického stavu. Dále říká, že lékaři indikují psychofarmaka již v predikci

dekompenzace psychického stavu. I Veronika uznala, že tento prostředek je omezovací až na základě doptávání. „Myslím si, že u těchto pacientů, kteří se překládají a co se mi velmi líbí je to, že lékař už předpokládá, že budou dehydratováni, nakolik jsou fakt po operacích a člověk hned nepije, takže určitě tam ta dehydratace hrozí, takže snažíme se ho v první řadě zavodnit, když přijde a u každého přijatého pacienta sledujeme příjem a výdej tekutin (...) No a další věc je to, že vždy tito pacienti mají dávky, injekce tiapridalu a těchto léků, kdy to tomu neklidnému pacientovi můžeme v případě potřeby podat. A je to i přesně rozepsané, jak často, maximálně třikrát za ten den, jednou za osm hodin, takže pokud je neklidný, snažíme se to řešit tímto prostředkem.“

Z jejich vyjádření je ale také patrné vyzdvihování podpůrného verbálního působení na pacienty jako prevenci dekompenzace psychického stavu. „(...) Já mám jednu teorii, jak si je uložím, tak budou spát. (...) já si s nimi skutečně večer popovídám, ono sice mi ta hygiena trvá déle, ale popovídám si s nimi, zasmějeme se, zavzpomínáme si... (...) Takže zatím se mi to z 98 procent vyplatilo, že jsem měla klid, že ti pacienti se uklidnili a spali. A důležitá je další věc, aby byli hydratováni, potom jsou méně zmatení a prostě jsou o moc lepší.“

Erika se přiklání k použití farmakologických prostředků až po selhání nefarmakologického preventivního přístupu. Tuto formu omezení považuje za přiměřenou hrozícímu riziku. Použití kurtů považuje za přiměřenou intervenci jen v případě agresivity pacienta. „Ale kdyby nepomáhala ani hydratace, ani povídání, ani nic takového, tak by to chtělo nějak toho pacienta utlumit, protože to riziko je tam opravdu velké. Po operaci se ta noha nesmí zatěžovat, musí se na to opravdu dávat pozor. Jednoznačně se o tom musí informovat lékař a ten pak indikuje lék, nebo i kurty. Ale to by asi musel být i nezvladatelně agresivní. Jinak kurty ne.“

Další postoj k farmakologickému řešení by se dal nazvat ambivalentní, názory na používání antipsychotik u geriatrických pacientů se zdají být protichůdné. Tato ambivalence spočívá v tom, že i přesto, že respondent tento omezovací prostředek nepovažuje za vhodné řešení, vzhledem k podmínkám na oddělení přiznává, že se jedná o nejlepší možnou variantu a jejich používání neodmítá.

Daniela jako jedna z mála respondentů mluví o léčbě antipsychotiky jako o omezovacím prostředku. Z jejích vyjádření je zřejmý ambivalentní postoj k farmakologickému řešení dekompenzace psychického stavu pacientů. Poukazuje na negativní účinky antipsychotik, které mohou způsobit další komplikace zdravotního stavu pacienta, a nadměrné tlumení pacientů považuje za nesprávné. Zároveň však prezentuje názor, že antipsychotika podávané ve vhodných dávkách jsou zcela na místě, dokonce jsou za stávajících podmínek nepostradatelná. „*A v podstatě jsou to (omezovací prostředky) asi i ty antipsychotika, který toho člověka utlumí, no, asi tak no. (...) Myslím si, že spíš to tlumení pacientů antipsychotikama je víc nežadoucí než nějaký omezovací prostředek, typu postranic nebo tak.*“ (...) *no, to si myslím, že někdy se ten člověk přitlumí tolik, že z toho nastane nějaká komplikace, ale zase bohužel se nedá bez nich nějak tak ta léčba úplně vést, protože jakmile jsou ti lidi neklidní a dementní, tak jakoby v podmínkách, který tady máme, tak je nemožný je třeba nějak uhlídat. Určitě, pokud jsou správně použity ty antipsychotika, tak si myslím, že je to správný, ale třeba nějaký nadměrný používání těch léků, je určitě negativní.*

V rozhovorech se zdravotníky se objevil i negativní postoj k farmakologickému řešení dekompenzovaného psychického stavu, který se v praxi projevuje jeho odmítáním a velkým úsilím zvládat projevy těchto stavů podpurným nefarmakologickým způsobem. Tento způsob se vyznačuje zejména trpělivým jednáním, v rámci kterého se zdravotník snaží pacienta zorientovat místem a časem a verbálně jej uklidnit.

Olga vyjadřuje svůj odmítavý postoj k farmakologickému řešení dekompenzovaných psychických stavů u geriatrických pacientů. Z její výpovědi je patrná snaha řešit situace podpurným, nefarmakologickým přístupem, v rámci kterého by pacientovi věnovala zvýšenou pozornost a snažila by se mu trpělivě věnovat. „*Tak tady třeba u toho prvního pacienta bych rozhodně, tedy spíš, že ty postranice má, tak bych se mu snažila jakoby opakovaně vysvětlit proč je má, že je to opravdu důležitý, že na tu nohu nemůže stoupat, protože by si mohl ještě víc ublížit, snažila bych se častěji na ten pokoj koukat, aby k něčemu nedošlo. Problém je spíš v tom, že toho tady máme opravdu hodně, a to se může stát během chvíličky. (...) Zase bych nechtěla aby se přistoupilo k nějaký klidnicí terapii...*“

Účinky antipsychotik

Respondenti v různých částech rozhovorů zmiňují účinky antipsychotik a mnozí apelují na jejich správné dávkování. Za pozitivní účinky považují to, že se pacient uklidní a riziko poškození zdraví tím pomine. Kromě toho se zlepší i jejich spolupráce při terapii a rehabilitaci. Bezpochyby se podáním antipsychotik uleví i pacientům, kteří v rámci poruch chování trpí bludy. Mezi negativní dopad farmakologické léčby dekompenzovaného psychického stavu patří spavost, horší spolupráce, změněný svalový tonus a omezená mobilita. Se stavem omezené mobility také souvisí riziko vzniku dalších možných komplikací například vznik imobilizačního syndromu. Tento stav si vyžaduje potřebu zvýšené ošetrovatelské péče. Objevily se i zmínky o projevech předávkování antipsychotiky.

Veronika popisuje účinky používaných psychofarmak kladně, jako žádoucí a jejich výhodu vidí v jejich zaručené účinnosti, dále v tom, že se pacient po podání uklidní a podání na něm nezanechá žádné následky. Navíc se dávkování může upravovat podle potřeby. Tyto pozitivní účinky psychofarmak považuje za příčinu toho, že se kurty v současné době používají jen minimálně. Dodatečně také uznává omezovací účinky tohoto prostředku. *„Záleží to od organismu pacienta, některý i zaspí, ale uklidní se určitě. 95 procent se uklidní a těch 5 procent zaspí. Záleží od toho, jaké je fyzické konstrukce, záleží i od toho, jestli někdy pil (alkohol), nebo něco bral. Takže to záleží opravdu od toho, ale vždy se uklidní a toto já oceňuji, to je důležité a v podstatě se i proto teď kurty používají jen minimálně, je to mnohem lepší. (...) V podstatě si myslím, že do určité míry to omezovací prostředek je, chemický, ale myslím si, že je velmi účinný a pro tyto lidi i vhodný, nezanechává na nich žádné následky, no a ty dávky se mohou snižovat a z injekcí se také může přejít na tabletovou formu léku. Ale v těch začátcích jsou ty injekce potřebné.“*

Erika považuje antipsychotika za omezovací prostředek a popisuje jejich omezovací účinky a negativní dopad na mobilitu pacienta. Na druhé straně ale zároveň vyzdvihuje i pozitivní účinky na spolupráci pacienta a poruchy rytmu spánek/bdění za předpokladu, že se docílí jejich správného dávkování. Kromě toho vyzdvihuje jejich přednosti ve psychické úlevě, kterou antipsychotika mohou přinést pacientům, kteří trpí bludy: *„No to určitě i to, i to je svým způsobem omezování pacienta v pohybu, hm určitě i to je omezovací prostředek. (...) No, ale když ten člověk má hladinku, když se povede nastavit tu léčbu, tak potom normálně*

funguje a spolupracuje a přes noc spí, tak to je potom dobré, to si myslím, že to i tomu člověku udělá dobře. Že v noci nebloudí třeba. Ono ani pro toho pacienta, když tady běhá po oddělení, vůbec neví, kde je, mluví o tom, že potřebuje jít na nádraží a chytit vlak někam, že potřebuje za svoji maminkou, nebo co je horší a také jsem to tady zažila, že paní celý den křičela, že potřebuje taxi, že má doma malé dítě, že je tam samo, že pláče. Tak to musí být strašné, když si to představím. Takže v tom si myslím, že ty uklidňující léky nejsou špatné, pokud se vhodně dávkuje.

Negativní účinky psychofarmak popisuje Karolína. Ty souvisí zejména s nepřiměřeným dávkováním, kterého nejhorším důsledkem může být až smrt pacienta. Právě proto upozorňuje hlavně na nutnost opatrnosti při dávkování utlumujících léků a na přísnou vázanost na indikaci lékaře, včetně dávkování. *„Tak, kdybych vzala v úvahu léky, injekční formu léku, se podává, tak pokud není správné dávkování, nebo ho někdo neodhadne, podle toho kolik pacient váží, tak u těch pacientů může dojít až k útlumu dýchání a celkovému útlumu, až k takovému jako komatóznímu stavu, ten pacient na to může i zemřít z předávkování takovými léky. Tam by se měly vést přesné záznamy, kdy, kolik, ten lékař by to celé měl umět, aby tu dávku nepřekročil. A hlavně by se někdo neměl rozhodovat bez lékaře a podávat nějaké léky, když si myslí, že tím pacientovi pomůže, protože ty léky mu v kombinaci s jinými léky, o kterých sestry nevědí, jak účinkují, mohou způsobit ještě i něco jiného.“*

Olga shledává negativní projevy antipsychotik zejména v oblasti mobility a celkové aktivity: *„...myslím, že to jde na úkor toho pohybu, že ty lidi jsou potom jako opravdu takový hodně zklidněný a zas to ničí nějakou tu snahu o mobilizaci.“*

Zneužívání antipsychotik k usnadnění péče

Veronika odmítá tvrzení o usnadnění si péče podáváním utlumujících léků. Dávky léku se podle ní postupně snižují, mění se forma podání z injekční na tabletovou a lék se nepodává, když není potřeba. *„Na to ti úplně nedokážu odpovědět, možná, někde, ano, ale já osobně jsem to nikdy nezneužila a právě naopak, spíše to nepodáme, když není potřeba.“*

V podobném duchu se vyjadřuje i Daniela, zneužívání, respektive nadužívání psychofarmak na usnadnění péče o pacienty popírá. *Určitě, pokud jsou správně použity ty antipsychotika, tak si myslím, že je to správný, ale třeba nějaký nadměrný používání těch léků, je určitě negativní... ale nemyslím si, že by se to u nás třeba dělo.*“

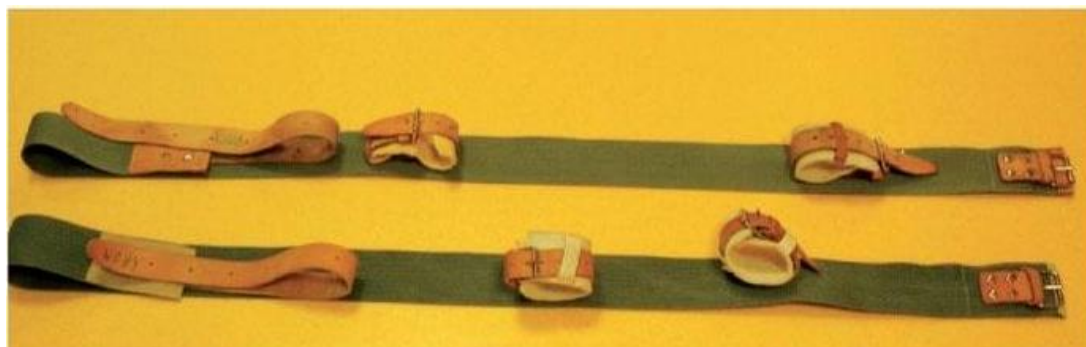
I Erika důrazně odmítá tvrzení, že na oddělení geriatrické dochází ke zneužívání antipsychotik a toto tvrzení dokládá následky na utlumených pacientech, kteří naopak, potřebují intenzivní ošetrovatelskou péči. *„No a ani utlumit ty lidi podle mě není žádné usnadnění péče, to si mohou myslet jen lidi, co prostě v nemocnici nikdy nepracovali. Když je ten pacient hodně utlumený a jen leží v té posteli, tak se mu rychle udělají proleženiny, hojení dekubitů není nic příjemného, ani lehkého, ani levného. Takový utlumený pacient se musí polohovat, sám se nenají, takže se musí krmit, nenapije se, takže se musí někdy hydratovat i s pomocí infúzi, píchat kanyla, takže je ten pacient na péči určitě i náročnější a i dražší.*“

Karolína naopak připouští možnost, že ke zneužívání omezovacích prostředků k usnadnění péče na odděleních geriatrické dochází. Důvod tohoto negativního jevu vidí zejména v nedostatečném personálním obsazení služeb, ale i v nedostatečném vybavení oddělení a jeho přizpůsobení těžkým stavům geriatrických pacientů. Jako další z příčin uvádí Karolína vyčerpanost službukonajícího personálu. *„Ano, myslím si, že někdy se zneužívají. Sestry, které slouží, jsou někdy opravdu hodně vyčerpané, protože když má 30 pacientů na starosti, stačí jeden pacient v deliriu a ona má tolik práce s tím jedním pacientem. V hlavě má pocit, že jí práce na oddělení stojí a další pacienti zvoní, tak tu sestru to dokáže tak strašně zničit, ještě když už je na nějaké třetí noční, že prostě tam už přestane taková ta kontrola toho, že to nemůže udělat, prostě chce udělat hned různé opatření, aby měla klid a mohla se věnovat něčemu jinému.(...) ...ty oddělení nejsou vždy, nebo konkrétně, to naše, není na to vybavené potřebnými prostory a věcmi, kde by ty pacienty, když třeba strašně křičí a křičí celou noc, tak se nevyspí všichni ostatní pacienti, není prostor, kam toho člověka dát, aby ho nebylo slyšet, aby mohl být sledovaný, co se s ním děje, ale aby nerušil ostatních.*“

3.5.3 Kurty

Na první otázku, kterou jsem svým respondentům položila, tedy co se vám vybaví, když řeknu omezovací prostředky, byla nejčastější odpověď kurty (**Obrázek 1**). Tato odpověď byla tak častá ne z důvodu jejich častého používání na oddělení, jak ukázala analýza, ale zřejmě z důvodu negativní prezentace této tematiky ve společnosti.

Obrázek 1. *Klasické kurty na ruce a nohy*



Zdroj: Nepokojová a Nováková, 2011

Z výpovědí zdravotníků se dal vycítit, a také analýzou dokázat, jasně převažující negativní postoj k používání této formy omezení pacienta. Vzhledem k tomu jsem toto řešení zařadila do kategorie takzvaných „tvrdých“ omezovacích prostředků. Postoje zdravotníků k používání kurtů jako omezovacího prostředku jsem se snažila zjistit i s pomocí první fiktivní situace, u které měli respondenti za úkol navrhnout přiměřené řešení a toto rozhodnutí zdůvodnit.

Důvody kurtování

Respondenti uváděli dva zásadní důvody tohoto krajního řešení. První z nich je bezpečnost, tedy prevence poškození zdraví pacienta, ale i personálu. Jedná se zejména o situace, kdy je pacient vlivem dekompenzovaného psychického stavu nezvládatelně agresivní a ostatní intervence nepomáhají (podpurný přístup), nebo jejich účinek se ještě neprojevil (psychofarmaka) a nebezpečí, které hrozí, je velké. Dalším důvodem pro používání kurtů je nutnost intravenózního podání léků, kterému pacient brání odstraňováním permanentního žilního katetru. V rámci poruchy chování a dekompenzace psychického stavu.

Lea o kurtech mluví ve spojitosti s pacienty s psychiatrickou diagnózou, následkem které potom může dojít k takové dekompenzaci psychického stavu

pacienta směřující k poškození zdraví. *„Omezovací prostředky? Většinou spíš bezpečnost pro nás a pro pacienta, každého napadnou hned kurty no nebo takový ty sítě, když se mluví o psychiatrii. (...) Tady u nás? No, že většinou tady u těch psychiatrických pacientů, co mají být vlastně v Bohnicích, co tady u nás máme... tak mě většinou napadnou asi ty kurty, prostě ohrožují sami sebe no a tím pádem, jak třeba hážou rukama kolem sebe, tak i nás...“*

Ilona vidí důvody v omezení pacienta kurty také v nebezpečí poškození ošetrovatelského personálu i pacienta. Jako příklad nebezpečí, při kterém je na místě pacienta omezit kurty, uvádí riziko spáchání sebevraždy. Další důvod pro toto omezení vidí ve snaze pacientovi zabránit ve zmaření intravenózního podání léků. *„...tak potom je tam, hm, to jsem říkala poškození personálu a druhá věc, toho pacienta samozřejmě, poškození toho pacienta samotného. Například pád, nebo sebepoškozování, já nevím, třeba jsme tady měli, může třeba skákat z okna. (...) A potom i taková ta nemožnost uskutečnit, ne ošetrovatelský, ale farmaceutický plán, tu medikaci. Někteří nejsou schopni si tu kanylu nechat, antibiotika vykapat, nebo jiné potřebné léky.“*

Také Daniela si spojuje kurtování s případy, kdy si pacient vlivem dekompenzovaného psychického stavu má tendenci odstraňovat si periferní vstupy. *„Pod tím si představím všechny prostředky, které toho člověka omezují hlavně v pohybu a tady u nás asi tak nejvíc ty postranice u postele, nebo, nebo přivázání toho člověka když sedí, nebo někdy i fixace ruky, když třeba má tendenci si vytrhávat kanyly a tak. A v podstatě jsou to asi i ty antipsychotika, který toho člověka utlumí, no, asi tak no.“*

Veronika vidí důvod pro použití kurtů k fixaci rukou pacienta jen po dobu, než zaberou psychofarmaka, které byly pacientovi podány. To také podmiňuje samozřejmě nebezpečím, které pacientovi hrozí. *„Jsou to kurty, například někdy stačí u pacienta kurtovat jen ruce, protože jsou neklidní a demencí a než jim naběhne hladina těch léků, které berou pro uklidnění, tak jsou opravdu sami sobě nebezpeční.“*

Karolína mluví o fixaci rukou pacienta také ve spojitosti s nutností uskutečnit pacientův farmakologický plán. Zároveň apeluje na potřebu kontrolování

pacienta a časovou přiměřenost tohoto opatření. „...omezovací prostředky jsou ty, které přímo omezují pohyb, například nějaké fixace, to znamená, že je to například přivazování rukou, nohou, nebo některé, jenom jedné končetiny, nebo všech, záleží od toho, v jakém je pacient vlastně stavu... (...) pokud chceme omezit, aby si pacient vytrhával kanylu, protože v delirantních stavech je to velmi časté, ta končetina se fixuje o postel, nebo o ohrádku, mělo by to být samozřejmě jen na nějaký čas, třeba po dobu trvání té infuze, pacient by měl být kontrolovaný.“

Poslední volba, krajní řešení

Z rozhovorů vyplynulo, že fixování končetin pacienta kurty je poslední možné řešení dané situace. Snaha zdravotníků vyhnout se tomuto nepříjemnému opatření je tak velká, že někteří zdravotníci pracující na oddělení geriatricke tute možnost řešení ještě ve své praxi nezaznamenali. Zdravotníci jednak v případě dekompenzace psychického stavu pacienta používají podpurný nefarmakologický přístup, farmakologický přístup, a také různá alternativní řešení, o kterých se zmíním níže. Z jejich výpovědí je zřejmá také přísná vázanost použití kurtů k omezení pacienta na indikaci lékařem.

Snahu používat jiná řešení než je fixace končetin pacienta kurty zmiňuje Veronika. „Takže někdy je fakt potřeba je fixovat, tedy dávat kurty na ruce. Vyhýbáme se tomu, opravdu se tomu snažíme vyhýbat. Zkoušíme radši mnohé jiné možnosti, ale někdy je to opravdu nutné. Setkala jsem se s tím, ale já jsem ještě nekurtovala pacienta. Snažím se to s tím pacientem nějak uhrát.“

Na velmi zřídkavé používání a nezbytnost použití kurtů až ve chvíli, když je pacient nezvladatelně agresivní, upozorňuje Erika, jinak se podle ní k tomuto řešení nepřistupuje. Zmiňuje také vázanost opatření na indikace lékaře. „No, kurty se mi vybaví, i když tady se to téměř nedělá, za ty roky jsem to viděla párkrát... (...) Jednoznačně se o tom musí informovat lékař a ten pak indikuje lék, nebo i kurty. Ale to by asi musel být i nezvladatelně agresivní. Jinak kurty ne.“

Podobným způsobem na otázku, co se jí vybaví pod pojmem kurty, odpovídá i Olga a zmiňuje, že kurty ještě nepoužila. „Já za omezovací prostředek považuji například kurty, přivazování pacienta a u nás si myslím, že k těmto věcem nedochází, za těch osm měsíců jsem se s tím neseťkala.“

Gerda také říká, že ještě také nikdy nebyla nucena kurty použít, preferuje jednak farmakologické řešení pro pacienta nebezpečné situace, ale také podpůrný nefarmakologický přístup, který ale determinuje dostatečným personálním obsazením služby. *„Tak u té jedničky to je jednoduchý, zavolala bych doktora, poprosila bych ho nejdřív o nějaký uklidňující léky, a doufala bych, že zaberou. No to už se tady několikrát stalo, nikdy jsem nikoho nepřivázala, takže prostě maximálně potom, záleží, jestli je tady člověk sám, nebo tady má sanitáře, pak je důležitý být s tím člověkem a dát mu ty postranice, který tady píšeš, že máš.“*

Helena by ke kurtování sice přistoupila, ale až po selhání jiných řešení a až po konzultaci s lékařem. *„Prvně si promluvit s tím člověkem, snažit se ho nějakým způsobem ujistit, že je v nemocnici a že je po operaci a že jako, aby se snažil ležet. Pokud by to nepomohlo, i přes tu debatu další, by to nepomohlo, tak bych s lékařem určitě konzultovala nějaké to přikurtování. Aspoň na tu noc.“*

Lea přímo zdůrazňuje vázanost tohoto opatření na indikaci lékaře. *„Ne ne sama bych to nikdy neudělala, protože to je daný i zákonem, i práva pacientů s tím souvisí, že tohle smí fakt jedině lékař naordinovat. Já nemůžu sama o sobě rozhodnout, že ho jakože připoutám.“*

Usnadňování péče

Pod pojmem usnadňování péče v souvislosti s omezovacími prostředky, chápali zdravotníci jejich použití s cílem poskytovat pacientovi co nejmenší intervenci. Omezovací prostředek nepochybně přináší i usnadnění péče, primárně má ale být podle respondentů aplikován pro dobro pacienta. Používání kurtů se musí zaznamenávat do zdravotnické dokumentace a kurtovaný pacient se musí v pravidelných intervalech monitorovat, jejich aplikace může také způsobit poškození zdraví pacienta. Tento způsob omezení musí být časově omezený a odstraněný okamžitě po odeznění příčiny.

Olga se ve své výpovědi zmiňuje o usnadňování péče ošetrovatelského personálu fixováním pacientů a takové jednání s lidmi považuje za nedůstojné. Rozdíl mezi důstojným a nedůstojným používáním omezovacích prostředků vidí v důvodu jejich použití. *„No záleží na tom, jaký omezovací prostředek, jak jsem mluvila o těch, o té zkušenosti z té praxe, kde jsem měla pocit, že fakt se ti lidi přivazovali, jen aby neotravovali, když to musím tak říct, zcela upřímně, tak to si*

myslím, že se tím určitě nerespektuje ta lidská důstojnost, ale v případě toho bezpečnostního hlediska si myslím, že to není omezení lidské důstojnosti, ale snaha o zlepšení kvality života toho pacienta.“

Erika zvažuje možnost usnadňování péče ve spojitosti s kurtováním pacientů, ale spíše poukazuje na komplikovanou intervenci, kterou si omezování pacienta vyžaduje. *„Používané jsou, ale zneužívané asi ne, jak to myslíš zneužívané, jakože se používají na to, aby měl člověk od těch lidí klid? No to asi ne, to si nemyslím. Když se třeba jednou za čas použijí kurty na ruce, tak ano, ta infuze třeba vyteče bez toho, aby se musela nějak opakovaně zavádět kanyla, to je asi i levnější, ale zase i lepší pro toho pacienta, že se nemusí tolik píchat. No, a když je člověk fixovaný, tak se musí i v pravidelných intervalech monitorovat, kontrolovat, musí se to zapsat, takže to není žádné usnadnění.“*

Josef zmiňuje výhody tohoto opatření, nejen z hlediska usnadnění péče o pacienta, ale i z hlediska přínosu pro pacienta. *„Tyto fixace jsou výhodné a usnadní práci sester i celého personálu a usnadní i pacientovi léčení jeho zdravotního stavu, protože podle mě jsou momenty, kdy za sebe oni neodpovídají, nechápou, že to, co se pro ně dělá je pro jejich dobro, takže komplikují průběh své vlastní léčby.“*

I Karolína si cení výhod, které používání omezení přináší, apeluje však na přiměřenost opatření benefitu, který to pro pacienta má, a také časovou přiměřenost, aby nedošlo ke zbytečným komplikacím spojeným s fixováním kurty. *„Já jsem za používat omezovací prostředky pokud jsou používané rozumně, v nějaké normě, jak je dáno ve standardech, když vím, že to potřebuji mít na půlhodinu, že by to vydrželo, udělat to na půlhodinu, ale ne, že to dám a je mi to jedno. Kdyby to třeba měl celou noc a ten pacient by měl oteklé ruce, mel by nedokrvenou končetinu, takže se to neuhlídalo, to by byl problém.“*

3.5.4 Postranice lůžka

Postranice lůžka u imobilních geriatrických pacientů mají bezpochyby ochrannou funkci a jsou považovány za bezpečnostní prvek v prevenci pádu pacienta z lůžka. Otázkou ale je, jestli jsou postranice lůžka aplikovány oboustranně u mobilního pacienta omezovacím prostředkem nebo jen bezpečnostním prvkem.

Důvody používání

Postranice lůžka (viz **Obrázek 2**) jsou v nemocnici aplikovány i u mobilních pacientů, u kterých je registrováno riziko pádu. To nastává zejména, zjednodušeně řečeno, při poruchách rovnováhy způsobených některými onemocněními, anebo úrazy v kombinaci se sníženým náhledem některých pacientů na svoje schopnosti v rámci demence. Riziko pádu se týká také pacientů po operačních řešeních fraktur dolních končetin, kteří mohou vlivem demence nebo zmatenosti, podcenit svoje momentální fyzické omezení a následkem toho upadnout nebo si nepřiměřeným zatěžováním operovanou končetinu poškodit.

Obrázek 2. *Postranice lůžka – nevhodné řešení*



Zdroj: www.zbb.cz, 2013

Na toto téma mluví Hynek a upozorňuje na případy, kdy pacient nemá zcela realistický náhled na svoji mobilitu a hrozí riziko, že své schopnosti přecení a následkem čeho může dojít k pádu a k závažnému poškození zdraví. „...*může se stát, že najednou přijde myšlenka, že by si chtěl stoupnout a on reálně nemůže, nohy mu to nedovolí, svalstvo mu to nedovolí, ale hlava by chtěla. A my nemůžeme riskovat to, že si zlomí krček, u těchto lidí, u starších ročníků by to mohlo být fatální a vlastně konec života.*“

Helena prezentuje názor, že postranice jsou omezovací prostředek, ale jejich používání u pohyblivých pacientů argumentuje rizikem poškození zdraví. Apeluje na to, že riziku se musí přizpůsobit i omezení. „*Já si myslím, že u mobilních pacientů to samozřejmě omezovací prostředek je, ale někdy je potřebný, u lidí, hlavně u demenčních lidí, pro které je to nebezpečné, aby chodili sami. Máme tady*

skutečně nemocné lidi, po úrazech, operacích krčků, mozkových příhodách, ti ujdou sotva několik metrů. U nich ale hrozí riziko toho, že prostě vstanou a neuvědomí si to svoje omezení. Ale určitě, je to omezovací prostředek, i když my je chráníme před zbytečnými komplikacemi.“

Výhody používání

Respondenti zmiňují některé výhody, pro které postranice lůžka oceňují a připisují jim zejména ochrannou funkci. Jednou z výhod je například ochrana před pádem z lůžka u pacientů, kteří mají neklidný spánek. Další skupinou lidí, u kterých mohou být postranice ochranným prvkem a zároveň určitou oporou jsou obézní pacienti, kteří se s pomocí postranic dokáží v lůžku bezpečně otočit. Postranice také podle zdravotníků usnadňují soběstačnost v tom, že s jejich pomocí se pacient v lůžku posadí tím, že se k postranici přitáhne.

Hynek spontánně vyjmenovává postranice jako omezovací prostředek, ale zároveň uznává výhody jejich použití. *„Tak třeba i obyčejný zábrany u postele, aby během spánku, mají neklidný spánek, díky medikaci třeba, stres ve spánku, překulou se, můžou spadnout z postele, jsou neklidni...“*

Veronika postranice nepovažuje za omezovací prostředek, nýbrž za prostředek ochranný. Ochranná funkce spočívá v ochraně proti pádu z lůžka. Další výhodou, kterou Veronika u postranic oceňuje, souvisí s oporou, kterou pacientům poskytují při některých úkonech soběstačnosti. *„...i ten člověk, který není dementní, ale je třeba obézní. Ty postele zase nejsou nijak široké a oni si o to dokonce někdy sami řeknou. Aby když se v té posteli otáčí, aby nespádli. (...)Navíc to pacientům vyhovuje, protože se mohou chytit a v té posteli si sednout, napít se...“*

Gerda sice uznává, že i postranice můžou mít určitý omezovací potenciál, ale považuje je spíše za „měkký“ omezovací prostředek, v porovnání s kurty. V jejich používání vidí spíše výhody související s lepší mobilitou v lůžku a ochranu, než omezování pacienta. Používání postranic determinuje nejen mobilitou pacienta, ale také jeho psychickým stavem. *„No, ale zase záleží na jeho duševním zdraví. Těžko říct, no asi je to omezovací prostředek, ale těžko říct, jako někdy to slouží taky k tomu, že se v té posteli líp posune, že se za ní chytí, za tu postranici,*

neupadne ti...(…) Je to omezovací prostředek, no, ale tak negativně bych to neviděla, jako kurty.“

Olga také zpochybňuje funkci postranic jako omezovacího prostředku, považuje ho za bezpečnostní prvek. I když připouští omezenou autonomii pacienta v důsledku použití postranic, apeluje na povinnost zdravotníků léčit a předcházet poškození. *„U nás se například používají postranice, to považují spíš za nějaký bezpečnostní prostředky, než přímo jakoby omezovací, no. (...)A já si myslím, že v našem případě by mělo být primární to, že tady chceme ty lidi léčit a nějak je jakoby směřovat k nějakému postupu, aby se teda od nás dostal zpátky domů, než abychom byli prostředníkem toho, že by si ještě ublížili, že by tu postranici třeba neměli a upadli by, nebo tak podobně.“*

Nevýhody postranic

Za nevýhody používání postranic respondenti považují zejména to, že pacienti omezují v soběstačnosti a jejich používáním není respektována autonomie pacientů. Toto omezení se týká například sedu s nohama dolů z lůžka, kterému postranice brání a tím brání i aktivitám, které jsou běžně v sedu vykonávány.

Olga zastává názor, že postranice pacienta omezují v soběstačnosti a také omezují autonomii pacienta, opět pro jeho bezpečí a ochranu. *„Když je pacient mobilní, tak asi, dalo by se to myslím si tak považovat, že to vypadá, že ho to nějakým způsobem ho to omezuje, ve všech možnostech, že se dejme tomu nemůže posadit, nebo si nemůže něco podat, nebo podobně, zároveň to souvisí s tou bezpečností. Ta autonomie je u pacienta omezená, ale je to pro jeho bezpečnost“.*

Další slabinou postranic lůžka aplikovaných oboustranně je jejich omezená efektivita jako bezpečnostního i omezovacího prostředku. Zdravotníci uvádějí, že mobilní pacienti zvládnou postranici překonat. Překonáváním postranic pacientem může také dojít k úrazu a k poškození zdraví. Jednak proto, že pacient překonává větší výšku, ze které potom padá, ale také „strkáním“ končetin, případně hlavy do volných prostorů postranice. Tím si pacient může způsobit zlomeniny a další úrazy. Navíc, u pacienta omezeného v pohybu se může v kombinaci s dalšími rizikovými faktory rozvinout delirantní stav.

O omezené efektivitě postranic ve smyslu omezovacího i ochranného prostředku mluví také Lea. Říká, že mobilní pacienti ji dokáží překonat. *„I když je mají tak kolikrát si najdou způsob a mají tu sílu, že je prostě přelezou, kolikrát se nám stalo, že postranice, které jsme měli, ty starší, že si ji vycvakli a slezli dolů... (...) není to efektivní.“*

Hynek tvrdí, že z použití postranic vyplývá také riziko poškození zdraví. Vzniká z důvodu nevhodného tvaru postranic v kombinaci se snahou pacienta postranici překonat. *„...ty zábrany když jsou nevhodně řešeny, není plně vyplněnej ten prostor a jsou jenom řešeny třeba tyčově, tak se třeba může stát, že ten člověk, když je lehce dementní, nebo je i dementní úplně, si může ublížit, zlomit si ruku, zkroutit si omylem ruku, poranit se. Ty postranice by měly být jinak řešeny, celý ten prostor by měl být vyplněný, aby tam pacient nemohl prostrčit nohu, nebo ruku.“*

Karolína také upozorňuje na malou efektivitu postranic jako omezovacího prostředku u mobilních pacientů, poukazuje na kontraproduktivitu jejich používání v souvislosti s rizikem poškození zdraví vlivem dalších úrazů. *„To je potom na zamyšlení, že pokud se ten pohyblivý pacient chce z té postele dostat, tak se z ní dostane s postranicí nebo i bez ní. Když přeleze postranici, tak když si to prostě vezmeme, tak spadne ještě o dvacet centimetrů větší výšky. Když jsou ty postranice, tak si tam mohou vpáčit ruce, nohy a může mít ještě i další komplikace z toho.“*

Karolína dále připouští riziko vzniku a prohloubení delirantního stavu pacienta v důsledku omezení pohybu. Podle ní by měly být postranice z obou stran lůžka použity jedině na noc, z důvodu bezpečnosti, jako ochrana proti pádu z lůžka. *„...když se dávají postranice, na obě strany, tak vlastně jde o to, že u toho pacienta to způsobuje ještě více ty delirantní stavy, nebo je ještě více prohlubuje, to znamená, že přes den by ty postranice neměly být z obou dvou stran, stačila by jen jedna, z jedné strany, nebo žádná a ty postranice by se měly dávat až na večer.“*

O použití či nepoužití postranic a o tom, jestli jsou aplikovány jen na noc, nebo i přes den rozhoduje lékař. Z některých výpovědí je ale zřejmé, že tady existuje snaha o respektování autonomie pacienta. Ta se projevuje tím, že pokud pacient postranici odmítá, jeho rozhodnutí je respektováno a zapsáno ve zdravotnické dokumentaci.

Veronika vysvětluje, že postranice se používají i u mobilních pacientů, kteří z nějakého důvodu nesmí opouštět lůžko, respektive mohou opustit lůžko jen v doprovodu někoho z ošetřujícího personálu. Ti jsou poučeni o tom, že v případě potřeby jim člen ošetřovatelského personálu postranici sejme a poskytne mu doprovod. *„No, pokud mu vysvětlím, že pokud chce vstát a jít, tak ať na mě zazvoní a já mu tu postranici sundám a doprovodím ho, tak myslím si, že ne, není to omezovací prostředek.“*

I Olga vyjadřuje určitou snahu o respektování autonomie pacienta i přes to, že pacient musí mít postranice. *„...když potom dejme tomu je oběd nebo tak, tak sundáme tu postranici, posadíme toho pacienta, aby mohl, aby se necítil prostě uvězněnej, že prostě celý den je jenom zavřený za postranicí.“*

Miroslava připouští respektování autonomie pacienta tím, že má možnost domluvy ohledně použití, či nepoužití postranice a prezentuje možnost pacienta postranici odmítnout. Jeho odmítnutí zaznamená do zdravotnické dokumentace. *„...je to tak, že pokud ten pacient tu postranici nechce, tak ji prostě nedostane. A my to máme i v dokumentaci zapsané. (...) prostě při stlaní se domluvíme s pacientem. Chcete postranice na noc? Ano, chci. Tak ji prostě má. Pokud nechce, tak ji prostě nedostane. A ještě samozřejmě, je tam ta ordinace lékaře.“*

Postranice a lidská důstojnost

Někteří zdravotníci se vyjadřovali na téma důstojnost ve spojitosti s použitím postranic lůžka hlavně pro jejich podobnost s klecí. Dle vyprávění zdravotníků se používají i postranice, které jsou svým tyčovým řešením jednak nebezpečné a také nedůstojné tím, že připomínají mříže nebo klec. Lepším řešením jsou postranice nových typů lůžek, které jsou složeny ze tří částí. Ty se aplikují dle potřeby.

Na toto téma se vyjadřuje Erika a říká, že postranice jsou omezovací prostředky, ale také velmi záleží i od jejich podoby. Apeluje na to, že používání některých typů postranic je podle ní nedůstojné. *„No, opět jsou postranice a postranice, ne vždy musí mít ten člověk pocit, že je uvězněný, my tady máme postranice složené ze tří částí. U hlavy, u těla a potom ta dolní část, pro bezpečnost stačí mít aplikovanou jen tu část u těla, když ten pacient vylézá z lůžka, tak se dají nahoru i ostatní. No ale na některých odděleních, jsou i postranice, které tvoří*

takové šprušle, jsou kolikrát i dost vysoké, po celé délce té postele, ti lidi, když se chtějí dostat ven z lůžka, tak se i mohou zranit, protože tam strkají končetiny, nebo tam i strčí hlavu... tak to potom ano, to je nedůstojné. To je jako zvíře v kleci. To je smutné.“

Ke kleci připodobňuje postranice lůžka i Lea a zamýšlí se nad nepřirozeností tohoto opatření. *„Na jednu stranu je to spíš bezpečnostní a na druhou stranu, člověk je jak v kleci, svým způsobem.“*

Daniela sice postranice za omezovací prostředky považuje, nepovažuje je za negativní ani za nedůstojné. *„Jako myslím si, že jakoby ty prostředky, které se třeba nejvíc používají, jako jsou ty postranice, to toho člověka neomezují až tolik, není to nic, co by mu způsobovalo nějakou bolest třeba, nebo tak a myslím, si, že se stejně furt dávají pro bezpečnost toho pacienta, nemyslím si, že by to bylo něco vysloveně negativního, nebo nedůstojného.“*

Podle zákona postranice nejsou omezovacím prostředkem. Názor na to, jestli postranice aplikovány z obou stran lůžka mobilního pacienta jsou nebo nejsou omezovacím prostředkem, nelze z výpovědí zdravotníků přesně vyvodit. Spíše si většina z nich uvědomuje dvojznačnost tohoto opatření.

Velmi výstižně a jednoduše se na toto téma vyjádřila Karolína, která jasně rozlišuje mezi omezovací a ochrannou funkcí postranic u mobilního pacienta a za klíčový v rozeznávání funkce postranic považuje účel aplikace. Ochrannou funkci má postranice v případě, že je aplikovaná na žádost pacienta. V případě, že má postranice pacient mobilní, kterému byly postranice aplikovány s účelem omezení jeho pohybu, je to prostředek omezovací. *„Já si to představuji takhle. Pokud je ten člověk chodící a má postranice z obou stran, ale vyžaduje je sám, protože se cítí, že by mohl upadnout, že se na té posteli cítí nejistý, tak si nemyslím, že by to byl omezovací prostředek. Pokud je to tak, že mu ty postranice někdo dá schválně, aby ten pacient nemohl z lůžka slézat, tak tím ho už omezuje.“*

3.5.5 Omezení v sedu v kardiackém křesle

Dalším způsobem omezení pacientů je mechanické omezení v sedu v kardiackém křesle (zobrazeno na **Obrázku 3**) pomocí popruhů, respektive pomocí prostěradla. Všichni respondenti souhlasí s tvrzením, že se jedná jednoznačně o omezovací prostředek.

Obrázek 3. Kardiacké křeslo



Zdroj: www.ajax.sedlcany.cz, 2015

Druhá fiktivní situace vyžaduje od zdravotnického pracovníka rozhodnutí mezi dvěma nepříznivými volbami. Musí učinit rozhodnutí, jestli bude jednat v souladu s principem beneficence, nechá pacientku sedět a dočasně jí omezí v pohybu v rámci bezpečnosti, zároveň ale nebude respektovat její vůli. Další možností je, že bude jednat s respektem k autonomii pacientky, nechá ji ležet na zádech a v podstatě tímto rozhodnutím umožní, aby se zdravotní stav pacientky zhoršil.

Toto opatření se podle zdravotníků používá u geriatrických pacientů, kteří jsou omezeně mobilní, ne zcela imobilní, nezvládnou se sami posadit k jídlu a sed na lůžku s nohama zpuštěnými z lůžka neudrží. Proto se posazují do kardiackých křesel. Jsou ohrožení imobilizačním syndromem a s ním spojenými komplikacemi. Poloha v sedu je pro ně prospěšná. Je navíc i důstojná, jíst v sedě je důstojné.

Přínosy polohy v sedu

Zdravotníci udávají důvody posazování pacientů do kardiackého křesla a vyzdvihují polohu v sedu hlavně pro její benefity v oblasti zdravotní. V souvislosti s uvedenou kazuistikou oceňují prospěšnost této polohy pro umožnění léčby dekubitů.

Nepochybně má vliv i na samotnou prevenci vzniku dekubitů. Jako další zdravotní benefity uvádějí respondenti zlepšení funkce dýchacích cest a s tím související prevenci zápalu plic. Vertikalizace do sedu je také prospěšná pro celkovou aktivizaci geriatrického pacienta a zlepšování jeho mobility a soběstačnosti.

Karolína uvádí jako příklad zdravotního přínosu polohy v sedu pro pacientku nejen to, že umožňuje hojení dekubitů, ale také zlepšení ventilace a prevenci zápalu plic. *„Hm, tak to sezení v tom kardiackém křesle je prospěšné i z jiných důvodů, tím, že pacienti lépe dýchají, my víme, že je to dobrá prevence zápalu plic, takže jako tam je poloha pro ni dobrá, myslím si určitě, že je to pro ni benefit.“*

Podobně argumentuje i Erika, prevencí zápalu plic a také prevencí vzniku proleženin. Kromě toho vyzdvihuje snahu svoji i svých kolegů působit pozitivně na zdravotní stav geriatrických pacientů i přes fyzickou náročnost těchto opatření. *„Ono to kolikrát není ani úplně jednoduché ho do toho křesla posadit, když ta jeho mobilita je zhoršená, má atrofované svaly a moc nám nepomůže. Ale my se i přesto snažíme ho posadit, aby třeba nedostal zápal plic, když jen pořád leží. Aby se mu neudělaly proleženiny například...“*

Daniela považuje polohu v sedu za užitečnou nejen v souvislosti s prevencí zhoršování dekubitů, ale také proto, že je přesvědčena o její potřebnosti v prevenci vzniku a prohlubování imobilizačního syndromu a pro zlepšování mobility. *„Myslím si, že pro ni ta poloha v sedu je potřebná, že jinak tam fakt hrozí zhoršování těch dekubitů... (...) ...ale pak se v podstatě u těch lidí i ta celková hybnost nějak zlepšuje, když sedí a neprohlubuje se tam ten imobilizační syndrom.“*

Tuto polohu považuje většina respondentů za přínosnou natolik, že trvají na sezení pacienta i přes jeho nevoli, ale jen za předpokladu, že pacient nemá bolesti a není příliš unavený. To jsou faktory, které zdravotníci berou v úvahu a pacientovi opět umožní odpočívat v lůžku.

Lea otevřeně přiznává, že posazování pacienta v kardiackém křesle praktikuje v případě, že je přesvědčená o zdravotním přínosu tohoto opatření pro pacienta. V rámci tohoto opatření přiznává své důrazné jednání, které ale poleví,

když pacient udává bolesti vyplývající z této polohy. Potom pacientovi umožní přesunout se do postele. *„Já jsem v tomhle taková prostě tvrdá, беру, pokud už je něco bolí, tak chvílku je nechám ležet, ale já jsem v tomhle hodně tvrdá, že prostě vím, když vidím, že jim to do budoucna hodně pomůže, tak v tu chvíli na ně tvrdá jsem a prostě seděj.“*

Hynek je podobného názoru, v souvislosti s řešením druhé situace považuje nerespektování pacientčiny vůle za nedůstojné, ale sedět by ji nechal do doby, než bude unavená. Sed by se snažil pacientce co nejvíc zpohodlnit. *„No u tý dvojky vím, že by to bylo nedůstojný, ale asi bych tu paní nechal na tom křesle, protože vím, že to pro ni bude nejvhodnější a vlastně použil bych polohovacích pomůcek, použil bych třeba věnec nebo kruh se tomu říká, nebo nafukovací kruh, a teprve, když by se unavila, bych ji do tý postele dal. A pak, po určitý době bych ji zase do křesla dal.“*

Karolína považuje za nejdůležitější zdravotní přínos tohoto opatření i přes to, že ho nepovažuje za důstojné. Upozorňuje na možnost, že kdyby se někdo pacientce věnoval, nemuselo by v sedu v kardiackém křesle dojít k omezení pacientky. *„Pro mě je největší hodnotou to, aby pacient neměl žádné komplikace a problémy, zdravotní problémy, které by byly... jak říkám, kdyby byl někdo, kdo by měl čas trávit s tou paní a povídat si s ní, tak by to bylo hezčí, bylo by to určitě větší respektování její důstojnosti, než to, že ona bude sedět v kardiackém křesle a bude přivázaná, to je samozřejmě nedůstojné. Když ona něco chce a my jí něco vnucujeme, to, co chceme my a to co my pokládáme za dobré pro ni.“*

Daniela prezentuje názor, že nevíle pacienta sedět, je pouze dočasná a dá se časem překonat. Myslí si, že pro dobro pacienta je potřeba jeho nevíli nerespektovat. *„Myslím si, že často je to třeba nějaká přechodná věc, že tu polohu netolerují, ale pak se v podstatě u těch lidí i ta celková hybnost nějak zlepšuje, když sedí a neprohlubuje se tam ten imobilizační syndrom. Takže si myslím, že je důležitý ty lidi vysazovat, i když třeba nechtějí ze začátku.“*

Důstojnost tohoto opatření

Dalším přínosem sezení v kardiackém křesle je podle respondentů to, že pacienti i přes jejich omezení mobility a neschopnost se samostatně posadit mohou zúčastnit úkonů soběstačnosti přirozenějším a důstojnějším způsobem.

Erika prezentuje názor, že pacienti v nemocnici nemusí být nutně pasivní příjemci péče. Proto se snaží i pacientům minimálně pohyblivým umožnit vykonávat běžné věci důstojnějším způsobem a hlavně samostatně. *„Ono se to sezení kolikrát těm lidem nelíbí popravdě, ale zase to, že jsou tady v nemocnici, ještě neznamena, že přece musí furt jen ležet. No, a když jsou to pacienti, kteří se ani k tomu jídlu neposadí, nebo se neudrží v sedě na lůžku ani po dobu toho jídla, tak ho prostě dáme do křesla. Když si to tak vezmu, ono je i důstojnější, když člověk u toho jídla sedí, no ne?“*

Gerda polohu v sedu v kardiackém křesle oceňuje zejména proto, že z hlediska příjmu potravy je pro pacienta přínosnější a také přirozená. Posazováním pacientky se jí snaží aktivizovat a umožnit jí být opět soběstačná, s ohledem na kontraindikace. *„Jak to říct jinak, je to prostě zvykem chodit jíst ke stolu, málo lidí jí v posteli, já ji nebudu nutit, jestli bude mít, já nevím co, na zadku, bude mít zlomeniny, bude zafačovaná, tak ji nebudu přece nutit sedět u toho stolu, ale protože jako je to zvykem v normální kultuře, ve společnosti, tak prostě si sedne k tomu jídlu. Hm, asi tak. (...) Takže já se snažím je vrátit do toho jejího života, aby se zapojila zase, aby byla soběstačná.“*

Způsob omezení, důvody omezení

V souvislosti s polohou v sedu v kardiackém křesle uvádí respondenti také omezování těchto pacientů v pohybu prostřednictvím popruhů, které se v jejich výpovědích objevují v podobě tzv. pásu kolem břicha, bederního pásu atp. Na omezování pacientů používají také prostěradlo. Upevnění popruhem, či prostěradlem slouží jako ochrana pacienta před sklouznutím z křesla, tedy pádem. Slouží také i jako omezení pacienta v opouštění křesla, zvláště u pacienta s demencí a omezenou pohyblivostí, který by při tomto úkonu mohl také upadnout.

I Ilona by vzhledem k zavedené praxi na oddělení geriatrie volila v tomto případě omezení pacientky v pohybu pásem kolem břicha v sedu v kardiackém

křesle. K tomuto opatření by přistoupila z důvodu, že pacientka i přes vysvětlování nechápe přínos této polohy. „*No, asi vzhledem k tomu, že už je to takovou praxí, tak já bych asi omezila pacientku na tom pohybu. (...) ...v křesle, nějakým tím pásem kolem břicha, aby nemohla vstát, v podstatě by asi byla přivázaná, no, k tomu křeslu. Když se jí to teda nedá vysvětlit žádným způsobem.*“

Lea v podobných případech zabezpečí pacienta prostěradlem kolem pasu, aby zabránila jeho pokusům přesunout se zpátky do lůžka. „*No já většinou když chci vysadit, tak aspoň to prostěradlo mu dám jakože kolem pasu, že potom mám tu minimální jistotu, že se jí nepodaří se rychle z toho křesla dostat.*“

Gerda také připouští použití omezovacího prostředku, připoutání pacientky v kardiackém křesle z důvodu bezpečnosti. Také zdůrazňuje, že toto opatření musí pro pacienta představovat určitý přínos. „*...ale bude holt přivázaná v tom křesle proto, aby neupadla. (...)...ale tam záleží, u někoho, u koho to ten smysl nějaký má, tak ho tam prostě chvíli sedět necháš, že jo?*“

Ochranu pacienta před pádem uvádí jako argument použití omezovacího prostředku i Veronika. „*Tak toto je také omezovací prostředek, že je fixujeme v tom křesle, aby nespadli, takže i to je určitý druh omezování, ale zase, je to pro jejich bezpečí.*“

Olga vysvětluje způsob použití prostěradla jako improvizovaného omezovacího prostředku a zdůrazňuje, že tento prostředek je aplikován tak, aby pacientovi nezpůsobil žádnou újmu. Jako důvod pro použití riziko pádu z křesla. „*No tak proto my tady ty lidi zajišťujeme prostěradlem, jakoby jemně, že je přivážeme k tomu křeslu i s tím smyslem, že i kdyby třeba nevstávali, tak ono je to z takovýho materiálu, že by mohli prostě uklouznout dolů, tak i toho důvodu, aby nám prostě po tom nesjížděli. Ale samozřejmě je to vždy udělaný tak, aby mohli volně dýchat, aby někde to netlačilo, nebo tak.*“

Zpříjemnění sezení

Proto, že zdravotníci považují sezení v kardiackém křesle pro pacienty velmi přínosné, se snaží pacienty k sezení také motivovat, nebo alespoň jim sezení nějakým způsobem usnadnit, případně zpříjemnit. Mezi zpříjemnění patří například přiměřené

zaměstnávání, sledování televize, použití polohovacích pomůcek nebo také to, že se pacientovi věnuje personál, studenti na praxi nebo dobrovolníci.

Veronika se pacienty snaží zabavit, komunikovat s nimi a také je nějak potěšit. „*V průběhu dopoledne se je snažíme nechávat 3-4 hodiny v tom kardiackém křesle, aby tam měli pití, snažíme se je něčím zaměstnat, dáme jim něco jíst, hlavně když mají něco od rodiny, nějakou dobrotu, to jim tam dáme, záleží také od pacienta. Někdy jim také udělám kávu, dokonce i ze svého, abych je potěšila, zabavila, aby tam prostě vydrželi. Opravdu se je snažíme různě zaměstnat. Někteří mají na pokojích televizi, takže se dívají na televizi, někdy jim pustíme rádio.*“

Olga by se také pokusila vysvětlit pacientce nutnost bezpečnostních opatření a také by měla snahu pacientku zabavit. „*Tak asi bych ji uvázala v tom křesle, snažila bych se jí to samozřejmě vysvětlit, proč je to tak pro ni nejlepší, že se jí ty dekubity jinak nezahojí a že to hodně bolí, no a ještě bych se jí snažila asi nějak zabavit, pustila bych ji televizi, rádio.*“

Karolína vysvětluje, že v případě, že by si na pacientku našel někdo čas po celou dobu sezení, nebylo by nutné ji omezovat v pohybu. *Pokud by z toho křesla vstávala, musela by dostat ten bederní pás, který ji tam udrží, ale například pokud by byla nějaká sestra, nějaký dobrovolník nebo nějaký studenti na praxi, který se ji budou po dobu, kdy ona bude sedět v tom kardiackém křesle, věnovat a zaměstnat ji nějakou činností, tak by nemusela mít samozřejmě žádné omezení. Byla by prostě jen v tom kardiackém křesle bez omezení, ale prostě ta její pozornost by se omezila na něco jiného.*

Kdy neposazovat?

Zdravotníci nepřístupují k posazování pacientů do kardiackých křesel zcela neselektivně. Neposazují pacienty, u kterých jsou kontraindikace delšího sedu, velký odpor a odmítání sezení v kardiackém křesle a tam, kde už toto opatření nepřináší pacientovi žádný přínos. Mají také snahu pacientovi vysvětlit důvody vykonaných opatření.

Veronika v souvislosti s tímto tématem říká: „*Tak určitě ho nenecháme křičet, už když chce hodně do postele, tak jde. Většinou se, i když vysazujeme, snažíme ptát naší rehabilitační, jestli tam není nějaká kontraindikace. No, a pokud*

opravdu nechce a už ho nemáme jak zaměstnat, tak ho dáme zpátky do postele. Stává se to, i teď máme takovou pacientku.“

Erika zdůrazňuje, že posazování pacienta záleží také od toho, jestli toto opatření má pro pacienta nějaký přínos. *„Je jasné, že když z toho křesla visí a že mu to v tom křesle nesvědčí, tak ho v té posteli necháme. Tam už to není žádný přínos. Ano, přínos je to správné slovo a je potřeba to nějak odhadnout.“*

Olga vyjadřuje pochopení pro osobní zkušenosti pacientů a přikládá důležitost individuálnímu přístupu k této oblasti. Také považuje za důležité, pacientce vysvětlit důvody tohoto opatření. *„Hm, tak tady bych se snažila jakoby o to vysvětlit jí, proč je dobré aby seděla v tom křesle, že prostě kdyby ležela v té posteli, takže jí to jenom zase zhoršuje, ale na druhou stranu v souvislosti s tímto se mi vždycky vybaví ten příběh, jak jsme tady měli paní, která si taky nechtěla sedat do křesla, až jsme se po nějaké době dověděli od rodiny, že ona si nikdy, celý život, ani doma, že prostě nikdy si nechtěla sednout do křesla, že prostě k tomu měla nějaký osobní důvod, takže i to si myslím, že to i to se může stát, že pacient když něco nechce, prostě z čistě nějakého osobního důvodu, co se mu stalo v životě, tak i to je podle mě potřebné respektovat...“*

3.5.6 Alternativní způsoby omezení

V rozhovorech s některými zdravotníky se objevily i další možnosti omezení pacienta v pohybu v případě rizika poškození zdraví. Pro potřebu zařazení do jedné kapitoly, jsem je nazvala alternativními způsoby omezení. Jsou to způsoby, kterých účelem je sice také omezit pacienta v pohybu, jsou ale o něco mírnější a pro pacienty podle zdravotníků také i méně stresující. Jsou užitečné v případě, že situace není tak závažná, nebo se omezení vyžaduje jen na krátkou dobu, například po dobu, než začnou působit antipsychotika.

„Rukavičky“

Prvním z nich je použití „rukaviček“ (viz **Obrázek 4**), ve kterých když má pacient ruce, zabráni mu, nebo minimálně ztíží sebepoškozování, například škrábání se nebo vytrhávání kanyl a dalších periferních vstupů. I to uvádějí zdravotníci jako formu omezení, kterým se dá nahradit fixace rukou s pomocí kurtů.

Obrázek 4. „Rukavičky“ – ochranné návleky na ruce



Zdroj: www.aposbrno.cz, 2015

Způsob jejich využití popisuje Karolína. *„Například jsou lidé, kteří by se mohli poškrábat na obličeji, tak existují takové rukavičky, které se jim jen navlečou na ruce, aby se nepoškrábali...“*

Tento způsob omezení navrhuje i Erika a vysvětluje, v čem spočívá mechanismus omezení s použitím tohoto opatření. *„No, možná bez kurtů by se to dalo. Stejně si myslím, že tady je taková tendence se jim hodně vyhýbat. A používají se hodně málo. Dají se i lehce nahradit. Když si člověk vytrhává vstupy, tak to se dá vyřešit i pomocí takových velkých rukavic, to potom člověk nemá žádnou jemnou motoriku a k těm vstupům se prostě nedopracuje.“*

Polohovací postel

Dalším ze způsobů je omezení prostřednictvím polohovací postele. Zdravotníci popisují jako účinné opatření pro omezení geriatrického pacienta polohováním postele.

Erika navrhuje jako účinný způsob omezení pacienta zdvižením podhlaví a podnoží postele, které může pacienta zcela omezit a tím předejít riziku pádu, nebo to pacienta alespoň v jeho počínání pozdrží. *„Ale omezit se dá i pomocí té polohovací postele, například tím, že se zvedne ta spodní část lůžka a zároveň i horní část, no a ten člověk se z postele nedostane. Podle mě.“*

Nábytek

Jiný způsob alternativního omezování pacienta v pohybu, který má za úkol zabránit pacientovi opustit lůžko, je omezení částmi nábytku, například za pomoci kardiackých křesel.

Tento způsob omezení navrhuje Helena, která by využila kardiackých křesel a dalších pomůcek. *„No, pokud by tam hrozil opravdu nějaký velký pád, tak asi bych se nejdřív snažila ohradit postel, křesly, jak to tady děláme, asi bych si ho vyloženě nekurtovala sama, bez indikace lékaře. Asi bych se to snažila vyřešit nějakýma pomůckama kolem dokola, ne přímo kurtací.“*

Polohovací pomůcky

Dalším popisovaným způsobem je použití polohovacích pomůcek, nejen k omezení, ale také k uklidnění pacienta.

Lea vysvětluje způsob použití polohovacích pomůcek v kombinaci s polohováním postele na uklidnění pacienta a také i jeho omezení v pohybu. *„No já třeba používám, jak tady máme ty molitanový hady, tak první co mě vždycky napadá je to, že udělám vlastně takovýto vajíčko, tím se ty lidi také zklidní, že pod ty záda a pod ty nohy a jinak ještě dělám to, že to nožní, jak zvedáme ty nohy nahoru, že ho prostě jakoby v tu chvíli obložím, že když bude chtít přelézt, tak aby s tím měl problém, o to ho jakoby zdrží. To je takovýto první, co můžu v tudle chvíli udělat.“*

I Josef považuje použití polohovacích pomůcek na zklidnění pacienta za velmi vhodné. Polohy, které při tom využívá, čerpá z konceptu Bazální stimulace a považuje je za účinné při dekompenzaci psychického stavu pacienta. *„Mě se na uklidnění pacientů osvědčilo polohování, například poloha mumie, nebo poloha hnízdo, to mám z bazálky a u toho polohování si s pacientem povídáme. (...) Z konceptu Bazální stimulace, nevěřil jsem, že by to pomohlo, ale skutečně se mi to zatím osvědčilo. (...) Jsou to polohy, které jsou pro pacienty velmi pohodlné, toho pacienta doslova obalíš, tím ho jednak uklidniš a zároveň omeziš, ale to ho potom nemusíš ani omezovat vlastně.“*

Koncept Bazální stimulace čerpá z mnoha vědeckých oborů, především z neurologie, vývojové psychologie, anatomie, fyziologie, speciální pedagogiky a ošetrovatelství. Autorem konceptu je profesor Andreas Fröhlich. Koncept využívá mnoho technik, kterými se u pacienta dosahuje stimulace somatické, taktilní, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Mezi cíle bazálně stimulující péče patří umožnit pacientovi vlastní život, poskytnout mu pocit jistoty a důvěry, umožnit pacientovi navázat vztah, poskytnout mu autonomii a zodpovědnost za svůj život. Jednou z technik, které tento koncept používá je i polohování. Poloha mumie je určena pro pacienty zmatené, neklidné a agresivní, probuzené z kómatu. Pacient leží na zádech, hlavu má podloženou polštářem, horní končetiny zkřížené na hrudi, tělo má obložené polohovacími pomůckami, dekami a ložním prádlem a je celý obestřen prostěradlem. Poloha hnízdo umožňuje pacientům odpočívat a navozuje u nich příjemné pocity, nabízí pocit jistoty a bezpečí tím, že umocňuje vnímání hranic těla. Používá se kromě jiného i k navození libého pocitu, zklidnění, k fixaci těla pacienta v určité pozici, k podpoře svalového tonu. Pomůcky jsou shodné jako u polohy mumie. Pacient v této poloze leží ve své oblíbené pozici, jeho tělo je ohraničené polohovacími pomůckami a je přikrytý dekou (Friedlová, 2009).

3.5.7 Bez použití omezovacích prostředků

Třetí fiktivní situace se týkala mobilního pacienta s demencí, který má tendence bez ohlášení opouštět oddělení. Nikdo z respondentů v rámci svého řešení situace nenavrhol použití omezovacích prostředků, včetně uzamčení oddělení. I přes uvědomovaná rizika poškození zdraví, se zdravotníci shodli v tom, že použít omezovacích prostředků by nebylo odpovídající riziku. Nikdo z respondentů explicitně nevyjádřil, že pacientovi hrozí poškození zdraví a jaké. U všech je cítit důraz na preventivní opatření v této situaci, v jehož návrzích se více, či méně odlišují. Jako preventivní řešení situace by volili snahu o zaměstnání pacienta, zvýšený dohled, zapojení dalších pacientů do spolupráce při zvýšeném dohledu, upozornění nemocniční informační služby. V případě ztráty pacienta by kontaktovali strážní informační službu a poté policii.

Lea popisuje řešení této situace ze své vlastní zkušenosti. Její výpověď svědčí o tom, že u mobilních pacientů s demencí, kterým nehrozí bezprostřední riziko pádu při opuštění lůžka, nedochází k jejich omezování. *„Tuhle situaci jsem tady opravdu zažila u jednoho nejmenovaného pacienta. Zjistila jsem, že tady není, on nic neřekl, ale byl svéprávný, odešel si, tak jednoduše, zavolala jsem lékaře,*

potom jsem ještě zavolala nahoře tý ochrance, jestli takovýho člověka neviděli, prostě popis, jak vypadá, jestli ho neviděli, a pak jsme s doktorkou volaly normálně policii, jestli se v okolí někde nepotuluje, pak ho hledali a našli.“

Ilona považuje použití mechanického omezovacího prostředku za neadekvátní a za jediné možné řešení považuje zvýšený dohled všech zaměstnanců ve službě. O pomoc při zvýšeném dohledu by poprosila i další pacienty z oddělení. *„Já bych ho určitě nevázala na postel, to je pro mě nesmysl. Doufala bych asi v to, že se mu nic nestane, dávala bych si na něj větší pozor, a snažila bych se určitě ho nějakým způsobem ohlídat. Většinou jim stačí, když další mobilní pacienti vědí, že ten dotyčný nesmí opustit oddělení, že by prostě netrefil zpátky. Že to kolikrát i stačí, že i oni sami upozorní, že už tam je taková ta kolektivní práce s těmi pacienty.“*

Veronika připouští realnost této situace a vysvětluje, že se v takových situacích snaží pacienta zabavit a věnovat mu zvýšený dohled. Za důležité považuje i tuto možnost u pacientů předvídat. Nepodcenila by ani opakované domlouvání pacientovi ohledně jeho jednání a motivaci k lepší spolupráci. *„No i takového pacienta se snažíme nějak zaměstnat, snažíme se ho mít co nejlíže k vyšetřovně, abychom ho měli na očích, protože pokud ten pacient není zbaven svéprávnosti, my mu to v podstatě nemůžeme ani zakázat. My se s ním musíme dohodnout, musíme mu to vysvětlit, ale i tak se nám může stát, že ten pacient odejde, hlavně když přijdou návštěvy a on může odejít s návštěvou, ta návštěva též nemusí vědět, jaký je to pacient, že je dementní a že neví, co dělá. Ta návštěva ho svezze výtahem dolů... ti pacienti (s demencí) kolikrát vypadají inteligentně, umí velmi dobře mluvit a fabulovat a člověk na nich na první pohled nepozná, že je dementní. Opravdu se umí takto chovat. Takže tady jde jen o to, že my jsme ve střehu, a že tyto pacienty si dokážeme vytipovat. Musíme je mít na očích, a když je zaměstnáme, nebo jim něco dobrého dáme, tak oni se i přizpůsobí, mají většinou rádi sladké, nějaké dobroty, tak je i někdy nalákáme na čokoládu z automatu.“*

Erika také odmítá použití omezovacích prostředků a myslí si, jako řešení navrhuje překlad pacienta na specializované pracoviště. *„No, tam se nedá nic moc dělat, takového člověka nemůžeme nijak fixovat, ani nikam uvázat, to by bylo zbytečné. Asi jen upozornit strážní službu, že máme takového pacienta na oddělení*

a že má tendenci utíkat, no a spoléhat na štěstí, že neopustí bránu nemocnice, nebo že se mu nic nestane. To už se tady stalo několikrát, no a zatím se nic nestalo, naštěstí. Nemůžeme kvůli tomu zamykat oddělení. No a tohle si také musí řešit lékaři, takový pacient patří na nějaké oddělení se zvláštním režimem...“

3.5.8 Paternalismus v péči o geriatrické pacienty

Dle vyprávění zdravotníků je paternalismus ve zdravotnictví a zejména v geriatrici zcela běžný. Respondenti paternalismus popisovali například jako jednání jako s dětmi. Podle jejich vyprávění se jedná o autoritativní způsob komunikace s pacienty, který se projevuje vydáváním pokynů, rozkazů, káráním a poučováním, nucením do jídla, pití, cvičení a dalších aktivit. Může se projevovat přísným tónem a také manipulativním jednáním.

Karolína definuje paternalismus jako přístup zdravotnického personálu k pacientovi způsobem, který ho degraduje na úroveň dítěte, které musí pečující osoby, na kterých je závislý, poslouchat. *„Je to podle mě direktivní způsob jednání s těmi pacienty, kdy vlastně jsou pacienti v takové roli dítěte, dalo by se říct, kdy vlastně od všech kolem, kteří se o něj starají, mu dávají příkazy, co má dělat, kdy to má dělat, jak to má udělat, co by bylo pro něj nejlepší, co má udělat v dané chvíli.“*

Podle Ilony je projevem tohoto přístupu i určitá „přepečlivost“ ze strany zdravotnického personálu, která omezuje samostatnost pacienta. *„Paternalismus, teď nevím, jestli to řeknu dobře, ale já mám dojem, že by to měl být, takový ten ochránářský postoj. Ten personál pracuje na úkor sám sebe a omezuje toho pacienta, tou péčí, tím jak se strašně snaží, aby ten pacient byl tip top, tak ho sám omezuje, zapomíná na tu jeho autonomii, prostě ono by to asi mělo souviset.“*

„Vynucený“ paternalismus

Zdravotníci tvrdí, že někdy je paternalistický přístup ve smyslu pokynů, rozkazů a poučování vysloveně nutný, je potřebný zejména pro pacienty, u kterých je jejich schopnost rozhodovat o sobě omezena. Tato jejich snížená schopnost rozhodování sama o sobě je způsobená úbytkem kognitivních schopností v důsledku demence. Respondenti tvrdí, že jsou svým způsobem do takového jednání dotlačeni i přes to, že se s tímto

přístupem neztotožňují. Toto jednání také souvisí s povinností zdravotníků pomoci pacientovi k celkové aktivizaci a navrátit mu jeho soběstačnost.

Lea vysvětluje, že tento přístup je vynucený pasivitou pacientů, která vyplývá z jejich omezené schopnosti samostatně jednat z důvodu demence. *„My máme hodně dementních pacientů. Jestli je tu celkově pět takových lidí (bez kognitivního deficitu), že jo. Jinak zbytek, to musíš dávat pokyny, rozkazy, aby udělali to a to, jinak vlastně to neudělají.“*

Miroslava zase zdůvodňuje potřebu paternalistického přístupu v případě, že se pacient „vžije“ do role pasivního příjemce péče a vyžaduje i péči, kterou ve skutečnosti nepotřebuje. Zároveň apeluje na přiměřenost a selektivitu tohoto přístupu. *„...je to třeba v některých případech, kdy ten pacient je třeba schopný a šikovný, je schopen samostatné péče, ale v podstatě je, nevím, jestli tak zahleděn sám do sebe nebo prostě si myslí, že tím, že je v nemocnici, má pocit, že sestry jsou povinny vykonávat za něj veškeré činnosti, což není pravda. A pokud dojde k takovému případu, že ten pacient jenom čeká, že se za něj všechno udělá a není to vůbec za potřebí, ten pacient je skutečně šikovný, dokáže to udělat sám, tak v tom případě, se dá říct, že používáme i tento přístup, protože naší povinností je, udržet ty pacienty soběstačné nebo jim dopomoci k té soběstačnosti. Takže v takovém případě, pokud je to nevyhnutelné a ten pacient reaguje na tento přístup, tak ano, ale zase v určité míře a samozřejmě jen v určitém rozsahu. A určitě to s tím paternalistickým přístupem nepřehánět.“*

Podobného názoru je i Hynek, který tvrdí, že je velmi potřebné pacienta během hospitalizace aktivizovat, což si někdy vyžaduje i jednání v duchu paternalistického přístupu. I on ale upozorňuje na důležitost přiměřenosti tohoto jednání. *„...no měl by se používat asi jen v tom smyslu, že ten člověk bude, že reálně by byl schopnej, ale nechce, musíme se chovat k němu stejně, motivovat ho, posouvat ho někam dál, aby se nějak snažil, aby i když je potřeba, řeknu to ošklivě, změnit tón hlasu, aby si uvědomil, že to musí udělat, aby se nějak zlepšil. Nemůžeme být takový, že když pán nechce, tak to s ním prostě dělat nebudeme, ale mít tu trpělivost a chovat se k němu tak, aby se snažil, aby ten člověk byl nějak jako... ale my tady nejsme od toho, abychom ho tady drtili nějakýma rozkazama, ale mělo by se mu to podat přátelskou formou ...“*

Jednou z nejdůležitějších intervencí pečujících v geriatrici je aktivizace pacienta v procesu jeho uzdravování. To zahrnuje podporu a motivaci staršího člověka k tomu, aby samostatně vykonával vše, na co stačí. Jedná se o rozvíjení stupňované soběstačnosti, je základem v léčbě a prevenci dekubitů, kontraktur, trombóz, infekcí a pádů. Dalším cílem této intervence je posílit vlastní odpovědnost seniorů (Schuler a Oster, 2010).

Potřeba selektovat

Zdravotníci sice přiznávají, že s pacienty jednají paternalisticky, ale na druhou stranou upozorňují na to, že se tento přístup nesmí používat zcela neselektivně, protože ne všem tento přístup jednání vyhovuje.

Karolína tvrdí, že někdy je tento direktivní přístup i pozitivní a pomůže se pacientovi se v situaci zorientovat. Zároveň ale říká, že tento přístup se nemusí líbit lidem bez kognitivního deficitu a může to vést k jejich nespokojenosti během hospitalizace „...myslím si, že v některých případech je to i přímo žádoucí, aby se tento přístup vůči pacientům použil, protože když mají tu poruchu rozhodování, tak by se asi k ničemu nedopracovali. Když prostě někomu nebudeš direktivně říkat, chod'te pravou nohou, teď chod'te levou nohou, tak se prostě dostanou do takového stavu zmatenosti, kdy se neumí rozhodnout, to jsou ty případy, kdy si myslím, že ten paternalismus je, kdy je to pozitivní, že to tomu pacientovi může pomoci, ale pokud to někdo vyhroťte do nějakých extrémů, kdy se fakt chová strašně nadřazeně, tak to spíše některým pacientům může ublížit, zvláště těm, kteří jsou ještě myslící, kterým to fakt dobře myslí, kteří jsou kognitivně zdatní, tak s těmi se pak dostanou do nějakých konfliktů, myslím si, že jsou to příležitosti pro stížnosti.“

Daniela je naopak názoru, že tento přístup neocení ani lidé s kognitivním deficitem, tvrdí, že i oni dokáží vycítit nevhodné jednání a degradování na úroveň dítěte. Toto jednání považuje za ponižování lidské důstojnosti. „... já si myslím, že by se právě mělo myslet na tu důstojnost toho člověka a někdy si myslím, že se ty lidi podceňují i třeba co se týče těch kognitivních schopností a často i třeba lidi s demencí vnímají takovéto špatné chování k nim nebo takovéto zacházení jakoby byli děti, že jim to vadí.“

Lea přiznává, že tento způsob jednání někdy vyvolává v pacientech hněv a zlost. „...kolikrát, když vidím, jak se rozčilují, oni to berou tak, že je kárame tím,

že je furt jenom poučujeme, což taky jakoby není dobře, ale kolikrát to prostě nejde, když jim to neřekneme, aby to udělali, tak prostě jen čekaj a když dáme zase pokyn, tak se zase rozčilujou, že je poučujeme.“

Olga na základě své zkušenosti přiznává, že ne každý z personálu oddělení geriatrické má schopnost přizpůsobit své jednání potřebám pacientů a jejich individualitě a tento přístup má tendenci nadsazovat. „...já si myslím, že je to čistě individuální, že sestra od sestry a i lékař od lékaře, vlastně jakýkoliv člověk z týmu zdravotnického personálu, si myslím, že přistupuje individuálně k těm lidem a mám i vlastní zkušenost, že to někdo, trochu mi přijde, že už to trochu hraničí s paternalismem, že někdo má potřebu dávat nějaký pravidla, a tak a úplně to třeba neodhadne, jak je vhodný to těm lidem podat, takže to potom vyzní čistě autoritativně, ty pokyny, takhle to bude a takhle to bude. Ale třeba já osobně se snažím to nedělat, já doufám, že to nedělám.“

3.5.9 Autonomie a respekt k autonomii

Téma paternalistického přístupu úzce souvisí s tématem autonomie a respektu k autonomii. Ne každý pacient je ale podle respondentů schopen se ještě autonomně rozhodovat. Tato schopnost sebeurčení může být omezená úpadkem kognitivních schopností natolik, že jeho rozhodnutí mohou být nejen neadekvátní, ale také nebezpečné, ohrožující jeho život a zdraví.

Daniela vysvětluje, že ve stáří dochází k omezení autonomie pacienta v důsledku zhoršeného stavu kognitivních funkcí a také jeho omezenou mobilitou. „...holt ta autonomie je prostě narušená téma faktorama toho člověka. (...)... jsou omezený, třeba téma kognitivníma funkce, nebo i pohybově, takže spíš třeba klást důraz na tu jejich důstojnost i v tý jejich nemohoucnosti.“

Podobným způsobem se na toto téma vyjadřuje i Karolína, která také zpochybňuje autonomii člověka s poruchou kognitivních funkcí a zároveň vystihuje nejčastěji uváděný důvod nerespektování autonomie v nemocničním prostředí. Tím je jednání v souladu s principem beneficence. „Myslím si, že pokud jsou u nich narušeny rozhodovací funkce, tak tam to nejde, aby měli zachovanou jejich autonomii, protože tam hrozí nějaké riziko toho, že si ublíží a zdravotníci musí vždy

dbát na to, aby tomu člověku vždy pomohli v jeho zdravotní prospěch, pokud dochází k situacím, kdy mají změněné vědomí, nebo mají demenci a můžou si ublížit, tak my k tomu určitě nemůžeme přistupovat tak, že ano, dodržujeme jeho autonomii a on si způsobí zlomeninu, nebo nějaký jiný zdravotní problém.“

Náznaky respektování autonomie v nemocničním prostředí

Respektovat autonomii pacienta v nemocničním prostředí znamená podle respondentů uznávat jeho vůli již od nejzákladnějších potřeb. Zdravotníci uváděli příklady týkající se příjmu potravy a tekutin a do určité míry i farmakologické léčby. Na jednu stranu si uvědomují potřebu respektovat autonomii pacienta, ale na stranu druhou, respekt k autonomii limitují tím, že nesmí být v konfliktu s principem beneficence. Respektování vůle pacienta tedy nesmí pacienta poškodit na zdraví, musí mu přinášet dobro a užitek. Další podmínkou respektování autonomie pacienta je, že nesmí být v konfliktu s nemocničním režimem, pravidly a standardy.

Ilona považuje za projev respektování autonomie pacienta například umožnění odmítnout jídlo, které se v nemocnici podává, nebo také pít. Tuto možnost ale připouští jen v případě, že nepoškozuje pacienta na zdraví. „Autonomie, to vlastně znamená, že člověk má právo na to sám o sobě rozhodovat. To znamená, že by mělo být v co nejvyšší míře zachováno v tom, že on prostě když řekne třeba, že nechce pít, tak bychom to měli respektovat, pokud ho to ale už nepoškozuje na zdraví, to už jsou potom otázky, které se kříží. Ale měli bychom respektovat, že nemá chuť na jídlo, měly bychom respektovat to, že zrovna nemá chuť na to, takže rodina přinese něco jiného, vezme si jinou porci, to jiné jídlo, na které on je zvyklý. Prostě měl by sám o sobě rozhodovat, pokud to umožňuje oddělení, chod a nezasahuje to do jeho zdraví, tak by se to mělo brát na zřetel.“

Na příkladu jídla vysvětluje nemožnost respektování autonomie pacienta Gerda a zdůrazňuje, že autonomie musí ustoupit čemukoliv, co je lepší pro zdraví pacienta. *„Například pacient se rozhodne, že nebude jíst. Tak v tomto případě nemůže být autonomní, musíme ho nějak přivést k tomu, aby začal jíst, protože když ne, musely by se mu zavádět sondy a dělat další opatření, aby tu výživu dostával, to je jeden příklad.“*

Olga zastává názor je potřeba respektovat rozhodnutí pacientů, i přes to, že trpí demencí, ale jen do té míry, aby nedošlo k poškození zdraví pacienta. Jako příklad uvádí příjem tekutin, které jsou pro zachování života natolik důležité, že jejich odmítnutí nelze respektovat. *„No, myslím si, že určitě, že by jsme ke každému měli přistupovat s tím, že respektujeme jeho rozhodnutí, i když jakoby se jedná o dejme tomu o dementního pacienta, záleží ale samozřejmě, o co se konkrétně jedná, jestli se jedná o to, jestli se napije, nebo nenapije, tak to už zase potom souvisí s tím, že my máme nějakou povinnost ho jakoby léčit, a myslím si, že to primárně děláme pro jeho dobro, takže tady je potřeba ho ne že přesvědčit nebo donutit, ale vysvětlit mu, že je potřeba se třeba napít, nebo tak, no.“*

Další příklad respektování autonomie pacienta uvádí Miroslava jako přihlížení na přání pacienta týkající se farmakologické léčby. I tato forma respektu k autonomii má své limity v tom, že nesmí dojít k poškození pacienta. *Lékař předestře svůj plán, ale v každém případě respektuje i to, co řekne pacient, takže podle mě, je to tady vedeno takovým způsobem, snažíme se vyjít vstříc pacientovi, že se s ním dá domluvit. Že není to třeba tak: napsala jsem vám injekční terapii, tak prostě budete mít injekční terapii, pokud to pacientovi nevyhovuje, tak prostě, ano, máte bolesti, injekční terapii nechcete, nebo třeba máte z ní strach, tak přistoupíme k té tabletové formě, ale aby bylo dodrženo to, co je potřeba, prostě pacientovi bude zajištěno to, co potřebuje.“*

Omezení autonomie pacienta z důvodu nemocničního režimu.

Respektování, či nerespektování autonomie pacienta nesouvisí jen s přístupem personálu k pacientům, ale je podmíněn i rigidním nemocničním režimem, který podléhá standardům, nařízením a příkazům.

Gerda na téma respektování autonomie pacientů říká: *„Jako samozřejmě, že se to netýká zaběhnutých režimů.“*

Hynek udává jiný příklad omezování autonomie pacienta v nemocničním prostředí. *„Hm, no třeba když se chce v noci dívat na televizi a toto nemůžu respektovat z toho důvodu, aby nenarušoval spánkové režim jiných pacientů, a my se ho snažíme usměrnit, aby byl taktní a choval se s úctou i k ostatním pacientům, který s ním jsou na pokoji.“*

I Karolína bere v úvahu, že nemocniční režim je odlišný od běžného režimu lidí natolik, že může omezovat jejich autonomii. „...zdravotnická zařízení mají své standardy, nařízení, příkázání, tak hodně krát zase zasahují do té autonomie toho, na co byl pacient zvyklý. Takže dodržovat autonomii se spíše daří v sociálních zařízeních, kdy mají jiné individuální plány...“

Omezení autonomie pacienta v souladu s principem beneficence

Omezit pacienta v pohybu a nerespektovat jeho autonomii za účelem jeho ochrany před poškozením zdraví je v nemocnicích zcela běžné a dokonce i oprávněné. Beauchamp a Childress (2001) považují tento tvrdý paternalistický přístup za odůvodněný jen za podmínek, že pacientovi hrozí významné poškození zdraví, které lze předvídat a tímto paternalistickým jednáním mu lze předejít.

Základem pro jednání zdravotnických pracovníků je jednání v souladu s vědomím konání dobra pro pacienta. Jednou z podob konání dobra je v tomto případě předcházení poškození. V některých výpovědích zdravotnických pracovníků lze vycítit doslova imperativ, že je potřeba udělat vše proto, aby nedošlo k poškození zdraví pacienta.

Takto reaguje Veronika, která omezovacímu prostředku v případě použití, kdy hrozí poškození zdraví, připisuje ochrannou funkci a zdůrazňuje jednání pro dobro pacienta. Zároveň apeluje na následky podcenění dané situace, kterými může být kromě poškození pacienta i poškození zdravotnického pracovníka ve smyslu hrozby soudní dohry. „*Je to skutečně jen o tom, že chráníš toho člověka, aby si neublížil. Protože si fakt může něco způsobit. Co když ten člověk upadne a zakrvácí do mozku? Subdurální hematom. A v podstatě, ty jsi na vině, protože ty jsi to měla předvídat, co asi udělá, ty pak budeš souzená a budeš žít s tím svědomím. Ty si měla předpokládat, co se může stát.*“

I Gerda obhájí použití omezovacího prostředku, zdůrazňuje jeho ochrannou funkci a přínos pacientovi v případě jeho použití. Důležitým tématem v jejím vyprávění je tady konání v souvislosti s vlastním svědomím, které ona popisuje jako schopnost obhájit si své konání sama před sebou. „...nevím, co kdo může, jak to kdo vnímá, já si to sama před sebou obhájím, já vím, že to tak nemyslím, ale vysvětlí jako, dokaž to, neumím to jako dokázat, nebo někomu bych to nedokázala vysvětlit, že já to vidím prostě úplně jinak, než to vypadá, protože to

slovo omezovací prostředek se mi prostě nelíbí, já ho přece neomezuju, já ho chráním.“

Karolína se zase o použití, či nepoužití omezovacího prostředku rozhoduje racionálně, na základě prospěchu, které plyne z tohoto opatření. „...*vždycky se zamyslím nad tím, jestli ten omezovací prostředek je pro toho pacienta prospěšný, jestli jsou ty benefity, jak pro mě, pro sestry a pro toho pacienta více pozitivním, než negativním.“*

3.5.10 Nedostatek personálu

Jedním z často zmiňovaných témat napříč vyprávěními je téma nedostatečného personálního obsazení služeb. Nedostatek personálu má nepochybně vliv na úroveň péče, která je na oddělení poskytována a na to, jak důstojně je poskytována.

Důstojně poskytovanou péči zpochybnila Karolína, která jako důvod uvedla velkou zaneprázdněnost sester. „...*těch pacientů je hodně, sestry jsou tam dvě, tak i kdyby dělaly na dvě stě procent, tak prostě nemají čas, aby to udělaly, myslím si, že všechno je svádí k tomu, že ty věci udělají jen velmi rychle, aby to vypadalo, že je to dobré, nemají čas se chovat úplně důstojně k těm lidem, nejde to podle mě...“*

Nedostatečné personální zastoupení vysokou mírou ovlivňuje právě i používání omezovacích prostředků. Jedním z důvodů je, že je pro zdravotníky náročné mít přehled o dění na celém oddělení, které čítá až třicet lidí a reagovat na riziko poškození zdraví včas.

Olga si myslí, že kdyby byly služby více obsazené, bylo by možné poskytovat pacientům i potřebný dohled. „...*tak například nepochybně víc personálu, aby byla větší fluktuace personálu tady na pokojích, protože takhle, no i když samozřejmě ve vteřině se může stát, že ten člověk upadne, ale třeba když máš lidi na očích, tak si myslím, že to prostě hodně přispívá k bezpečnosti, kdežto, než já jenom dojdu na druhou stranu chodby, tak už se může stát kde co.“*

S tím souvisí i výše zmiňovaný podpurný nefarmakologický přístup, také používaný u geriatrických pacientů v dekompenzovaném psychickém stavu. Vyžaduje plnou pozornost jedné osoby, jeho použití je tedy determinováno dostatečným personálním obsazením.

Karolína zastává názor, že noční služba by měla být obsazena více než jednou sestrou a v tom případě by nemusely být používány omezovací prostředky. *„To by muselo být velmi dobré personální obsazení, aby sestra na noc nezůstala sama, aby měla někoho u sebe, v takových delirantních stavech jak někdy pacienti jsou nebo v různých stavech agrese, to by chtělo na toho jednoho pacienta jednu sestru, aby to bylo.“*

Nedostatečné personální obsazení ve službách může být jednou z příčin vzniku syndromu vyhoření u sester.

Karolína zastává názor, že velké pracovní vytížení se může dokonce projevit i zneužitím omezovacího prostředku. *„Sestry, které slouží, jsou někdy opravdu hodně vyčerpané, protože když má 30 pacientů na starosti, stačí jeden pacient v deliriu a ona má tolik práce s tím jedním pacientem... v hlavě má pocit, že ji práce na oddělení stojí a další ostatní pacienti zvoní, tak tu sestru to dokáže tak strašně zničit, ještě když už je na nějaké třetí noční, že prostě tam už přestane taková ta kontrola toho, že to nemůže udělat, prostě chce udělat hned různé opatření, aby měla klid a mohla se věnovat něčemu jinému.“*

Nedostatek personálu má vliv i na to, že jsou pacienti přes den nedostatečně aktivizováni a mají málo pohybu.

To podle Olgy může způsobovat poruchy spánku, rytmu spánku a potažmo dekompenzaci psychického stavu pacienta. *„No, a kdyby ty lidi byli i více aktivizováni během dne, tak si myslím, že v noci by tolik nevyváděli, protože by byli unavení, ale to souvisí s obložeností personálu, že prostě tady třeba není tolik fyzioterapeutů, nebo dalších takových pracovníků aby s těma lidma mohli tři hodiny cvičit a aby ti pacienti byli opravdu nějak unavení. Nebo třeba aktivizační sestra, která by s nima třeba hrála hry nebo četla knihy, aby se ten člověk nějak unavil. Je jasný, že když člověk celý den leží a kouká do stropu, tak se tím neunaví.“*

3.5.11 Pocity zdravotnických pracovníků spojené s použitím a nepoužitím omezovacích prostředků

Vzhledem k výzkumné otázce jsem se zajímala o citové prožívání zdravotnických pracovníků při používání omezovacích prostředků. Z mnoha výpovědí spontánně vyzvaly

pocity a emoční prožitky zdravotníků. Tyto pocity se ale týkaly spíše než pocitů z používání omezovacích prostředků, emocí ve spojitosti s poškozením zdraví pacienta. Na téma pocitů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků jsem se musela doptávat, toto téma se ve výpovědích nijak spontánně neprojevovalo.

Analýza dokázala, že city a emoce zdravotnických pracovníků fungují vysoce regulačně na jejich jednání v souvislosti s používáním omezovacích prostředků. Říčan (2009) říká, že cit je prožitek týkající se především subjektivního stavu osoby, která ho zakouší a lze ho chápat, jako prožitkovou, tedy čistě psychickou složku emoce. Emoce je naproti tomu pojem širší než cit, je v něm zahrnuto i chování, mimický výraz a fyziologické dění. Říčan dále vysvětluje, že všechno naše konání, vnímání, představy i myšlení má někdy více a někdy méně výrazný regulující citový doprovod. A z toho hlediska se city jeví i jako motivy.

Pocity, které zdravotníci popisovali v souvislosti s tématem poškození zdraví, měly podobu výčitek svědomí, pocitů viny a zodpovědnosti, pocity vlastního selhání, trápení, i pocity strachu ze soudního sporu. Jednalo se o pocity nelibé, různé hloubky a intenzity. Často skloňovaným pojmem je zde pojem svědomí. Říčan (2009) popisuje svědomí jako vnitřní hlas, který nabádá, nutká ke správnému jednání. Tento hlas nás také zpětně chválí za správné jednání, anebo nás trestá výčitkami svědomí. Ty mohou být velmi kruté. Svědomí se často ozve dříve, než si rozumově uvědomíme, že to, co jsme udělali je špatné. Teprve, když si pak situaci rozvážíme, najdeme patřičné důvody. Může se ale rovněž stát, že důvody nenajdeme, výčitky svědomí neustanou.

Ve vyprávění Ley o nesprávném rozhodnutí ohledně použití, či nepoužití omezovacího prostředku, v důsledku kterého by došlo k poškození zdraví pacienta, se pocity ukazují v podobě pocitů viny a zodpovědnosti vyplývající z nedostatečnosti použitých opatření. Vyjadřuje je jako velmi nelibé pocity velké intenzity. *„No, musím říct, že bych spíš z toho byla asi hodně špatná. Měla bych takový ten pocit zodpovědnosti, že tam možnost byla nějaká, jak ho udržet v té posteli, no a že jsme to prostě neudělali, že jsme si říkali, že třeba... měla bych pocit viny z toho. Že jsem proto mohla udělat víc, aby nespadl a neublížil si.“*

Ilona popisuje své pocity z případného poškození zdraví pacienta jako nelibé a nepříjemné a determinované mírou poškození pacienta. Poškození pacienta

by vnímala jako vlastní pochybení a selhání, zejména v situaci, kdy se poškození dalo očekávat. To by mělo negativní dopad na její další profesní působnost. *„Já bych to cítila jako své vlastní selhání. Nebylo by mi to absolutně příjemné, měla bych, za prvé, záleží jak moc, jak k velkému poškození by došlo, smrt pacienta zaviněná tím, že třeba jsem zapomněla na postranice, nebo nebyl zakurtovaný, přestože v tu chvíli měl nějaké sebevražedné sklony, dejme tomu, to bych považovala jako vlastní chybu. Že jsem ten prostředek prostě mohla použít, když byl zrovna v tomhle stavu. Asi by mě to hodně srazilo.“*

Gerda na toto téma mluví přímo ze svých zkušeností, vzpomíná na svůj negativní zážitek s poškozením pacienta během její služby s intenzivním pocitem viny, který jí tíží dodnes. Tyto pocity dává do souvislosti s bolestí, která je pacientovi při poškození způsobena. *„Je to hrůza, zažila jsem to jednou, ten pocit, že jsem ho neochránila, fakt jako ten pocit je blbej, pocit toho zavinění, že mu to uděláš ty, to je hrozný, že ti spadne, ta bolest, fakt se tím pak trápím, to jako jo.“*

Veronika mluví o hlubokých výčitkách svědomí, které by pociťovala i za předpokladu, že by toto její pochybení nemělo vyústění do řešení formální cestou. *„...ano, určitě bych z toho měla výčitky svědomí, i když by z toho nebylo nic oficiální, tak bych s tím neuměla žít.“*

Strach ze soudního sporu se objevil jen ve dvou vyprávěních, ale objevil se spíše s důrazem na to, že horší je pocit zavinění, selhání a výčitek svědomí.

„A v podstatě, ty jsi na vině, protože ty jsi to měla předvídat, co asi udělá, ty pak budeš souzená a budeš žít s tím svědomím. Ty si měla předpokládat, co se může stát. ...ano, určitě bych z toho měla výčitky svědomí, i když by z toho nebylo nic oficiální, tak bych s tím neuměla žít.“ (Veronika)

„Jakože by mě z toho někdo postih? No, to až na druhým místě, rozhodně bych nepřemýšlela o tom, že bych něco zatutlávala, asi by mě strašně hryzalo svědomí, to určitě, a ten pocit, že za to můžu je strašný. Je to hrozný...“ (Gerda)

Výsledkem je sice pacient omezený v pohybu, kdy ze strany zdravotnického pracovníka dojde k porušení principu respektu k autonomii pacienta. Zároveň se jedná o

počin velice paternalistický, ale pacient, další pacienti a zdravotničtí pracovníci jsou chráněni před zlem a poškozením zdraví.

V souvislosti s pocity při případném použití se ve výpovědích zdravotnických pracovníků objevuje spíše pragmatický postoj, tedy méně emotivní, nebo zcela bez emocí. Nejdůležitější je pro zdravotníky užitek a prospěch z používání prostředků a tím je ten, že nedojde k poškození zdraví pacienta, dalšího pacienta, nebo člena personálu. Pocity zdravotníků jako důsledek použití omezovacího prostředku se ve vyprávěních vyskytují v dimenzích od neutrálních po nepříjemné, zdravotníci zároveň jednohlasně popírají pocity viny, či výčitky svědomí ve spojitosti s použitím omezovacích prostředků.

Lea, popisuje svoje pomyslné pocity z použití omezovacího prostředku spíše v negativní rovině, zároveň by tyto negativní pocity z tohoto opatření kompenzovala pocitem, že tento pacient je v bezpečí, mimo riziko poškození zdraví. *„Jako popravdě, neměla bych z toho radost, že jo, že jsem ho musela přikurtovat, já bych to brala jakože, že jsem ho zabezpečila, aby sám sobě prostě neublížil. Takže myslím, že jako v dobrém slova smyslu, aby si prostě neublížil dál, ale jako že bych z toho měla radost, to fakt ne.“*

Otevřeně přiznává absenci jakýkoliv výčitek svědomí Veronika. Motivace pro její konání je přesvědčení o konání dobra pro pacienta, ne pro sebe a svůj užitek. *„Neměla bych z toho určitě výčitky svědomí, protože bych je nikdy nepoužila jen pro svoje dobro a pohodlí, ale pro dobro pacienta.“*

Josef také připouští to, že výčitky svědomí při použití omezovacího prostředku nepocítuje a důvodem proto je naprosté přesvědčení o tom, že koná v pacientův prospěch. *„...ne, z toho výčitky nemám, protože podle mě já ho neomezuju, já mu bráním v tom, aby si ublížil, já ho neomezuju proto, aby mně se tady ještě nestalo, aby dal pokoj...“*

Absenci jakýkoliv negativních pocitů přiznává i Karolína a zdůvodňuje to tvrzením, že tomuto opatření předcházelo racionální rozhodnutí o konání dobra pro pacienta. *„...jestli mám nějakou emoci při tom, že toho pacienta přivážu, fixuju k posteli, jestli jsem z toho smutná, tak asi ne, tohle by pro mě nebyla žádná emoce. Protože tohle je způsob, kdy se racionálně rozhoduju a jsem přesvědčena o tom, že“*

to co dělám, dělám ve prospěch pacienta a všech ostatních. Takže pro mě toto, hm, neumím si představit žádnou emoci u toho.“

4. DISKUZE

Prvním potencionálním zdrojem chyb v tomto výzkumu mohl být jednak omezený počet respondentů, a také omezený počet fiktivních situací. Tři fiktivní situace nestačí k vytvoření nezpochybnitelné teorie o používání omezovacích prostředků na oddělení geriatric. Pravdivost této teorie může být ovlivněna také omezenou upřímností respondentů. Existuje riziko, že vlivem snahy dobře „reprezentovat“ své pracoviště a tím správně zodpovídat otázky a správně řešit fiktivní situace, se výpovědi respondentů zcela neshodují s realitou. Nakonec, i moje interpretace dat a omezená teoretická citlivost mohla být zdrojem zkreslení reality.

Ideu, že beneficence je primární povinností ve zdravotní péči považují Beauchamp a Childress (2001) za starověkou. Doba pokročila a v posledních desetiletích medicína stále čelí větší asertivitě pacientů spojenou s jejich právem rozhodovat o sobě. Schopnost autonomního jednání křehkých geriatrických pacientů je snížena nejen poruchami kognitivních funkcí, ale také jejich omezenou mobilitou a soběstačností. K dalšímu omezování autonomie pacientů přispívá jednak rigidní nemocniční režim a také paternalistické jednání zdravotnického personálu.

Péče na geriatrickém oddělení probíhá v duchu paternalismu. Názor zdravotníků, že pacienti nečiní adekvátní rozhodnutí, nemají náhled na svojí situaci jim „propůjčuje“ pocit, že paternalistické jednání s pacienty je zcela legitimní. Ještě větší pocit legitimacy v omezování autonomie pacientů dává zdravotníkům dobrý úmysl v jejich jednání. Konají pro dobro pacienta, s cílem jej aktivizovat, povzbuzovat soběstačnost, obnovit mobilitu a v neposlední řadě zabránit poškození zdraví.

Zda by měl respekt k autonomii pacientů mít větší prioritu než princip dobročinnosti je nyní ústředním problémem bioetiky (Beauchamp a Childress, 2001). Při používání omezovacích prostředků dochází k omezení svobody pacienta a tedy k porušení principu respektu k autonomii. Při respektování svobody pacienta, se ale princip respektu k autonomii dostává do konfliktu s terapeutickými cíli a také s povinností ochránit, tedy principem beneficence (Petriani, 2013). Z mého výzkumu vyplývá, že nejdůležitějším a nejvíce respektovaným etickým principem respondentů je princip beneficence, kterému je podřízeno jejich veškeré jednání ovlivňující nejen použití, či nepoužití omezovacích prostředků u geriatrických pacientů s demencí. Zdravotničtí pracovníci si uvědomují

význam slova autonomie a také význam etického principu respekt k autonomii. V jejich vyprávěních se náznaky respektování autonomie pacientů sice vyskytly, ale vždy pod podmínkou, že nesmí být v konfliktu s principem beneficence.

Používání omezovacích prostředků se neděje s úmyslem s pacienty nevhodně zacházet, není ani projevem ageismu. Zdravotníci několikrát ve svých výpovědích zdůrazňovali dobré úmysly s pacienty. I přes omezení pacienta v pohybu a tím omezení jeho autonomie, je jejich jednání výsledkem snahy jednat v souladu s principem beneficence. Ve výpovědích zdravotníků nebyla patrna konfrontace dvěma etickými principy.

Dodds (1996) tvrdí, že k omezení pacienta v pohybu by mělo dojít až se vznikem prokazatelného rizika poškození. Beauchamp a Childress (2001) považují omezení autonomie jako prevenci významného poškození zdraví za legitimní, v případě, že užitek tohoto opatření je přiměřené rizikům, která pacientovi hrozí. Jako příklad uvádějí zabránění v sebevraždě u mentálně postiženého člověka. Z rozhovorů se zdravotníky, ve kterých se odrážely jejich vlastní zkušenosti, je evidentní, že riziko poškození zdraví je někdy obrovské. Pravděpodobnost poškození není v silách nikoho se stoprocentní jistotou předpovědět ani vyloučit. Zdravotníci považují za svou profesionální, morální a dokonce i právní povinnost, riziko poškození předvídat a zabránit mu. Možná i proto dochází k používání omezovacích prostředků na oddělení geriatrické u rizikových pacientů i preventivně (například v případě oboustranně aplikovaných postranic lůžka).

Podle některých autorů citovaných v teoretické části této diplomové práce (Dodds, 1996; Yamamoto a kol., 2013) se zdravotníci nuceně použít omezovací prostředek u geriatrického pacienta cítí zarmoucení nebo udávají smíšené pocity. Ti, kteří činí rozhodnutí ohledně jejich použití, se mohou cítit konfrontováni dvěma morálními povinnostmi. Jednak povinností a odpovědností ochraňovat pacienty, o které pečují, před újmou na zdraví a dále povinností respektovat jejich autonomii a důstojnost. Toto se v mém výzkumu nepotvrdilo. Někteří zdravotníci sice uvedli, že z omezování pacienta nemají radost, nebo že se cítí nepříjemně, neuváděli však pocity zarmoucení, smutku, výčitek svědomí, ani pocity viny.

Nepochybně situace, kdy pacient v delirantním stavu ohrožuje sebe a své okolí, jsou dobrým důvodem proto myslet si, že pacientova schopnost racionálně nahlížet na

svoji situaci je omezená. Je nutné učinit potřebná opatření a pacientovi zamezit v sebepoškození a poškození zdraví dalších osob. Zdravotníci se vyhýbají používání kurtů, uvědomujíc si, že tímto opatřením by mohli zhoršit psychický stav pacienta. Kurty patří mezi „tvrdé“ omezovací prostředky používané na oddělení geriatric. Důvodem pro jejich využití je situace krajní nouze, kdy hrozí poškození zdraví pacienta, ale i personálu. Jedná se zejména o situace, kdy je pacient vlivem dekompenzovaného psychického stavu nevládatelně agresivní a ostatní intervence nepomáhají, nebo se jejich účinek ještě neprojevil. Dalším důvodem pro používání kurtů je nutnost intravenózního podání léků, kterému pacient brání odstraňováním permanentního žilního katetru, opět, v rámci dekompenzovaného psychického stavu. Nebezpečnost této situace spočívá v tom, že nepodáním potřebných léků může také dojít k poškození zdraví pacienta. Důkazem vyhýbání se tomuto omezovacímu prostředku je i často uváděný fakt, že k fixování pacienta kurty téměř vůbec nedochází.

Psychofarmaka, konkrétně antipsychotika, jsou zvláštní skupinou omezovacích prostředků, které se používají na léčbu poruch chování a delirantních stavů. Nelze jednoznačně říci, jestli se v tomto případě jedná o „měkký“, nebo „tvrdý“ omezovací prostředek. Přestože se postoje k jejich používání velmi různí, výzkum potvrdil převážně preferující postoj zdravotníků k podávání tlumících léků, vzhledem k jejich kýženým účinkům na pacienta. Většina respondentů psychofarmaka do výčtu omezovacích prostředků neuvedla, jejich účinek ve smyslu omezení pacienta v pohybu uznaly až na základě cíleného zjišťování názoru na tuto problematiku.

Z některých výpovědí vyplynulo, že antipsychotika jsou v případě řešení dekompenzace psychického stavu řešením „první volby“. Různí autoři (Franková, 2007; Topinková, 2005) vysvětlují, že k farmakoterapii se přistupuje pouze u agitovaného, psychického a nespolupracujícího nemocného a jen při selhání nefarmakologických intervencí. Zdravotníci si uvědomují i možnost a potřebu využití nefarmakologického, podpůrného přístupu k řešení dekompenzovaného psychického stavu. Snaží se jej také využívat, ale vzhledem k několikrát zdůrazňované nedostatečnosti v personálním obsazení služeb, to není vždy možné.

Mezi „měkké“ omezovací prostředky z hlediska postojů zdravotnických pracovníků patří i využití postranic z obou stran lůžka. Ne každý ze zdravotníků považuje postranice za omezovací prostředek z důvodu jejich primárně ochranné funkce. I přesto, že

respondenti několikrát zpochybňovali ochrannou funkci postranic v prevenci pádu, považují jejich oboustrannou aplikaci za zcela legitimní.

Dalším „měkkým“ omezovacím prostředkem, o kterém se zdravotníci zmiňovali je použití popruhů jako fixačního prostředku v poloze v sedu, v kardiackém křesle. Popruhem se pacient upevní tak, aby nemohl vstát a upadnout, nebo sklouznout, ale zároveň tak, aby upevnění nebylo těsné a nemohlo dojít k dalšímu poškození zdraví pacienta. I toto opatření je považováno za „měkké“, vzhledem k významné funkci sedu u geriatrických pacientů ohrožených imobilitou a komplikacemi z imobility. Zdravotníci jsou přesvědčeni o velkém přínosu tohoto opatření i přes nevoli pacienta sedět.

Krom toho existují i další „měkké“ způsoby omezení pacienta v pohybu v případě rizika poškození zdraví. Nazvala jsem je alternativními způsoby omezení. Jsou to způsoby, kterých účelem je sice také omezit pacienta v pohybu, jsou ale o něco mírnější, některé mohou mít podle respondentů dokonce uklidňující účinky (například polohování dle konceptu Bazální stimulace). Jsou užitečné v případě, že situace není tak závažná, nebo se omezení vyžaduje jen nakrátko, například po dobu, než začnou působit antipsychotika. Rozhodnutí, zdali omezovací prostředek použít, či nikoliv by podle výše zmiňovaných autorů (Dohnalová, 2011) měla předcházet důkladná rozvaha založená především na respektu k osobnosti pacienta a při každém jejich použití by mělo být zvažováno, jestli toto konání není v rozporu s etickými principy. Ve výpovědích respondentů jsem neshledala náznaky důkladné rozvahy o souladu použitého opatření s etickými principy. Podle Organizace Alzheimer Europe by rozhodnutí o použití mělo být výsledkem multidisciplinární porady. Ani tato eventualita se v rozhovorech se zdravotníky nevyskytla. Z dat vyplývá, že ani požadavek Organizace Alzheimer Europe ohledně trvalého vizuálního a verbálního kontaktu s pacientem omezeným omezovacím prostředkem zdravotníci nejsou schopni zajistit.

Domnívám se, že toto urputné předcházení riziku a chránění pacienta před vším, co by mu mohlo způsobit újmu na zdraví, omezuje pacienta nejen v pohybu a soběstačnosti, ale také oslabuje jeho schopnost jednat sám za sebe a činit adekvátní rozhodnutí. Cílem zdravotníků by neměla být jen snaha ochránit pacienta před vším zlým a všemi nástrahami v nemocničním prostředí, ale také připravit jej na možný odchod do domácího prostředí (i za cenu připuštění přiměřeného rizika), kde s největší pravděpodobností nebude mít

postranice lůžka, kde nebude mít koho požádat o doprovod na záchod a kde si také bude muset vzít sám svoji pravidelnou medikaci.

Doporučení

1. Bylo by jistě přínosné přistupovat proaktivně ke snižování používání postranic. I přesto, že postranice lůžka nejsou zákonem definované jako omezovací prostředek, bylo by vhodné k nim (u mobilních pacientů) jako k omezovacímu prostředku přistupovat. I pacienti, kteří nejsou schopni samostatné stabilní chůze, by se bez omezení postranicemi mohli v lůžku více pohybovat a sedat si s nohama dolů z lůžka.

Příklad možného proaktivního přístupu ke snižování oboustranného používání postranic:

- U nově hospitalizovaného pacienta by se měl i přes omezený počet službukonajícího personálu v pravidelných intervalech sledovat jeho psychický stav.
- Postranice lůžka by se měly aplikovat až v případě vzniku potřeby na základě důkladného sledování psychického stavu pacienta.
- V případě, že vznikne potřeba aplikovat postranice z obou stran lůžka, každý den poté, by bylo vhodné nutnost jejich dalšího použití přehodnotit. Toto posuzování by mohlo probíhat například na pravidelném raném hlášení zdravotníků.
- Na základě rizika posouzeného multidisciplinárním týmem, pacientovi věnovat zvýšenou péči a pozornost, hodnotit riziko pádu.
- S pacientem opakovaně a trpělivě mluvit a vysvětlovat mu jeho momentální situaci.
- Zapojit do tohoto procesu by bylo vhodné i rodinné příslušníky pacientů. Riziko, že pacient upadne během přítomnosti rodinných příslušníků je mnohem menší, proto by po dobu jejich přítomností pacient nemusel být omezen postranicemi.

2. Podobný přístup by bylo vhodné aplikovat i na omezování pacientů v sedu v kardiackém křesle. Při nevěli pacienta sedět, považují za vhodné mu opakovaně vysvětlovat pozitivní účinky tohoto opatření a pokusit se o to, aby pacient přistoupil na dohodu a seděl dobrovolně bez omezování popruhem.

3. I přestože na základě získaných dat nelze tvrdit, že na oddělení geriatrie dochází k nadměrné sedaci pacientů, považují za potřebné tady připomenout, že i psychofarmaka jsou považována za omezovací prostředek a mělo by se k nim přistupovat jako ke krajnímu řešení, ne jako k prostředku „první volby“.

4. Dále bych zdravotnickému zařízení doporučila kontaktovat zařízení podobného typu, která poskytují péči nemocným starým lidem s poruchami kognitivních funkcí a jejich péče se daří realizovat i bez pravidelného používání omezovacích prostředků a sedace. Jejich postupy a přístupy by se mohli do budoucna inspirovat.
5. Teoretické znalosti etické problematiky u respondentů považuji za dostatečné. Nedostatky shledávám při aplikaci vědomostí do praktické stránky péče o staré lidi. Považuji za vhodné, aby se v zařízení konaly semináře týkající se etických aspektů péče o staré lidi, kde by se formou kazuistik s odborníky v oboru řešily různé problémy a etická dilemata. Na základě toho by mohlo dojít ke změně postojů k používání omezovacích prostředků zdravotnickými pracovníky. Zavedení supervize do zařízení by také nepochybně pomohlo v procesu praktického učení, formou řešení konkrétních problémových situací.
6. Z dlouhodobého hlediska by bylo přínosné zamyslet se nad problematikou nedostatečného obsazení služeb ve státních zařízeních pečujících o nemocné staré lidi a zvětšit lobbing poskytovatelů zdravotních služeb na plátce péče zákonodárce. Myslím si, že s množstvím personálu by došlo k celkovému zkvalitnění péče o geriatrické pacienty, nejen ke snížení používání omezovacích prostředků. Považuji za důležité tady připomenout, že geriatrickí pacienti byli pracující lidé, přispívali naší společnosti, vychovávali nás. Proto si myslím, že by si zasloužili tu nejlepší péči.

5. ZÁVĚR

Používání omezovacích prostředků je téma kontroverzní a diskutované. Obzvláště citlivá je otázka jejich používání u křehkých geriatrických pacientů s diagnózou demence. Vzhledem k demografickému vývoji naší společnosti, existuje předpoklad, že geriatrická problematika a s ní spojená i problematika používání omezovacích prostředků bude zanedlouho více aktuální. Je proto nutné zabývat se nejen zákonnou úpravou používání omezovacích prostředků, ale také etickou problematikou, kterou sebou toto téma přináší. Výzkum odhalil, že nejdůležitějším a také nejvíce respektovaným etickým principem respondentů je princip beneficence a fyzické zdraví je v očích zdravotnických pracovníků nejvyšší hodnotou. Těmto skutečnostem je podřízeno veškeré jednání zdravotníků ovlivňující nejen použití, či nepoužití omezovacích prostředků u geriatrických pacientů s demencí. Zdravotníci ve strachu z poškození zdraví jednají s pacienty paternalisticky, tedy rozhodují za pacienta v jeho zájmu, pro jeho dobro, upřednostňují svoje rozhodnutí před vůlí pacienta. Jsou přesvědčeni o tom, že díky svým zkušenostem a znalostem zastupují nejlepší zájmy pacienta.

Důkazem preferování principu dobročinnosti před respektem k autonomii pacienta je oboustranná aplikace postranic lůžka. Postranice lůžka jsou na oddělení geriatrie považovány za primárně ochranný prvek. Zdravotníci sice uznávají i omezovací složku jejich funkce, avšak v rozhodování zda postranice z obou stran lůžka aplikovat, či nikoliv je upřednostňovaná funkce ochranná před omezovací. Pro jejich použití se rozhodují i přesto, že efektivitu postranic jako ochranného prostředku zpochybňují.

O preferenci principu beneficence před respektem k autonomii pacienta svědčí i to, že všichni zdravotníci by upřednostnili zdravotní přínos sedu v kardiackém křesle proti vůli pacientky. Riziko poškození zdraví následkem pádu při samostatném přesunu z kardiackého křesla do postele by navíc ošetřili omezením pacientky v pohybu omezovacím prostředkem.

Zdravotničtí pracovníci prokázali schopnost pracovat s rizikem poškození zdraví tím, že omezovací prostředky by nepoužívali zcela neselektivně. Důkazem tohoto tvrzení je fakt, že mobilního pacienta opouštějícího oddělení bez ohlášení, by nikdo ze zdravotníků v pohybu neomezil a spoléhal by na to, že se nebezpečné situaci podaří předejít. Riziko poškození zdraví u mobilního pacienta je nepochybně menší, než u pacienta po operaci

dolní končetiny a použití omezovacího prostředku by zdravotníkům připadalo neadekvátní vzhledem k riziku.

Někdy je ale riziko poškození velké a omezení pacientovy autonomie a jeho omezení v pohybu jsou nepochybně i odpovídající hrozícímu riziku. Příkladem je riziko poškození zdraví pacienta po operačním řešení zlomeniny dolní končetiny, kterou by pacient neměl zatěžovat a v důsledku rozvíjejícího se delirantního stavu mu hrozí nejen téměř jisté poškození kostní fixace, ale také pád a další poškození zdraví. V tomto případě by téměř všichni zdravotníci volili omezení pohybu pacienta nějakým omezovacím prostředkem. Riziko poškození zdraví bylo zdravotníky shledáno za závažné a odpovídající omezení.

Respondenti jsou si taktéž vědomi toho, že existuje i jiný způsob zabránění pacientovi v sebepoškození v rizikových situacích, než za použití omezovacích prostředků, včetně antipsychotik. Nefarmakologický podpůrný přístup, který by měl být upřednostněn před aplikací antipsychotik je však časově náročný a pro časově vytížený personál téměř nemožný. Používání psychofarmak v prevenci poškození zdraví při dekompenzovaném stavu je řešením „první volby“.

Za důležitý závěr považují také to, že zdravotníci při použití omezovacího prostředku nepocítují výčitky svědomí, pocity viny, nebo další výrazně negativní emoce, dokonce většina z nich neshledává ve věcech používání omezovacích prostředků etické dilema.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÝ J, KÜMPEL Q, VOJTĚCHOVSKÝ M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, **1994**. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
2. BALLARD CG, SHAW F, LOWERY K, MCKEITH I, KENNY R. *The prevalence, assessment and associations of falls in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease*. *Dement Geriatr Cogn Disord*. **1999**; 10(2):97-103.
3. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of biomedical ethics*. 5. vyd. Oxford: Oxford University Press, **2001**. 454 s. ISBN 0-19-514331-0.
4. BLAKE AJ, MORGAN K, BENDALL MJ, DALLOSSO H, EBRAHIM SBJ, ARIE THD, BASSEY EJ. *Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors*. *Age Ageing*. **1988**; 17(6):365-372.
5. BUŽGOVÁ R. *Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory*. *Kontakt*. **2007**; 9(1):65-69.
6. CAMPBELL AJ, REINKEN J, ALLAN BC, MARTINEZ GS. *Falls in old age: a study of frequency and related clinical factors*. *Age Ageing*. **1981**; 10(4):264-270.
7. CASSEL CK, MEZEY MD, BOTTRELL MM. *An introduction to bioethics as it relates to teams and geriatrics*. IN: MEZEY MD. *Ethical patient care: a casebook for geriatric health care teams*. 1. vyd. Baltimore: Johns Hopkins University Press, **2002**. 354 s. ISBN 978-0-8018-6770-5.
8. CAVANAUGH J, BLANCHARD-FIELDS F. *Adult development and aging*. 7. vyd. Stamford: Cengage Learning, **2014**. 496 s. ISBN 1-285-44491-4.
9. CLARFIELD AM, GORDON M, MARKWELL H, ALIBHAI SM. *Ethical issues in end-of-life geriatric care: the approach of three monotheistic religions – Judaism, Catholicism, and Islam*. *J Am Geriatr Soc*. **2003**; 51(8):1149-1154.
10. CLARKE A, BRIGHT L. *Showing restraint: challenging the use of restraint in care homes*. 1. vyd. Londýn: Counsel and Care, **2002**. 28 s. ISBN 1-898092-34-6.
11. COLE MG. *Delirium in elderly patients*. *Am J Geriatr Psychiatry*. **2004**; 12(1):7-21.
12. COVINSKY KE, PALMER RM, FORTINSKY RH, COUNSELL SR, STEWART AL, KRESEVIC D, LANDEFELD CS. *Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age*. *J Am Geriatr Soc*. **2003**; 51(4):451-458.
13. CROWLEY K. *Sleep and sleep disorders in older adults*. *Neuropsychol Rev*. **2011**; 21(1):41-53.

14. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí*. IN: Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Praha: Gerontologické centrum, **2007**. [online] (cit. 11. 6. 2015). Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000062.pdf>.
15. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v mezinárodním srovnání – 2012*. Praha: ČSÚ, **2012**. [online] (cit. 21. 6. 2015). Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20567017/e-1417-12_de.pdf/dc4fa11e-4b6a-4039-b83a-43aa8e94ec66?version=1.0.
16. ČUPKA J. *Poruchy chování u seniorů*. Practicus. **2010**; 9:23-25.
17. DAWKINS VH. *Restraints and the elderly with mental illness: ethical issues and moral reasoning*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. **1998**; 36(10):22-27.
18. DISMAN M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, **2009**. 372 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
19. DODDS S. *Exercising restraint: autonomy, welfare and elderly patients*. J Med Ethics. **1996**; 22(3):160-163.
20. DOHNALOVÁ H. *Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby*. Medicína pro praxi. **2011**; 8(2):86-88.
21. EDELSTEIN L. *The Hippocratic oath: text, translation, and interpretation*. IN: VEATCH RM. *Cross cultural perspectives in medical ethics*. 2. vyd. Londýn: Jones & Bartlett Learning, **2000**. 289 s. ISBN 0-7637-1332-5.
22. ENTWISTLE VA, CARTER SM, CRIBB A, MCCAFFERY K. *Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships*. J Gen Intern Med. **2010**; 25(7):741-745.
23. EVANS LK, STRUMPF NE. *Tying down the elderly*. J Am Geriatr Soc. **1989**; 37(1):65-74.
24. FERJENČÍK J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, **2000**. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
25. FIŠEROVÁ J. *Etika v ošetrovatelství. Pomocný učební text*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, **1994**. 60 s. ISBN neuvedeno.
26. FLINT AJ. *Generalised anxiety disorder in elderly patients*. Drugs Aging. **2005**; 22(2):101-114.
27. FRANKOVÁ V. *Delirium ve vyšším věku*. Psychiatr. prax, **2007**; 2: 52-55.
28. FRIEDLOVÁ K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. 3. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, **2009**. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.

29. GALLAGHER A. *Ethical issues in patients restraints*. Nurs Times. **2011**; 107(9):18-20.
30. GASTMANS C, MILSEN K. *Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations*. J Med Ethics. **2006**; 32(3):148-152.
31. HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, **2010**. 261 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
32. HAŠKOVCOVÁ H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, **1994**. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.
33. HAŠKOVCOVÁ H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, **2000**. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
34. HEŘMANOVÁ J, VÁCHA M, SVOBODOVÁ H, ZVONÍČKOVÁ M, SLOVÁK J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, **2012**. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
35. HOLMEROVÁ I. *Komunikace a etika v geriatrii*. IN: PTÁČEK R, BARTŮNĚK P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, **2011**. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
36. HOLMEROVÁ I, JANEČKOVÁ H, NIKLOVÁ D. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 10. vyd., Praha: Česká alzheimerská společnost, **2014**. ISBN 978-80-86541-33-4.
37. HOLMEROVÁ I, JURÁŠKOVÁ B, ZIKMUNDOVÁ K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, **2007**. ISBN 978-80-254-0179-8.
38. HOLMEROVÁ I, ROKOSOVÁ M, VAŇKOVÁ H. *Kvalita péče o pacienty s demencí aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci*. Čes Ger Rev. **2006**; 4(2):77-83.
39. JIRÁK R. *Demence ve stáří*. IN: BAŠTECKÝ J, KÜMPEL Q, VOJTĚCHOVSKÝ M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, **1994**. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
40. JIRÁK R. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, **2013**. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
41. JIRÁK R, LAŇKOVÁ J. *Demence: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: CDP-PL, **2007**. 10 s. ISBN: 80-86998-XX-X.
42. JOHNSON SH. *The fear of liability and the use of restraints in nursing homes*. J Law Med Ethics. **1990**; 18(3):263-273.
43. JONSEN AR. *The birth of bioethics*. Hastings Cent Rep. **1993**; 23(6):S1.

44. JURÁSKOVÁ D. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. 1. vyd. Praha: EuroProfis, **2007**. 44 s. ISBN 978-80-239-8838-9.
45. KALVACH Z a kol. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. 1. vyd. Praha: Diakonie ČCE, **2014**. 100 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
46. KALVACH Z a kol. *Úvod do gerontologie a geriatricie. Díl 1.: gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, **1997**. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
47. KALVACH Z, HOLMEROVÁ I, JANEČKOVÁ H, ONDRUŠOVÁ J. *Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka*. IN: KALVACH Z, ZADÁK Z, JIRÁK R, ZAVÁZALOVÁ H, HOLMEROVÁ I, WEBER P a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2008**. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
48. KALVACH Z, ZADÁK Z, JIRÁK R, ZAVÁZALOVÁ H, HOLMEROVÁ I, WEBER P a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2008**. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
49. KARLSSON S, BUCHT G, SANDMAN PO. *Physical restraints in geriatric care*. Scand J Caring Sci. **1998**; 12(1):48-56.
50. KLUSOŇOVÁ E. *Ergoterapie v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, **2011**. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
51. KOŘENEK J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Triton, **2004**. 240 s. ISBN 80-7254-538-8.
52. KUTNOHORSKÁ J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2007**. 164 s. ISBN 978-80-247-6568-6.
53. KUTNOHORSKÁ J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2009**. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
54. LIPOWSKI ZJ. *Current concepts – geriatrics: delirium in the elderly patient*. N Engl J Med. **1989**; 320(9):578-582.
55. LOTHIAN K, PHILP I. *Care of older people: maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting*. BMJ. **2001**; 322(7287): 668.
56. LUŽNÝ J, IVANOVÁ K. *Je ještě možné zlepšit kvalitu života těchto seniorů? Vojen Zdrav Listy*. **2010**; 79(3):96-104.
57. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2011**. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
58. MATSUI M, CAPEZUTI E. *Perceived autonomy and self-care resources among senior center users*. Geriatr Nurs. **2008**; 29(2):141-147.

59. MECHANIC D, TANNER J. *Vulnerable people, groups, and populations: societal view*. Health Aff. **2007**; 26(5):1220-1230.
60. MORRIS JC, RUBIN EH, MORRIS EJ, MANDEL SA. *Senile dementia of the Alzheimer's type: an important risk factor for serious falls*. J Gerontol. **1987**; 42(4):412-417.
61. MOSS RJ, LA PUMA J. *The ethics of mechanical restraints*. Hastings Cent Rep. **1991**; 21(5):22-25.
62. MULLAN E, KATONA C, BELLEW M. *Patterns of sleep disorders and sedative hypnotic use in seniors*. Drugs Aging. **1994**; 5(1):49-58.
63. MULSANT BH, GANGULI M. *Epidemiology and diagnosis of depression in late life*. J Clin Psychiatry. **1998**; 60: 9-15.
64. MUNZAROVÁ M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2005**. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
65. MÜHLPACHR P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: MU, **2005**. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
66. MÜHLPACHR P, STANIČEK P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: MU, **2001**. 116 s. ISBN 80-210-2510-7.
67. NEPOKOJOVÁ J, NOVÁKOVÁ B. *Fyzické omezení pacienta na akutním psychiatrickém oddělení*. Sestra. **2011**; 21(2):79-80.
68. NIEMEIJER AR, FREDERIKS BJ, DEPLA MF, LEGEMAATE J, EEFSTING JA, HERTOOGH CM. *The ideal application of surveillance technology in residential care for people with dementia*. J Med Ethics. **2011**; 37(5):303-310.
69. OLIVER D. *Bed falls and bedrails – what should we do?* Age Ageing. **2002**; 31(5):415-418.
70. OUSLANDER JG, BECK JC. *Defining the health problems of the elderly*. Annu Rev Public Health. **1982**; 3(1):55-83.
71. PACOVSKÝ V, HEŘMANOVÁ H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, **1981**. 298 s. ISBN 80-044-81.
72. PAUTEX S, ZULIAN GB. *End-of-life care in elderly cancer patients*. Aging Health. **2011**; 7(3):469-475.
73. PETRINI C. *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*. Ann Ist Super Sanita. **2013**; 49(3):281-285.
74. PIDRMAN V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, **2007**. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

75. PLESCHBERGER S. *Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view*. Age Ageing. **2007**; 36(2):197-202.
76. POKORNÁ A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, **2010**. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
77. POTTER VR. *Bioethics, the science of survival*. Perspect Biol Med. **1970**; 14(1):127-153.
78. PRUDHAM DV, EVANS JG. *Factors associated with falls in the elderly: a community study*. Age Ageing. **1981**; 10(3):141-146.
79. PTÁČEK R, BARTŮNĚK P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2011**. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
80. RODRIGUEZ-OSORIO CA, DOMINGUEZ-CHERIT G. *Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care*. Curr Opin Crit Care. **2008**; 14(6):708-713.
81. ROEBUCK J. *"When does" old age begin?: the evolution of the English definition*. J Soc Hist. **1979**; 12:416-428.
82. ROZSYPALOVÁ M, STAŇKOVÁ M. a kol. *Ošetrovatelství I/2*. 2. vyd. Praha: Informatorium, **1999**. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.
83. ROHANOVÁ E. *Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách*. IN: HOLMEROVÁ I, JURÁŠKOVÁ B, ZIKMUNDOVÁ K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, **2007**. ISBN 978-80-254-0179-8.
84. RUBENSTEIN LZ. *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention*. Age Ageing. **2006**; 35(2):ii37-ii41.
85. RUCKSTUHL MC, MARCHIONDA EE, SALMONS J, LARRABEE JH. *Patient falls: an outcome indicator*. Journal of nursing care quality, **1991**; 6(1):25-29.
86. ŘÍČAN P. *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, **2009**. 304 s. ISBN 978-80-7367-560-8.
87. SCHOEVERS RA, DEEG DJH, VAN TILBURG W, BEEKMAN ATF. *Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients*. Am J Geriatr Psychiatry. **2005**; 13(1):31-39.
88. SCHULER M, OSTER P. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2010**. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
89. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Souhrn údajů o přípravku: Tiapridal*. Praha: SÚKL, **2015**. [online] (cit. 15. 5. 2015). Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC78861.pdf&type=spc&as=tiapridal-spc>.

90. STEINER P, STEWART J. *From autonomy to heteronomy (and back): the enaction of social life*. Phenomenol Cogn Sci. **2009**; 8(4):527-550.
91. STEVENS JA. *Falls among older adults – risk factors and prevention strategies*. J Safety Res. **2005**; 36(4):409-411.
92. STRAUSS A, CORBINOVÁ J, JEŽEK S. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Sdružení Podané ruce a ALBERT, **1999**. 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
93. SUEN LK, LAI CKY, WONG TKS, CHOW SKY, KONG SKF, HO JYL, WONG IYC. *Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors*. J Adv Nurs. **2006**; 55(1):20-28.
94. SVOBODOVÁ H. *Důstojnost*. IN: HEŘMANOVÁ J, VÁCHA M, SVOBODOVÁ H, ZVONÍČKOVÁ M, SLOVÁK J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2012**. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
95. SÝKOROVÁ D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: SLON – Sociologické nakladatelství, **2007**. 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
96. ŠAMÁNKOVÁ M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, **2011**. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
97. ŠVARC J. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Psychiat pro Praxi. **2008**; 9(5):243-245.
98. ŠVAŘÍČEK R, ŠEĐOVÁ K, JANÍK T, KAŠČÁK O, MIKOVÁ M, NEDBÁLKOVÁ K, NOVOTNÝ P, SEDLÁČEK M, ZOUNEK J. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, **2007**. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
99. TERI L, LARSON EB, REIFLER BV. *Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type*. J Am Geriatr Soc. **1988**; 36(1):1-6.
100. TIBBITTS GM. *Patients who fall: how to predict and prevent injuries*. Geriatrics. **1996**; 51(9):24-31.
101. TINETTI ME. *Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents*. J Am Geriatr Soc. **1987**; 35(7):644-648.
102. TINETTI ME, SPEECHLEY M, GINTER SF. *Risk factors for falls among elderly persons living in the community*. N Engl J Med. **1988**; 319(26):1701-1707.
103. TOPINKOVÁ E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, **2005**. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
104. WITLOX J, EURELINGS LS, DE JONGHE JF, KALISVAART KJ, EIKELENBOOM P, VAN GOOL WA. *Delirium in elderly patients and the risk of*

- postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis*. *Jama*. **2010**; 304(4):443-451.
105. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of an older or elderly person*. Ženeva: WHO, **2010**. [online] (cit. 10. 6. 2015). Dostupné z:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>.
106. YAMAMOTO M, NAKAMURA M, SAKURABA S. *Development of ethical dilemma scale Japanese nurse faced psysical restraints to erderly patients with dementia*. *Open J Nurs*. 2013; 3(2):202-208.
107. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. IN: *Sbírka zákonů*. 6. 11. 2011, částka 131.

SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Grafy

Graf 1. Věková pyramida ČR (2007, relativní data).....	10
Graf 2. Procentuální zastoupení populace 65 + v Evropě (2011).....	11
Graf 3. Míra fatálních následků pádů seniorů podle pohlaví (USA, 2001).....	19

Obrázky

Obrázek 1. Klasické kurty na ruce a nohy	70
Obrázek 2. Postranice lůžka – nevhodné řešení	75
Obrázek 3. Kardiacké křeslo.....	81
Obrázek 4. „Rukavičky“ – ochranné návleky na ruce	88

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	<i>aktivity všedního života (Activities of Daily Living)</i>
BPSD	<i>behaviorální a psychologické („neuropsychiatrické“) symptomy demence (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)</i>
CMP	<i>cévní mozková příhoda, iktus</i>
CNS	<i>centrální nervový systém</i>
ČR	<i>Česká republika</i>
ČSÚ	<i>Český statistický úřad</i>
USA	<i>Spojené státy americké (United States of America)</i>
WHO	<i>Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce