

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Jana Havránková**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Jana Havránková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Ošetrovatelská péče o neklidného pacienta na  
gerontopsychiatrickém oddělení**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Ivana Balejová

PLZEŇ 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vykonala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 11.3.2012

.....  
vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Děkuji Bc. Ivaně Balejové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů, děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

# OBSAH

ÚVOD .....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 HISTORIE GERONTOPSYCHIATRIE .....	14
2 GERONTOPSYCHIATRICKÁ ZAŘÍZENÍ V ČR.....	15
2.1 Ambulantní péče .....	15
2.2 Lůžková péče .....	15
2.3 Intermediální péče.....	16
2.4 Specializované ústavy sociální péče .....	16
2.5 Detenční ústavy.....	16
3 NEDOBROVOLNÉ HOSPITALIZACE NA GERONTOPSYCHIATRII.....	16
3.1 Převzetí občana do ústavní péče bez souhlasu.....	16
3.2 Povinné protialkoholní a protitoxikomanické léčení .....	17
3.3 Ochranné léčení .....	17
4 NEKLIDNÉ CHOVÁNÍ A AGRESE .....	18
4.1 Neklid.....	18
4.2 Násilné chování neboli agrese .....	18
4.3 Stupně agrese .....	19
5 FORMY NEKLIDNÉHO CHOVÁNÍ.....	19
6 PŘÍČINY AGRESE.....	20
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEKLIDNÉHO PACIENTA NA GERONTOPSYCHIATRII .....	20
8 FORMY INTENZIVNÍHO DOHLEDU .....	22
8.1 Všeobecné sledování.....	22
8.2 Přerušované sledování .....	22
8.3 Blízké sledování.....	23
8.4 Speciální sledování .....	23
9 ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE.....	23
10 ZÁSADY ZVLÁDNUTÍ NAPADENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU .....	24
11 FARMAKOTERAPIE .....	25
12 RESTRIKTIVNÍ POSTUPY .....	27
12.1 Druhy omezovacích prostředků a speciální ošetrovatelská péče.....	28

12.1.1	Manuální fixace .....	28
12.1.2	Fixace použitím mechanických prostředků .....	28
12.1.2.1	Speciální ošetrovatelská péče .....	28
12.1.3	Umístění pacienta v uzavřené izolační místnosti.....	29
12.1.3.1	Speciální ošetrovatelská péče .....	29
12.1.4	Umístění pacienta v uzavřeném síťovém lůžku.....	30
12.1.4.1	Speciální ošetrovatelská péče .....	30
13	ÚLOHA SESTRY PŘI VÝKONU OMEZENÍ .....	31
13.1	Ošetrovatelská péče o pacienta před výkonem omezení .....	31
13.2	Ošetrovatelská péče o pacienta při výkonu omezení .....	31
13.3	Ošetrovatelská péče po výkonu .....	32
14	VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE .....	32
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	33
15	FORMULACE PROBLÉMU .....	33
15.1	Hlavní problém .....	33
15.2	Díličí problémy .....	33
16	CÍL A ÚKOL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	34
17	METODIKA .....	34
18	HYPOTÉZY .....	35
19	VZOREK RESPONDENTŮ .....	35
20	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	36
21	DISKUZE .....	62
	ZÁVĚR .....	68
	LITERATURA A PRAMENY .....	69
	SEZNAM ZKRATEK .....	71
	SEZNAM GRAFŮ .....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73
	Přílohy.....	74

## ANOTACE

Příjmení a jméno:	Havránková Jana
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Ošetrovatelská péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení
Vedoucí práce:	Bc. Balejová Ivana
Počet stran:	číslované 56, nečíslované 21
Počet příloh:	1
Počet použité literatury:	23
Klíčová slova:	gerontopsychiatrie, ošetrovatelská péče, neklid, pacient

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce je zaměřena na poskytování specifické ošetrovatelské péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení.

V teoretické části jsou popsány gerontopsychiatrická zařízení, projevy a možné příčiny neklidného chování pacienta. Dále jsou popisována specifika poskytované ošetrovatelské péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení včetně forem intenzivního dohledu pacienta, zásad vhodné komunikace, farmakoterapie a restriktivních postupů.

V praktické části zjišťuji znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti komunikace, ošetrovatelské péče o neklidného pacienta a možný negativní vliv na ošetrovatelský personál.

## ANNOTATION

Surname and name:	Havránková Jana
Department:	Department of Nursing and Midwifery
Title of thesis:	Nursing care of agitated patients in the gerontopsychiatric department
Consultant	Bc. Balejová Ivana
Number of pages:	numbered 56, unnumbered 21
Number of appendices:	1
Number of literature items used:	23
Key words:	gerontopsychical, nursing care, restlessness, the patient

### **Summary:**

This thesis is focused on providing nursing care for specific patient gerontopsychical troubled department.

In the theoretical section describes gerontopsychiatric equipment, signs and possible causes of restless behavior of the patient. Further described are specifics provided nursing care for a patient to the troubled department gerontopsychiacal forms of intensive supervision, including the patient, the principles of appropriate communication, pharmacotherapy and restrictive practices.

In the practical part I find the knowledge of nursing staff in communication, nursing care of the agitated patient and the possible negative impact on the nursing staff.



## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení“ a vybrala jsem si jej proto, že na gerontopsychiatrickém oddělení již mnoho let pracuji.

Gerontopsychiatrie se vyčlenila jako samostatný obor geriatrie, která se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikováním i léčením. K hlavním okruhům zájmu gerontopsychiatrie patří demence, delirantní stavy, deprese, poruchy spánku, paranoidními syndromy a poruchy chování ve stáří. Většina pacientů hospitalizovaných na gerontopsychiatrii je starší 65 lety. Znamená to, že kromě psychického onemocnění se setkáváme, vzhledem k věku, i se somatickými onemocněními. Je proto třeba, aby sestra, pracující na takovém oddělení měla dostatečné znalosti nejen z vlastního oboru, ale i z dalších oborů – hlavně z interního lékařství, neurologie a rehabilitace.

Práce na gerontopsychiatrii je velmi náročná – a to jak psychicky, tak i fyzicky. Navíc je to práce, která je často spatřována v očích veřejnosti jako neatraktivní, nezajímavá a mnohdy i podřadná. Ocenit ji většinou dokáží pouze příbuzní pacientů, kteří jsou na gerontopsychiatrických odděleních hospitalizováni.

O pacienta na gerontopsychiatrii pečuje celý ošetrovatelský tým, který si uvědomuje, že každý pacient je člověk nejen se svými potřebami, ale i právy a vždy je nutno respektovat jeho důstojnost. Členy ošetrovatelského týmu jsou sestry magistry, bakalářky, specialistky a sestry pracující bez odborného dohledu, dále sestry pracující pod odborným dohledem, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelky, sanitáři, ale i rehabilitační pracovníci, kliničtí psychologové, ergoterapeuti a nutriční terapeuti. Ti všichni spolu navzájem spolupracují, aby během hospitalizace byly uspokojovány veškeré potřeby pacienta.

Ke každému pacientovi, z důvodu psychického onemocnění, je nutné mít individuální přístup. Přesto se při poskytování ošetrovatelské péče setkáváme s neklidným chováním a někdy i násilím ze strany pacienta. Takže představy některých lidí o tom, že starý člověk s křehkou konstitucí, dezorientovaný a s mnoha nemocemi není schopen násilného chování, jsou zcela mylné.

Neklidné a agresivní chování se u pacientů na gerontopsychiatrii objevuje, i když se ošetrovatelský personál svým přístupem, chováním a komunikací snaží tomuto

předcházet. Je to dáno především tím, že u pacientů se setkáváme nejenom s poruchami chování, ale i dezorientací a zmateností. S agresivním chováním se můžeme setkat v nejrůznějších formách, od hostility až po napadení jiného pacienta nebo člena ošetrovatelského týmu.

Mým cílem v této bakalářské práci je zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci (NELZP) mají dostatek znalostí, ale i informací souvisejících s ošetrovatelskou péčí o neklidného pacienta. Dále mě zajímá jejich názor na vliv vhodné komunikace při zvládnutí neklidného pacienta a také jak je ovlivňuje kontakt s neklidným pacientem.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HISTORIE GERONTOPSYCHIATRIE

Věkové změny, které se projevují v lidské psychice, zajímaly lidstvo od nejstarších dob. Stáří, se svými problémy, se stalo předmětem úvah filosofů, bádání přírodovědců a zdravotníků. Již antičtí autoři do svých myšlenek, básní, předkládají své názory na stárnutí, na stáří a chování v něm. Jejich závěry jsou však často protichůdné, protože zkušenosti s prožíváním stáří, změnami v lidské psychice a choromyslnosti jsou vždy individuální.

Středověk pohlížel na stáří a nemoci spojené s ním velmi negativně. V této době panoval značný strach ze stárnutí, staří a choromyslní lidé byli vytlačováni až na okraj společnosti. Až doba osvícenství přinesla nové zdůraznění studia o změnách duševního života starých lidí. Jsou poprvé popisovány specifické stařecké duševní poruchy. Vědci v 19. století položili první vědecké základy rozvoje gerontopsychiatrie. Poválečná léta a druhá polovina XX. století přináší rychlý rozvoj této specifikace, znalosti se zdokonalují až do současné doby, kdy je stále sílící potřeba řešit otázky gerontopsychiatrie jako samostatného specializovaného oboru psychiatrie. (1)

Významný je i rozvoj nových léčebných metod. Zavedení psychofarmak v padesátých letech minulého století vyžadovalo specifické terapeutické metody odlišné pro staré pacienty od ostatních. (1)

Negativní jev, který ovlivňuje rozvoj gerontopsychiatrie je velká intolerance veřejnosti vůči duševním poruchám. Ve zdravotnictví se tato realita projevuje hlavně během hospitalizací. Geriatricí pacienti s psychickými komplikacemi např. pooperačními, u interních nemocí, poúrazových stavů, projevujících se stavy zmatenosti, neklidem a agresivitou, s porušováním sociálních zásad a hygienických návyků, jsou překládáni do psychiatrických léčeben. (2)

## **2 GERONTOPSYCHIATRICKÁ ZAŘÍZENÍ V ČR**

Péče o duševní zdraví geriatrických pacientů je v České republice poskytována v různých formách. Cílem je poskytování kvalitní péče v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální. Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako pracoviště samostatná nebo jako součást vyšších zdravotnických zařízení. Vyskytují se též kombinace nemocničních, intermediálních a ambulantních zařízení podle místních potřeb, podmínek a možností. (3)

### **2.1 Ambulantní péče**

Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, posuzování duševních chorob a resocializace, zajišťování péče o pacienty v ochranné léčbě. Pokud je ambulantní péče nedostačující, indikuje ambulantní psychiatr péči v zařízení lůžkovém. (3)

### **2.2 Lůžková péče**

Česká republika disponuje podle statistických údajů z loňského roku je 1 700 lůžek určených pro gerontopsychiatrické pacienty. Lůžková péče se dělí na psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky fakultních nemocnic, psychiatrické léčebny a oddělení pro poruchy paměti. (3)

Jsou určena pro krátkodobou i dlouhodobou hospitalizaci, a to jak dobrovolnou, tak i nedobrovolnou, s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací chronické duševní choroby. V těchto zařízeních se provádí posuzování duševních chorob, diagnostika, terapie a poskytuje se zde komplexní ošetrovatelská péče a rehabilitace. (3)

Zdravotní stav pacientů vyžaduje, vzhledem k polymorbiditě, komplexní somatickou diagnostiku a spolupráci se specialisty z jiných medicínských oborů. Provádějí se laboratorní a další pomocná vyšetření a od toho se také odvíjí rozměrnost ošetrovatelské péče.

Psychiatrické léčebny poskytují péči zejména dlouhodobou. Uskutečňují se v nich též ústavní ochranné léčení, jsou zde hospitalizováni pacienti k vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti a pečují se o nemocné s různými gerontopsychiatrickými diagnózami. (3)

### **2.3 Intermediální péče**

Typ intermediální péče o duševní zdraví seniorů začal vznikat v 80. letech minulého století. Zahrnuje krizová centra, denní stacionáře, centra denních aktivit, chráněné bydlení, agentury domácí péče a uzavřené typy domovů pro seniory.(3)

### **2.4 Specializované ústavy sociální péče**

Do těchto ústavů jsou umístěni geriatričtí pacienti závislí na návykových látkách a s chronickou duševní poruchou, které není možné umístit v jiných zařízeních. (3)

### **2.5 Detenční ústavy**

Jsou to zařízení, ve kterých jsou umístěny i geriatričtí pacienti, jejichž duševní porucha je neléčitelná nebo osoby, které léčbu odmítají a i nadále zůstávají společensky velmi nebezpečné. Detenční ústav by měl kombinovat režim vězení a péči psychiatrického zařízení, kam byli soudním rozhodnutím odesláni k léčbě ochranné psychiatrické nebo sexuologické, avšak běžné psychiatrické léčebny nejsou pro výkon trestu pachatelů velmi závažné násilné trestné činnosti dostačující z důvodu bezpečnosti ostatních pacientů i ošetřujícího personálu. (3)

## **3 NEDOBROVOLNÉ HOSPITALIZACE NA GERONTOPSYCHIATRII**

Institut nedobrovolné hospitalizace je široce právně ošetřen Listinou základních práv a svobod, Zákonem o péči a zdraví lidu, Občanským zákoníkem a Občanským soudním řádem. Jsou taktéž sledovány v managementu kvality péče poskytované v psychiatrii, včetně hodnocení externích auditorů sledujících kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na gerontopsychiatrii jako je veřejný ochránce lidských práv, audity Ministerstva zdravotnictví. (2, 4)

### **3.1 Převzetí občana do ústavní péče bez souhlasu**

Vymezení převzetí občana do ústavní péče bez souhlasu je dáno v novelizovaném § 23 odstavec 4 Zákona o péči a zdraví lidu, který řeší to, že bez souhlasu pacienta je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to dle povahy

onemocnění třeba, převzít pacienta i do ústavní péče v případě, pokud jde o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení, jestliže osoba jeví známky duševní poruchy nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo okolí anebo není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Na toto ustanovení navazuje ustavení § 24, který nařizuje převzetí pacienta bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odstavce 4, kdy je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin od přijetí pacienta oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže pacient dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí, tedy podepsal dobrovolný vstup. (2)

Z těchto třech základních okruhů indikací k nedobrovolné hospitalizaci je pouze jeden týkající se gerontopsychiatrie, a to okruh druhý. Jsou to situace, kdy osoba jeví známky duševní choroby či intoxikace ohrožuje sebe či své okolí. Jedná se o zjevnou fyzickou agresi vůči sobě či své okolí, ale může také jít o situace, kdy například dementní geront zanedbáváním hygieny ohrožuje své okolí, přesněji řečeno příklady zahmyzení, možnost samovznícení odpadků, vylévání exkrementů do okolí a podobně, anebo sebe, a to zanedbáváním výživy, svého ošacení, topení. Samozřejmě tato nebezpečí sobě či okolí musejí být zjevná a aktuální. (2)

### **3.2 Povinné protialkoholní a protitoxikomanické léčení**

Podle § 9 odstavce 2 Zákona ČNR č. 37/1989 Sb. O ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi se osobám závislým na alkoholu nebo jiné návykové látce, které se léčebně-preventivní péči nepodrobí nebo ji odmítají nebo ztěžují, uloží povinnost podrobit se ambulantní péči. Pokud tato léčba nebyla účinná nebo se ukázala neúčelnou anebo se tyto osoby odmítají dobrovolně podrobit ústavní péči, tato povinnost se jim uloží. Povinnost podrobit se ústavní péči opakovaně lze uložit pouze tehdy, nejde-li o trvalý stav, léčením neovlivnitelný. (2)

### **3.3 Ochranné léčení**

Ochranné léčení lze uložit dle § 72 str. zákona v případě § 25 a § 32 odst. 2 nebo v případě, jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřítetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, pachatel trestný či spáchal ve stavu zmenšené

příčetnosti a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, jestliže pachatel, který se oddává zneužívání návykové látky spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. (2)

Z hlediska druhu ochranného léčení lze určit léčení ochranné psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické nebo kombinované. Výkon léčení nařizuje předseda senátu psychiatrické léčebně příslušné dle bydliště odsouzeného pacienta a stanoví den nástupu. Pacientovi je ve výkonu povoleno vzdálit se jen tehdy, je-li to nutné z léčebných důvodů a nebude-li tím ohroženo ochranné léčení. Propustky sexuálních deviantů jsou přesně stanoveny příkazy ředitele dané léčebny. (2)

## **4 NEKLIDNÉ CHOVÁNÍ A AGRESE**

Gerontopsychiatrické ošetřovatelství je velice specifické mimo jiné i tím, že NELZP při poskytování komplexní ošetřovatelské péče je ve styku s pacienty, kteří nemají náhled na své onemocnění, spolupráce s nimi je často nulová pro dezorientaci např. při degenerativních onemocněních mozku, ba naopak zarputile, velkým neklidem odmítají jakoukoliv pomoc a péči. NELZP se tak při své práci setkává s různými projevy neklidu a agrese. (3)

### **4.1 Neklid**

Neklid je stavem zvýšené pohybové aktivity přecházející od forem mírných, jako jsou zvýšené gestikulace, přešlapování, podupávání až po výrazný psychomotorický neklid. Tento velký neklid nazýváme jako agitovanost, která se často pojí s násilným chováním. (3)

### **4.2 Násilné chování neboli agrese**

Násilné chování je použití síly vůči předmětům nebo lidem spojeným často s nepřátelským afektem. Někdy se hovoří o agresi. Při opakujícím se nebo déletrvajícím zmiňovaném chování hovoříme o agresivitě. Agrese jako taková bývá prováděna afektem hněvu, vzteku, pocitu nenávisti. Může vést k fyzickému zranění personálu i ostatních pacientů zdravotnických zařízení nebo k devastaci zařízení. (3)

### 4.3 Stupně agrese

Existují různé stupně agrese. Hostilita neboli nepřátelství je tím nejnižším stupněm. Je zřejmá z vystupování a chování pacienta, který nám takto dává najevo své antipatie. Verbální agrese je druhým stupněm agrese. Je buď přímá, kdy pacient NELZP vulgárně nadává, uráží je, zesměšňuje, nebo nepřímá, jakou je výhrůžné psaní dopisů či telefonátů, dále ideatorní, kdy jde pouze o představy nadávek, které pacient ventiluje. Brachiální agrese je třetím a tím nejzávažnějším stupněm agrese, jedná se o agresi fyzickou zaměřenou proti věcem nebo osobám. Dále se může jednat o agresi zaměřenou vůči sobě, autoagresi. Tím jsou nejrůznější formy sebepoškozování, sebevražedné pokusy jak demonstrační tak dokonalé. (3)

## 5 FORMY NEKLIDNÉHO CHOVÁNÍ

První formou je slovně neagresivní chování. Jedná se o projevy v rámci verbální komunikace a personálem je popisováno jako nesmírně zatěžující. Projevuje se stálým opakováním dotazů bez adekvátní zpětné vazby po odpovědi. Nedorozumění a nepochopení. Podkladem pro toto chování bývá snaha pacienta přelstít onemocnění, v počátcích využívá všech svých schopností k náhradě toho, co nemůže přelstít. V posledních stadiích nemoci, kdy v popředí dominuje porucha aktuální paměti a pacient neudrží informace, stálými dotazy hledá ujištění, aby tím zabránil pocitům úzkosti, takže znovu a znovu hledá kontakt ošetřujícího personálu gerontopsychiatrického zařízení. (5)

Další formou je fyzicky neagresivní jednání, které se projevuje blouděním, neustálou chůzí, nesmyslným přenášením a manipulací s věcmi i nábytkem, hledáním něčeho zajímavého, výrazným přebytkem energie, potulováním, svlékáním, nevhodnými doteky vůči ošetřujícímu personálu či pacientům a stavy nočních neklidů, jež lze odůvodnit i dezorientovaností časem. (5)

Nejzávažnější formou neklidného chování je slovně a fyzicky agresivní chování, kdy se jedná se o křik, vulgaritu, stupňující se nadávky a přímé fyzické napadení. (5)



## **6 PŘÍČINY AGRESE**

Agrese může být jako způsob dosažení cílů, kdy pacienti často sahají k agresi jako k obraně před něčím nepříjemným, přestávají se díky tomu ovládat nebo psychické onemocnění ovlivní vyšší city a autoregulační mechanismy. Agrese jako emoční reakce je vyvolána přívalem emocí, přičemž geriatrickí pacienti jsou citlivější, neboť mají horší schopnosti vyrovnávat se se silnými emocemi. Agrese je často projevem bolesti ze ztráty, zlobou nad těžkým osudem. Pokud se pacient dostane do situace, kdy se stydí, cítí se zahanben např. před spolupacienty, může se proti pokračování tohoto konání bránit agresí. Tato agrese může být i odpovědí např. při vykonávání osobní hygieny oš. personálem, kdy pacient reaguje na to, že i ve velmi intimních oblastech je závislý na pomoci. Další příčinou je agrese při mylném chápání reality. Jedná se o chybné pochopení situace, ve které se pacient nachází vlivem kognitivních poruch, např. se brání svlékání nebo nechápe, proč má zůstat v místě, kde se mu to nelíbí. Další příčinou agrese je povahový rys pacienta. S přibývajícím věkem vyvstávají rysy osobnosti, které se pacientovi dříve při konfliktních situacích dařilo zvládat. Avšak není možné povahu pacienta změnit, lze jen omezit nepříjemné projevy chování. Poslední v řadě příčin agrese je agrese jako odpověď. Jedná se o vliv osob, jež o demenčního či jinak psychicky nemocného pacienta pečují. Z nejrůznějších důvodů může jejich péče a chování vyvolat agresivní jednání u pacienta, hlavně jedná-li se i o spěch, nervozitu při péči a nevhodný nebo neodborný způsob komunikace. (5)

## **7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEKLIDNÉHO PACIENTA NA GERONTOPSYCHIATRII**

Jedním z mnoha specifík poskytované ošetrovatelské péče na gerontopsychiatrickém oddělení je zvládnání neklidu a kontaktu s dezorientovaným, vulgárním či agresivním pacientem. Ošetrovatelský personál se setkává s celou řadou komplikovaných situací, které jsou pro gerontopsychiatrii typické a častější, než na jiných odděleních. Ošetrovatelský personál by měl být dostatečně kvalifikovaný a měl by být v dostatečném počtu, aby případné nežádoucí události dokázal zvládnout. Avšak to, jakým způsobem je zvládne, ovlivní i jejich zkušenosti, schopnosti zvolit vhodný přístup s ohledem na potřeby pacienta. Rozmanitost těchto situací je však taková, že je

nemožné podat jednoznačný návod k jejich řešení, pouze doporučené osvědčené postupy. (5)

Při poskytování psychiatrické péče musí ošetřující personál počítat s výskytem nežádoucích událostí. K těm nejzávažnějším patří agresivní jednání pacientů. U určité části psychicky nemocných se setkáváme s tím, že jejich psychika je narušena do té míry, že nedodržují společenské normy a mohou ohrožovat své okolí nebo sebe sama anebo jejich onemocnění může být provázeno úplnou nosoagnózií, kdy nejsou schopni uvědomit si svoji poruchu nebo své jednání ovládnout. Za nejzávažnější rizika, se kterými se oš. personál v péči o duševně nemocné musí vyrovnávat, jsou považovány všechny typy agrese. K rizikovým patří zejména gerontopsychiatrickí pacienti. Ošetřovatelskému personálu se ne vždy podaří potencionální rizika odhadnout a tím tak předejít vzniku nežádoucí události, vedoucí k poškození personálu, pacienta a eventuelně i jiných osob. Nelze očekávat, že se podaří výskyt nežádoucích událostí zcela eliminovat, ale zdravotnická zařízení mají povinnost udělat maximum pro to, aby jejich výskyt minimalizovaly.

Kromě povinností, které jsou výslovně obecně stanovené závaznými právními předpisy platnými pro oblast zdravotnictví, je za určitých okolností možno požadovat po ošetřovatelském personálu či po zdravotnických zařízeních, aby dodržovali všeobecně uznávané postupy směřující k předcházení škodám na zdraví, a to i tehdy, není-li dodržení takových postupů nařízeno zákonem. Ošetřovatelský personál a zdravotničtí manažeři jsou vzhledem ke svému vzdělání a vzhledem k charakteru funkce, kterou vykonávají, povinni vědět o hrozbě určitých rizik a jsou též povinni znát obvyklá opatření k prevenci těchto rizik. Pokud ošetřovatelský personál či manažer na hrozbu těchto rizik nepomyslí či pokud opomene k jejich zabránění zavést či využít postupy, může za případnou škodu odpovídat, nebo zatížit odpovědností svého zaměstnavatele. (6)

V psychiatrických zařízeních by měl být zpracován vnitřním předpisem postup třídění pacientů s rizikem autoagrese nebo heteroagrese. Je také nutno specifikovat možné postupy z hlediska péče o tyto pacienty. Dále zavést do praxe systém vyhodnocování rizik a navazujících opatření k zajištění větší bezpečnosti pro pacienty i personál. (6)

Prvním krokem v prevenci rizik je důležité jejich včasné rozpoznání. Roli také hraje ošetřovatelské vyšetření. V průběhu vstupního vyšetření je třeba se také zaměřit na známky možného rizikového chování. Vhodným nástrojem doplňujícím vyšetření

mohou být různé standardizované škály, které pomohou objektivizovat pacientův stav a míru rizika. Nástrojem na rychlé vyhodnocení rizika agrese je např. Broset Violence Checklist. Škála obsahuje 5 položek, rizikových faktorů agrese, které lze zaznamenat na základě pozorování v průběhu vyšetření, čímž může pomoci ošetřovatelskému personálu rychle se zorientovat v situaci a uvědomit si míru rizikového chování pacienta a následně tomu přizpůsobit poskytovanou péči. (6)

## **8 FORMY INTENZIVNÍHO DOHLEDU**

Jednou z hlavních zásad předcházení rizikového chování je intenzivní dohled. Úroveň dohledu se musí odvíjet od vyšetření a míry stanovených rizik a odpovídajícího počtu pracovníků k jeho zajištění. Jsou stanoveny 4 základní úrovně dohledu.

O zařazení pacienta do jednotlivých úrovní rozhoduje lékař ve spolupráci s NELZP. Vycházejí z duševního stavu pacienta, jeho potřeb a pravidelně svá rozhodnutí aktualizují. (6)

### **8.1 Všeobecné sledování**

Personál musí mít všeobecné povědomí o tom, co pacient dělá a kde se pohybuje a musí minimálně jednou v průběhu směny v klidu s pacientem pohovořit a zhodnotit jeho duševní stav. Do této úrovně jsou většinou zařazeni soběstační pacienti, kteří zvládají většinu denních činností bez asistence ošetřovatelského personálu, a pacienti bez rizika agresivních projevů vůči sobě či okolí. (6)

### **8.2 Přerušované sledování**

Ošetřovatelský personál musí kontrolovat pacienta každých 30 minut, tzn., že ho musí minimálně každých 30 minut vidět a zhodnotit jeho stav. Indikační skupinu tvoří nestabilní pacienti, kde však není aktuální riziko sebepoškozování či agrese vůči okolí, agresivní projevy však již byly zaznamenány v minulosti. (6)

### **8.3 Blízke sledování**

Jedná se o velmi intenzivní formu sledování pacienta, kdy ho musí mít ošetrovatelský personál po celý den na dohled. (6)

### **8.4 Speciální sledování**

Jedná se o kategorii, kdy je pacient nepřetržitě 24 hodin monitorován ošetrovatelským personálem, který by měl být u pacienta na dosah paže, aby mohl rychle intervenovat, a to po celých 24 hodin. Indikací k takovéto úrovni sledování je vysoké riziko agresivního jednání, vážné nebezpečí směrem k ostatním pacientům či okolí a vysoké riziko útěku. (6)

## **9 ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE**

Za každým sdělením či neklidným chováním u pacienta se něco skrývá. Někdy nám takto dementní pacient sděluje něco, co nedokáže vyjádřit jiným způsobem nebo jinak psychicky nemocný pacient projevuje neklidným chováním svoje emoce. Řada situací je pro pacienta nová, složitá a klade velký nárok na jeho adaptační mechanismy. Když navíc polymorbidní geriatrický pacient ještě trpí i bolestí, dyskomfortem, mnohdy reaguje jinak, než by se dalo očekávat. (7)

Při zvládnutí verbálního konfliktu zachováváme klid. Při jednání s pacientem se chováme vlídně, neodpovídáme na verbální agresi protiútokem, mohlo by dojít k tzv. spirálovitému posilování a agrese by vyvolala agresi. Pozorně vyslechneme stížnosti pacienta a zachováme akceptující postoj, což ale neznamená souhlas se situací. Pacienta neodsuzujeme za jeho projevy, vyjádříme empatii a porozumění verbálními i neverbálními prostředky a snažíme se hlavně zjistit důvody hněvu. Konstatujeme, že je rozčilený a poskytneme zpětnou vazbu, jak to na nás působí. Projevujeme zájem o jeho situaci, zjistíme, co ho rozčílilo a snažíme se hledat důvody jeho hněvu. (8, 9)

Je-li to možné, pacientovi vyhovíme v jeho požadavcích. Pokud to nelze, klidně vysvětlíme naše stanovisko, vyjádříme pochopení s nepříjemnými následky a srozumitelně reflektujeme. (9)

V případě setrvávání, ulpívání a neústupnosti pacientovi nevyvracíme jeho názor, nepřesvědčujeme jej, ale pokusíme se odvést pozornost k jiné činnosti, v žádném

případě nesmí být naše chování devalvační. Ironizování a zesměšňování je nejčastější chybou při komunikaci. Vždy dodržujeme bezpečnou vzdálenost, protože je nutné mít v případě nebezpečí kam uniknout, ale měla by být otevřena i možnost úniku pro pacienta. (8, 9, 10)

Přibližujeme se k pacientovi vždy ze směru, který pro něj není překvapivý ani ohrožující. Oční kontakt by měl být klidný, nesmí být však moc upřený a dlouhý, mohl by být spouštěčem agrese. Polohou těla dáváme najevo klid a rozvahu, neohrožujeme, pohyby by měly být klidné, pomalé. (11)

Srozumitelně reflektujeme, sumarizujeme a pacientovi sdělujeme i závěr situace a přesvědčíme se, že pacient porozuměl - v těchto případech je zpětná vazba nezbytná. (9)

## **10 ZÁSADY ZVLÁDNUTÍ NAPADENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU**

Je nutné znát i rizika konkrétního oddělení vyplývající z uspořádání prostředí, personálního obsazení, možnosti přivolat posilu k zvládnutí neklidu, nezbytná je i signalizace. Místnosti by měly být přehledné, musí být odstraněno vše, co by pacientem mohlo být použito k napadení. (5)

Vždy se zaměříme na sledování alarmujících projevů pacienta, které jsou před napadením charakteristické. Pacient působí nervózně, bývá rozrušený, nápadně nebo výhrůžně gestikuluje, může podupávat, naznačovat kopnutí nebo se nám dívá upřeně do očí. Často svírá pěsti, vědomě či nevědomě nám pěst ukazuje, jeho tvář bývá napjatá, objeví se i ironický úšklebek a rty jsou pevně semknuté. Mohou se u něj objevovat i tiky, kterými dříve netrpěl, nervózně pomrkává. Varovným signálem jsou jeho gesta, připomínající bití. V každém případě se chová jinak než obvyklé a naše intuice by nám měla naznačit, že hrozí reálné nebezpečí. (9)

Stane se, že i přes všechna opatření, i přes vhodnou komunikaci může dojít ke střetu. Tato situace je velmi nepříjemná pro všechny, ale musíme si uvědomit, že v žádném případě nepotřebujeme v této situaci dominovat a až poté může dojít k výraznému zmírnění tenze mezi agresorem a námi. Pokud nechceme jít do střetu, je to na našem chování jasně znát a druhý si toho všímá, naopak touha po střetu stupňuje násilí. (9)

Je také ověřeno, že pacient postupně přejímá naše chování, takže pokud se chováme klidně, tak dochází k celkovému zpomalení jeho psychomotorického tempa. Někdy ke zklidnění situace pomůže, podaří-li se nám pacienta posadit, pokud to ale rezolutně odmítá, nikdy ho nenutíme. Zanechání volné únikové cesty je nutné i pro agresora. Je lepší variantou, když sám uteče, protože má často mnohem větší strach než my. K uklidnění pacienta napomůžeme např. tím, že mu umožníme zakouřit si, zatelefonovat apod., přestože to jindy na oddělení nebývá zvykem. (11, 12)

Nesmíme zapomínat i na to, že i pacient, který se chová násilnický, má své potřeby a k těm musíme být empatičtí. Právě v akutní situaci se snažíme je identifikovat a pokud možno je naplnit. (9)

## **11 FARMAKOTERAPIE**

Aplikace psychofarmak je součástí vhodného přístupu, avšak nikoliv pouze tou jedinou možností. Je diskutabilní, zda se jedná o restriktivní postup zvládnutí neklidného chování, omezovací prostředek, protože tento postup je možné charakterizovat i jako prostředek léčebný. (6)

Pokud u akutního stavu neklidu nebyla dostačující uvedená nefarmakologická opatření a není-li důvodem jeho vzniku příčina organická, je na místě aplikace zklidňujících psychofarmak přesně dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Jsou-li rozvinuty symptomy jako je neklid, zmatenost, agrese vůči sobě či okolí, narušuje-li pacient výrazným neklidem soužití v kolektivu, chod oddělení a bezpečnost okolí i svoji, je na rozhodnutí ošetřujícího lékaře zvolit odpovídající druh psychotropních látek a na sestře leží zodpovědnost za jejich aplikaci, sledování efektu terapie a monitoring pacienta. Sestra aplikuje látku za pomoci dostatečného počtu ošetrovatelského personálu a přesto to bývá velmi náročný výkon jak po stránce fyzické, tak i psychické. Pokud pacient odmítá podání psychofarmak perorálně, dle ordinace sestra aplikuje látku intramuskulárně. Lze také léčivo aplikovat intravenózně pro rychlý nástup účinku, což bývá značně problematické provést z hlediska nestability neklidného pacienta a rizika aplikace mimo věnu. (6, 12, 13)

Avšak léčiva, způsobující požadovaný útlum neklidu, také tlumí geriatrického pacienta v běžných denních činnostech. Staří lidé, kteří jsou nuceni užívat léky, tvoří skupinu rizikových pacientů. Je to částečně způsobeno fyziologickými změnami stárnutí a užíváním více léků ve stejné době. Rizikovými jsou též proto, že nejsou schopni

zvládnout léčení požadovaným způsobem. Nebezpečí akumulace farmak v organismu u geriatrických pacientů narůstá, protože játra jsou méně výkonná při přeměně léčiva a ledviny při jeho vylučování. Z těchto důvodů se v některých případech normální dávka projeví nežádoucími účinky. Poloviční dávka tak může být dostatečná k vyvolání terapeutického efektu bez vzniku nežádoucích účinků. Další orgány, jako např. mozek a nervový systém, jsou citlivější na léčiva a tím se zvyšuje pravděpodobnost výskytu nežádoucích účinků léčiv, které působí na uvedené orgány. Obdobné problémy se mohou objevit na základě změn v množství tukové tkáně. Alergické reakce se mohou vyskytovat ojediněle, avšak změny imunitního systému mohou přispět k některým neočekávaným reakcím. Geriatrickí pacienti nesprávným a nepravidelným užíváním léků mohou být poškozeni, mají méně receptorů, proto i snížená dávka léčiva pro ně může být vysoká. (1, 8, 22)

Mezi často používaná léčiva při projevech neklidného chování v gerontopsychiatrii patří antipsychotika, která potlačují projevy psychózy. Avšak snižují účinky dopaminu a mohou narušovat jeho rovnováhu s acetylcholinem. Když toto nastane, mohou se objevit příznaky parkinsonismu a je nutné změnit léčbu. Těž mohou blokovat působení dalšího neurotransmiteru – noradrenalinu, čímž dochází ke snížení krevního tlaku především při vertikalizaci a následné nevolnosti. Léčba psychotiky bývá zahajována nízkou dávkou, která se postupně zvyšuje až do vymizení příznaku. Náhlé přerušování léčby může mít i po několika týdnech za následek nauzeu, zvracení, pocení, bolesti hlavy a neklid. Pokud je nutné léčbu přerušit, dávka se snižuje postupně. (8, 16, 21)

Největším rizikem léčby je porucha nazývaná tarditivní dyskineze, která se projevuje trhavými pohyby úst, jazyka, tváře a někdy také rukou a nohou. Nejčastěji lékař u stavů neklidného chování geriatrických pacientů volí antipsychotika jako je melperon, tiaprid, risperidon, olanzapin či quetiapin. (22)

Mezi další skupinu léčiv patří anxiolytika, která působí na nadměrný stres, úzkost, strach, při čemž se mohou objevit i fyzické symptomy – třes, palpitace, dýchací a zažívací potíže a bolesti hlavy. Antianxiózní léčiva se používají k odstranění pocitů nervozity a napětí i neklidu, případně jiných problémů, které byly vyvolány stresem, neodstraňují ale příčiny těchto stavů. (22)

Velmi významný je přístup ošetřovatelského personálu k farmakoterapii. Musí hledat ten správný přístup pacientovi, motivovat ho k užívání ordinovaných léčiv, provádět kontroly, zda-li pacient podané léky spolkl, provádět kontroly kůže po vpichu

intravenózním či intramuskulárním. Sestra musí znát a důsledně kontrolovat možné nežádoucí účinky aplikovaného léčiva, musí sledovat jeho požadovaný účinek zklidnění, musí zajistit bezpečnost a intimitu pacienta během aplikace i po ní, pečovat o všechny jeho potřeby. V neposlední řadě musí vést důsledné záznamy v rozsáhlé ošetrovatelské dokumentaci, zaznamenat jméno ordinujícího lékaře, přesnou dávku a název léčiva, způsob a čas aplikace, popis účinku a monitoring pacienta a vše stvrdí svým podpisem z důvodu odpovědnosti. Zbytečné chybné zvyšování dávek zatěžuje pacienta, zhoršuje kvalitu jeho života a možnou chybou hrozí fatální následky. (5, 18, 19)

## **12 RESTRIKTIVNÍ POSTUPY**

Omezovací prostředky v psychiatrii jsou terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta. Zasahujeme jimi do lidských práv a důstojnosti, nicméně jejich použití má, i přes zápornou a často i neodbornou současnou medializaci v masmédiích, své nezastupitelné místo. Omezovací prostředky lze použít pouze jako krajní možnost po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření. Nesmí být použity pro usnadnění náročné ošetrovatelské péče, ani k mylnému odstranění příčin chování pacienta. (3, 6)

I na gerontopsychiatrii bývá v mimořádných případech nutné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. Ve chvílích, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, může dojít k ohrožení okolí nebo k sebepoškození pacienta. Právě v těchto případech, pokud nelze situaci zvládnout jinak, je nutné přistoupit k použití omezovacích prostředků. Protože se však jedná o metody, které vážně zasahují do pacientovy osobní svobody, je nutné dodržovat zásady, které minimalizují rizika vzniku komplikací jak somatických, tak psychických i právních. Indikací pro použití omezovacích prostředků je vždy chování pacienta bezprostředně ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí. Dalším důvodem omezení je ochrana personálu a zařízení, zajištění odpovídajícího vyšetření a ošetření pacienta nebo zabezpečení terapie. O aplikaci omezovacích prostředků rozhoduje výhradně lékař, který použití posuzuje a ordinuje. Tím se předchází subjektivnímu vyhodnocování individuálních situací ošetrovatelským personálem, kdy míra tolerance jednotlivých pracovníků k projevům pacienta může být značně odlišná. Pouze v naléhavých případech může o omezení pacienta rozhodnout sestra, a to v případech, kdy není



možné otálet s řešením závažné situace, která by vyústila k sebepoškození pacienta nebo jeho okolí. I v těchto případech musí lékař v co nejkratší době rozhodnutí sestry posoudit, potvrdit nebo zvolit jiný postup zklidnění pacienta. (1, 23)

Užití restriktivních postupů není důvodem k odmítnutí návštěv pacienta, přestože to může být pro rodinné příslušníky šokující, avšak musí toto akceptovat. Každá návštěva však musí být lékařem poučena o důvodech omezení, jsou doporučeny návštěvy kratší a pod supervizí ošetřovatelského personálu.(23)

Obzvláště u geratrických pacientů musí být omezovací prostředky uplatněny co nejšetrnějším způsobem a s co nejméně narušující důstojností pacienta.

## **12.1 Druhy omezovacích prostředků a speciální ošetřovatelská péče**

### **12.1.1 Manuální fixace**

Jde o zadržení a omezení pacienta ošetřovatelským personálem v dostatečném počtu s cílem jej znehybnit a popřípadě umožnit aplikaci nedobrovolné zklidňující medikace. Je používána v situacích, kdy méně invazivní techniky nebyly účinné a je zapotřebí akutního zákroku. Provádí ji 3-5 pracovníků s ohledem na konstituci personálu a pacienta. (23)

### **12.1.2 Fixace použitím mechanických prostředků**

Jedná se o omezení pohybu pacienta v lůžku či křesle za použití popruhů na horních a dolních končetinách, případně břišního pásu. Zvláštním druhem je svěrací kazajka, kdy jsou horní končetiny vsunuty do kabátku s prodlouženými uzavřenými rukávy, které se zavážou, takže pacient má ruce jakoby založené. Důvodem tohoto omezení jsou závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí či stavy, které s největší pravděpodobností do výše uvedených projevů vyústí. (23)

#### **12.1.2.1 Speciální ošetřovatelská péče**

Na počátku omezení sestra pacientovi změří krevní tlak a puls. Omezování pacienta může vést k výraznému stresu i fyzickému zatížení jeho organismu. Neurčí-li ošetřující lékař jinak, je ve dvacetiminutových intervalech prováděn monitoring stavu vědomí, krevního tlaku, pulsu, dechu, prokrvení končetin. Vše musí ošetřující sestra

zaznamenávat do dokumentace. Během celé doby omezení jsou samozřejmě uspokojovány pacientovy základní potřeby jako je příjem potravy, dostatečná hydratace, základní hygiena a vyprazdňování. Vždy dbáme na zachování intimity u pacienta.

Při prvním omezení pacienta se díky aktivnímu odporu často nepodaří optimálně vypodložit a upravit všechny popruhy. Pokud je pacient již omezen v lůžku, je nutné omezení jednotlivých končetin postupně upravit, aby bylo jak účelné, tak i pro pacienta pohodlné. Vždy ve dvacetiminutových intervalech jsou kurty uvolňovány a i toto je zaznamenáváno do dokumentace. Zejména při dlouhodobějším omezení nebo u pacientů se somatickými komplikacemi je důležitá prevence tvorby dekubitů. Proto sestra i ostatní NELZP musí dbát na vypodložení predilekčních míst, účelné používání antidekubitních pomůcek a péče o kůži. (23)

### **12.1.3 Umístění pacienta v uzavřené izolační místnosti**

Je to omezení volného pohybu pacienta po oddělení ve speciální, k tomu určené místnosti, která je voprostovaná z důvodu sebepoškození pacienta nárazem těla či hlavy. Důvodem pro použití tohoto opatření je výrazně obtěžující chování pacienta vůči okolí, neklidné a agresivní jednání nebo projevy ohrožující zdraví pacienta jako je nadměrný patologický příjem tekutin, polykání nepoživatelných předmětů jako např. lžice, kryty topení, závažné nedodržování hygienických norem a režimu infekčních a parazitních onemocnění, eventuálně v odůvodněných vlastních požadavcích pacienta. (23)

#### **12.1.3.1 Speciální ošetrovatelská péče**

Pacientovi jsou před umístěním do izolační místnosti odebrány všechny předměty, u kterých hrozí riziko sebepoškození a současně ošetrovatelský personál provede důkladnou kontrolu terapeutické izolace, jestli se nějaké předměty nenachází uvnitř.

S pacientem je domluven způsob komunikace s ošetrovatelským personálem a je pod stálou či co nejčastější supervizí. V tomto případě je adekvátní využívání kamerového systému.

Pacientovi jsou průběžně poskytovány srozumitelné informace, zohledňuje se i orientace místem, časem i osobou. Samozřejmě jsou během celé doby aktivně

uspokojovány jeho základní potřeby jako je příjem potravy a tekutin, vylučování a také jeho hygienické potřeby. (23)

#### **12.1.4 Umístění pacienta v uzavřeném síťovém lůžku**

Pacient je umístěn ve speciálním lůžku se sítí z důvodů opakovaných či dlouhodobých, farmakologicky neovlivnitelných či nedostatečně ovlivnitelných psychomotorických projevů neklidu a stavů zmatenosti a dezorientace, které mohou být spojené s rizikem pádu a poranění. Dále jsou zde umístěni pacienti nekontrolující své jednání, které vede k vlastnímu ohrožení nebo k ohrožení jiných osob nebo věcí. (23)

##### **12.1.4.1 Speciální ošetrovatelská péče**

Pacient je pod stálou kontrolou ošetřujícího personálu, součástí péče je i jeho aktivizace pod dohledem. Sledování fyziologických funkcí je ordinováno lékařem a sestra jej zaznamenává do dokumentace. Pacient je pravidelně vyváděn mimo lůžko za účelem stravování, hygieny a vycházek. Vždy je snaha o maximalizaci délky pobytu mimo síťové lůžko ve spojení s alternativními způsoby zvládnutí jeho ohrožujících projevů.

Součástí péče je i desinfekce a úprava síťového lůžka, ale i kontrola zda toto lůžko není pacientem poškozeno, což by následně mohlo vést k poškození pacienta. Pravidelné kontroly stavu lůžka jsou zaznamenávány do dokumentace.

Pokud je nutné opakované umístění pacienta v síťovém lůžku, tak je nezbytné pacientovi zajistit i rehabilitační ošetrovatelskou péči, která je zaměřena na prevenci komplikací plynoucích z dlouhodobého omezení pohybu, jako je ochabnutí svalstva, omezení hybnosti kloubu nebo i vznik dekubitu. (23)

## **13 ÚLOHA SESTRY PŘI VÝKONU OMEZENÍ**

### **13.1 Ošetřovatelská péče o pacienta před výkonem omezení**

Připravíme si potřebné pomůcky, včetně osobních ochranných pomůcek. Pacientovi ponecháme pacientovi při neklidu dostatečný prostor a odstraníme z jeho bezprostřední blízkosti předměty, které by mohl použít jako zbraň nebo by se jimi mohl zranit sám. Stále sledujeme jeho chování, chráníme ostatní pacienty, ale chráníme i sebe a ostatní ošetřovatelský personál i majetek zdravotnického zařízení. Je nezbytné zajistit si pomoc dostatečného počtu NELZP. (6)

### **13.2 Ošetřovatelská péče o pacienta při výkonu omezení**

O způsobu omezení pacienta rozhoduje výhradně lékař a vždy je to až krajní možností řešení vzniklé situace. Nikdy nezůstáváme s neklidným pacientem o samotě, neotáčíme se k němu zády, vždy dbáme na možnost opuštění místnosti. Pacienta oslovujeme jménem, mluvíme klidně, přesvědčivě, navazujeme a udržujeme slovní kontakt. Jednáme s klidem a jistotou, dáváme pozor na neverbální projevy pacienta a současně nereagujeme na agresi pacienta, spirálovitě vlastní agresivitou. Nenecháme se zmanipulovat do role protivníka. Vysvětlíme pacientovi důvody omezení, časovou délku omezení a další postup. Naplánujeme a řídíme akci všech zúčastněných osob. Vyhovující počet je jeden pracovník na jednu končetinu a jeden k aplikaci léku či omezovacího prostředku. Před aplikací kurtů pacientovi odstraníme hodinky a náramky, kurty připínáme šetrně a zabráníme poranění pacienta. (6)

Sestra vždy sleduje stav vědomí, dýchacích cest a dýchání, pravidelně měří pacientovi krevní tlak a pulz, někdy i saturaci kyslíkem. Toto vše zaznamenává do dokumentace. Dále si všímá psychomotorických projevů u pacienta. kontroluje i barvu a celistvost kůže fixovaných končetin. Přesvědčuje se, že požadovaná část těla je sice znehýbněna, ale ne vždy tak pevně, aby došlo k přerušení krevního oběhu. Celý ošetřovatelský tým dbá na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta, tzn. dostatečnou hydrataci, výživu, osobní hygienu, vyměšování, prevenci dekubitů, prevenci podchlazení a prevenci poranění. Dle stavu pacienta s ním vhodně komunikuje a také jej vhodně edukuje. Z okolí lůžka odstraní všechny předměty, které by v případě uvolnění se z omezovacích prostředků mohl pacient použít k ohrožení sebe nebo svého okolí. (6)

### **13.3 Ošetrovatelská péče po výkonu**

Po odstranění omezovacích prostředků je nutno vždy pacientovi vysvětlit důvody, které vedli k tomu, že bylo nutno použít omezující prostředky a i prospěšnost tohoto omezení pro něho samotného. Opět zkontrolujeme fyzické a psychické potřeby pacienta, upravíme ho, upravíme jeho lůžko. Zkontroluje zdravotní stav pacienta, jeho stav kůže, případné vzniklé kožní defekty. Vše opět zaznamenáváme do dokumentace

Součástí individuálního plánu péče o pacienta by mělo být stanovení způsobu jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování. NELZP je zodpovědný za správné provedení omezení a zajištění komplexní ošetrovatelské péče o pacienta. Po celou dobu omezení musí ošetrovatelský personál vynakládat veškeré úsilí k vytvoření a zachování kvalitního terapeutického vztahu s pacientem. (6)

## **14 VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE**

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Vždy musí být vedena zodpovědně a v případě používání omezovacích prostředků to platí dvojnásob.

Veškeré okolnosti související s užitím omezovacích ošetření musí být jasně, přehledně a srozumitelně zdokumentovány. Tyto zápisy musejí být popisné a konkrétní. Vždy musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla. Dále musí být v zápisu uveden stav pacienta, který předcházel omezení a konkrétní důvody k němu vedoucí. Je také nutno zaznamenat čas počátku omezení, návrh lékaře na ošetrovatelský postup po dobu omezení, zápis o podání ordinované medikace, druh léku, dávka a způsob podání. Dokumentujeme i výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta, včetně popsání důvodů k pokračování či ukončení omezení. Dále musí dokumentace obsahovat zápis ošetrovatelských intervencí o hygieně, příjmu potravy a tekutin a o vyprazdňování. Zaznamenáváme také hodnoty fyziologických funkcí, návštěvy u pacienta, čas ukončení omezení, podpis personálu, který byl zodpovědný za omezení a údaj o tom, že byl pacient o aplikaci opatření informován před, v průběhu nebo po ukončení omezení. Dokumentujeme i eventuálně vzniklé nežádoucí události jako jsou poranění, zhmoždění pacienta. Zaznamenáme ale i poranění personálu, vše dle zvyklostí pracovišť a předpisů BOZP.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 15 FORMULACE PROBLÉMU

Současný vývoj zdravotnictví je zaměřen na zvyšování kvality poskytované péče a ta je také sledována mnoha institucemi. Na gerontopsychiatrických odděleních je ošetrovatelská péče velice náročná jak po stránce fyzické, tak i po psychické a patří mezi nejčastější příčinu syndromu vyhoření ošetrovatelského personálu. Je specifická vzhledem k somatické polymorbiditě pacientů, ale především k projevům přidružených psychických onemocnění jakým je neklidné chování pacientů, používání vulgarismů nejtvrdějších ražení, agresivita, ponižování NELZP, a v neposlední řadě fyzické napadení ošetrovatelského personálu s následky. Poskytovaná péče někdy nebývá vysoce kvalitní z důvodu neznalosti vhodných ošetrovatelských postupů, které nejsou nedílnou součástí vzdělání všeobecné sestry. Přitom ze své jedenáctileté praxe na tomto oddělení mám zkušenost, že všeobecné sestry jsou ochotné se postkvalifikačně vzdělávat a účastnit nepovinných vzdělávacích akcí, což by dozajista následně doznalo určitých změn v každodenním praktickém využití.

### 15.1 Hlavní problém

Hlavním problémem je částečná znalost ošetrovatelského personálu při poskytování speciální ošetrovatelské péče o neklidného pacienta. Nekvalitní nebo nedostatečná péče může na pacienta působit traumaticky. Je nutné si uvědomit, že i starý a psychicky nemocný pacient je člověk se svými právy, potřebami a duší, u něhož je nutné podpořit kvalitu jeho života a respektovat jeho důstojnost i identitu.

### 15.2 Dílčí problémy

Dalším problémem je podceňování verbální komunikace při zvládnutí neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení ze strany NELZP. Vhodnými komunikačními technikami někdy lze zvládnout neadekvátní chování pacienta, je možné ho uklidnit, odvrátit hrozící agresi vůči sobě nebo jeho okolí a předejít důsledkům.

Dalším dílčím problémem je nedostatečné množství odborných informací pro NELZP, pracujících na gerontopsychiatrickém oddělení, týkající se ošetrovatelské péče o neklidné pacienty. Podrobné informace by měly být vodítkem pro poskytování péče a zvládnání neklidného chování pacienta.

Dalším dílčím problémem je negativní vliv neklidného chování pacienta na NELZ. Setkání s neklidným pacientem je vždy nepříjemným, ale bohužel nedílným zážitkem při práci NELZP. Proto je velmi žádoucí předcházet těmto situacím, a pokud nastanou, je nutné mít takové nástroje a prostředky, aby nedošlo k poškození zdraví personálu.

## **16 CÍL A ÚKOL PRAKTICKÉ ČÁSTI**

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zmapovat úroveň znalostí NELZP při poskytování komplexní ošetrovatelské péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení.

Jako dílčí cíl bylo zvoleno vyhodnotit, zda NELZP, pracující na gerontopsychiatrických odděleních, mají dostatek teoretických informací, týkajících se této specifické péče.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit názor NELZP, pracujících na gerontopsychiatrickém oddělení, zda vhodnou komunikací lze ovlivnit neklidného pacienta.

Posledním cílem mé práce je zmapovat, jaký vliv má kontakt s neklidným pacientem na NELZP, kteří pracují na gerontopsychiatrických odděleních.

## **17 METODIKA**

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byla zvolena kvantitativní metoda dotazování. Základní pomůckou pro shromažďování dat k danému tématu této bakalářské práce byl anonymní dotazník (viz. Příloha 1). Byla zaručena anonymita respondentů, k dotazníku byla přiložena obálka, která mohla být k tomuto účelu využita. Pro získání informací byl vytvořen dotazník, který v úvodu objasňoval zkoumanou problematiku a instrukce k vyplnění. Bylo vytvořeno 26 otázek otevřených, uzavřených i filtračních. Do úvodní části byly zařazeny demografické otázky, týkající se základních informací o respondentech. Zbývající část dotazníku obsahovala otázky týkající se zkoumaných problémů.

## **18 HYPOTÉZY**

- H1: Alespoň polovina NELZP pracujících na gerontopsychiatrických odděleních má dostatečné znalosti týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta
- H2: Většina NELZP má dostatek informací týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta
- H3: Téměř všichni NELZP pracující na gerontopsychiatrických odděleních se setkávají s neklidným chováním pacienta
- H4: Většina NELZP pracujících na gerontopsychiatrických odděleních podceňuje pozitivní vliv verbální komunikace při zvládnutí neklidného pacienta
- H5: Domnívám se, že minimálně polovinu NELZP pracujících na gerontopsychiatrických odděleních kontakt s neklidným pacientem negativně ovlivňuje

## **19 VZOREK RESPONDENTŮ**

Jako zkoumaný vzorek byli pro výzkumné šetření vybráni nelékařští zdravotničtí pracovníci z řad všeobecných sester, sester specialistek, sester bakalářek a sester magister, obou pohlaví. Vyloučeni byli zástupci profese zdravotnických asistentů a pomocného zdravotnického personálu, jako jsou ošetrovatelé a ošetrovatelky, sanitáři a sanitářky, přestože jsou s pacienty v těsném kontaktu, pečují o ně, avšak nemohou vykonávat komplexní odbornou ošetrovatelskou péči, která je v této bakalářské práci zkoumána.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 125 respondentů pracujících na deseti rozsáhlých gerontopsychiatrických odděleních v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Výzkum probíhal na otevřených i uzavřených odděleních.

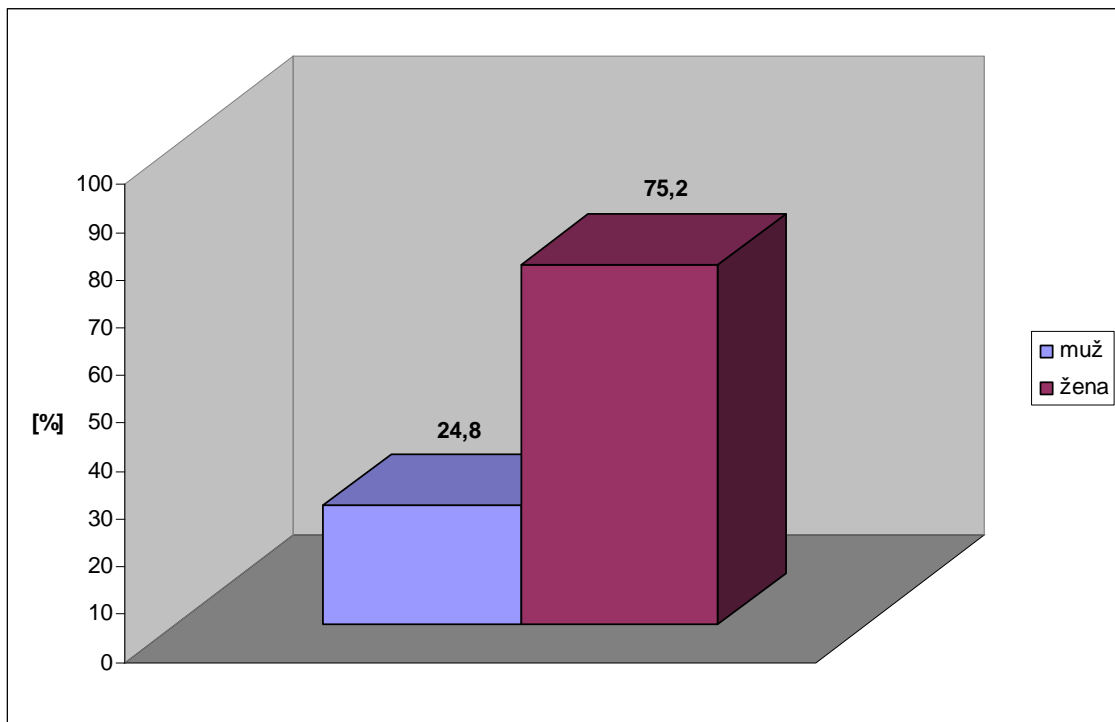


## 20 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?

graf 1

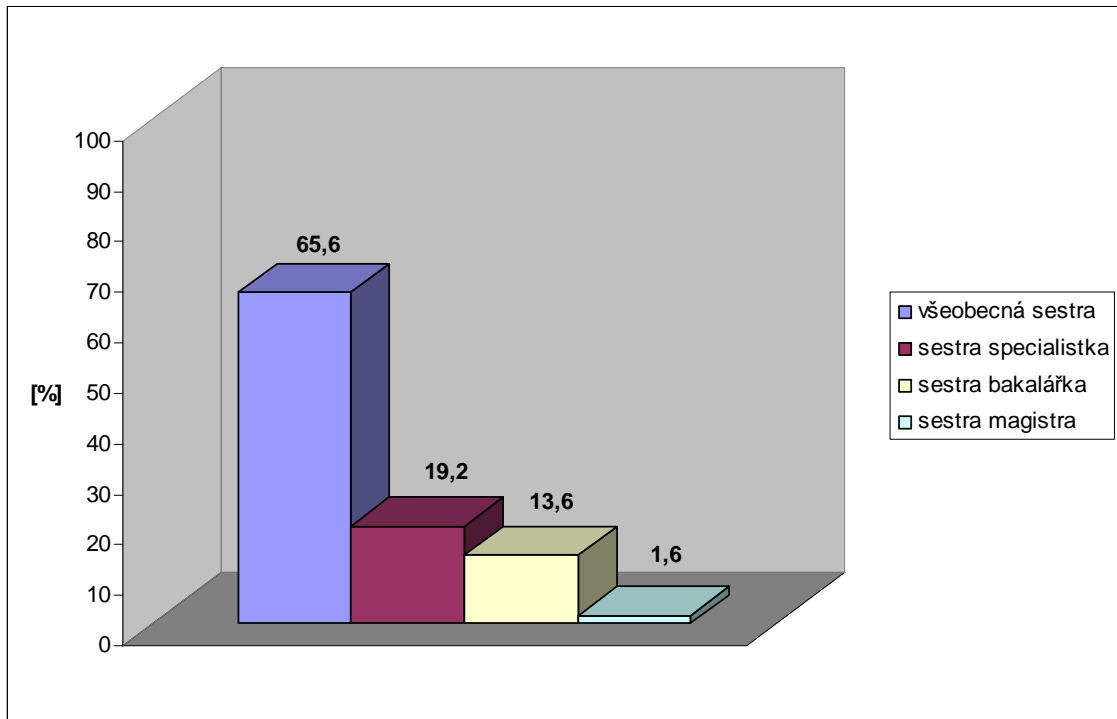


Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 125 dotázaných NELZP z geriatrických oddělení Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Poměr mezi ženami a muži vypovídá o obecně známé feminizaci v tomto oboru. Žen bylo 94 (75,2 %) a mužů 31 (24,8 %). Více mužů v tomto oboru by jistě bylo přínosem pro ženské pohlaví, které musí zvládat neklidné chování pacientů. Muži zde hrají významnou nezbytnou roli.

## Otázka č. 2

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru zdravotnictví?

graf 2

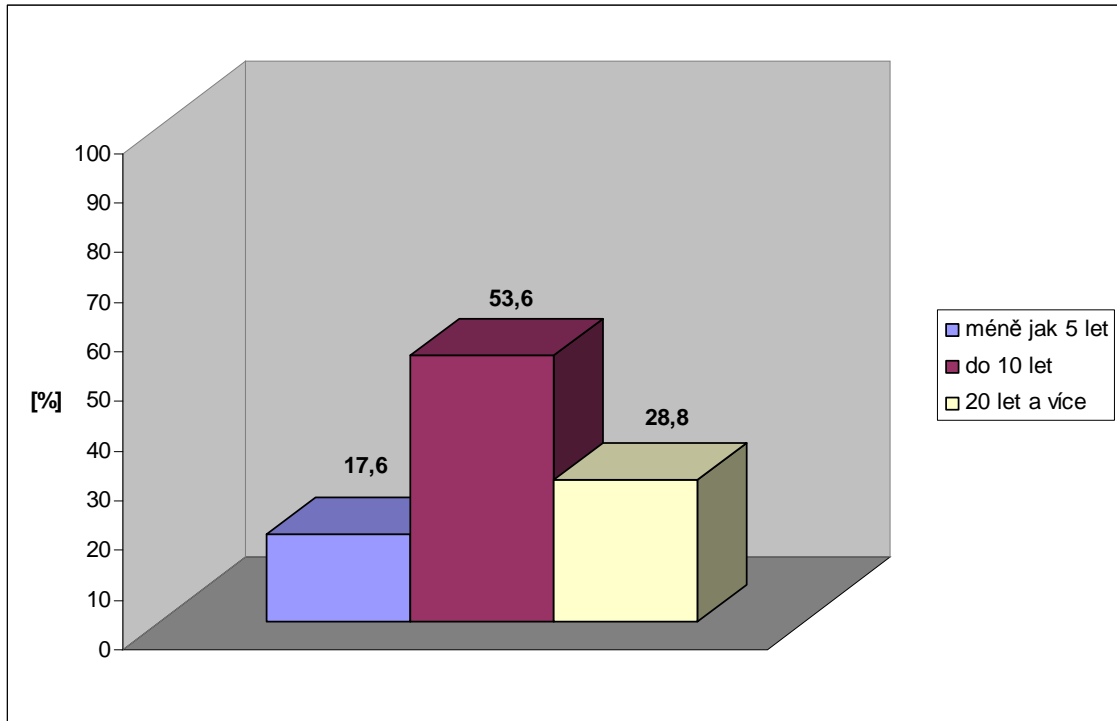


Z odpovědí na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání ve zkoumaných gerontopsychiatrických odděleních vyplývá převážné zastoupení všeobecných sester, a to celkem 82 (65,6 %). Sester specialistek bylo 24 (19,2 %), sester bakalářek pouze 17 (13,6 %). V nejnižším počtu byly zastoupeny sestry magistry, a to 2 (1,6 %). Sestry specialistky a sestry s vysokoškolským vzděláním jsou po gerontopsychiatrických odděleních rozmístěny pokud možno stejnoměrně z důvodu zajištění profesionální kvality ošetrovatelských týmů.

Otázka č. 3

**Jaká je délka Vaší praxe na gerontopsychiatrickém oddělení?**

**graf 3**

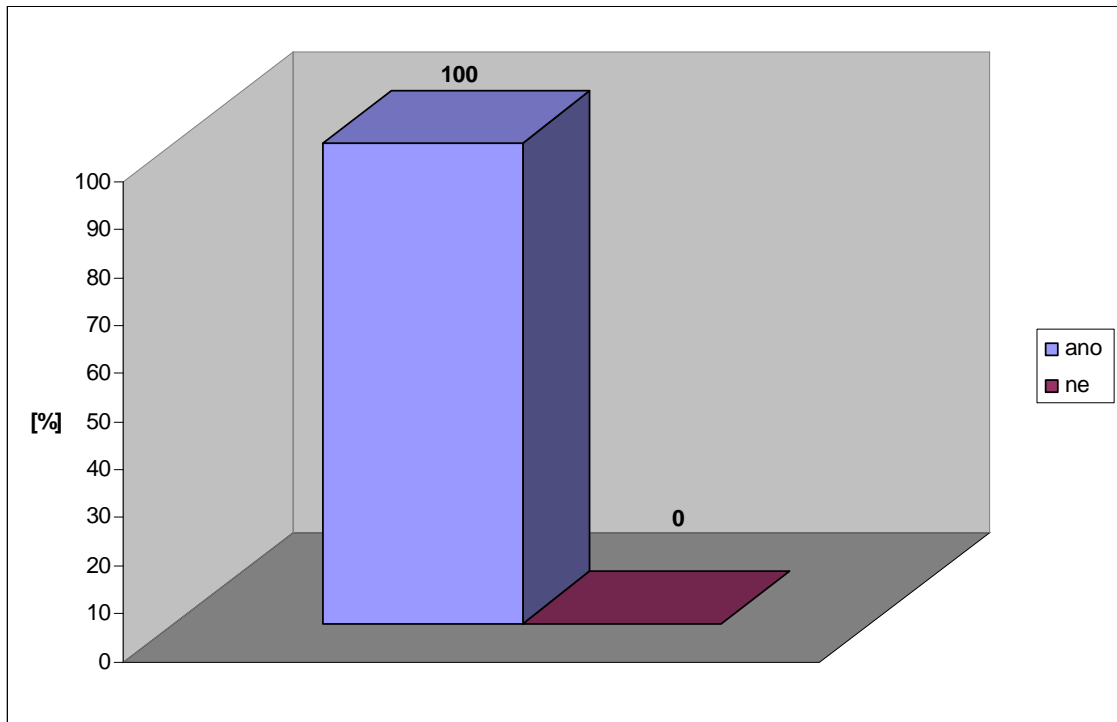


Z odpovědí respondentů na otázku jaká je délka praxe na gerontopsychiatrii vyplývá, že největší počet respondentů – 67 (53,6 %) na těchto odděleních pracuje do 10 let. 36 (28,8 %) respondentů má praxi 20 let a více, 22 (17,6 %) respondentů uvedlo praxi méně než 5 let.

Otázka č. 4

Setkal/la jste se někdy na svém pracovišti s neklidným chováním pacienta?

graf 4

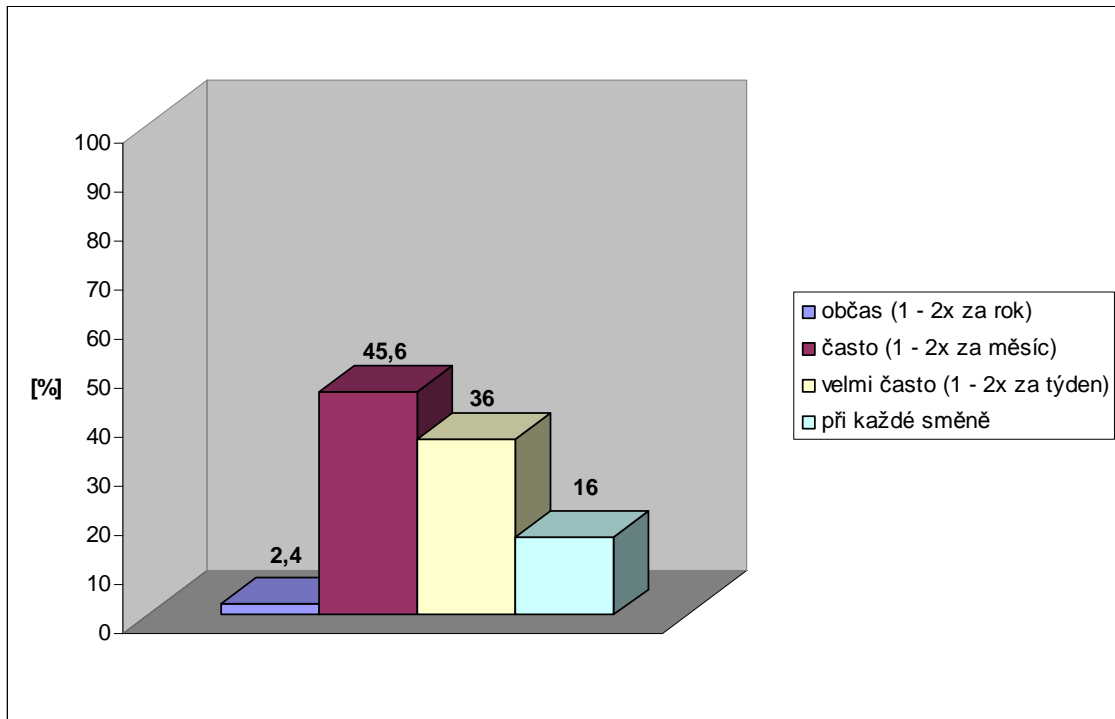


Z grafického znázornění je zjevné, že s neklidným chováním pacienta se setkalo všech 125 (100 %) respondentů, což je alarmující a pro veřejnost zcela neznámé. Domnívám se, že by bylo vhodné s touto informací obeznámit jak odbornou, tak i laickou veřejnost. Gerontopsychiatrie bývá někdy mylně považována za klidné bezpečné oddělení.

### Otázka č. 5

Pokud ano, jak často?

graf 5

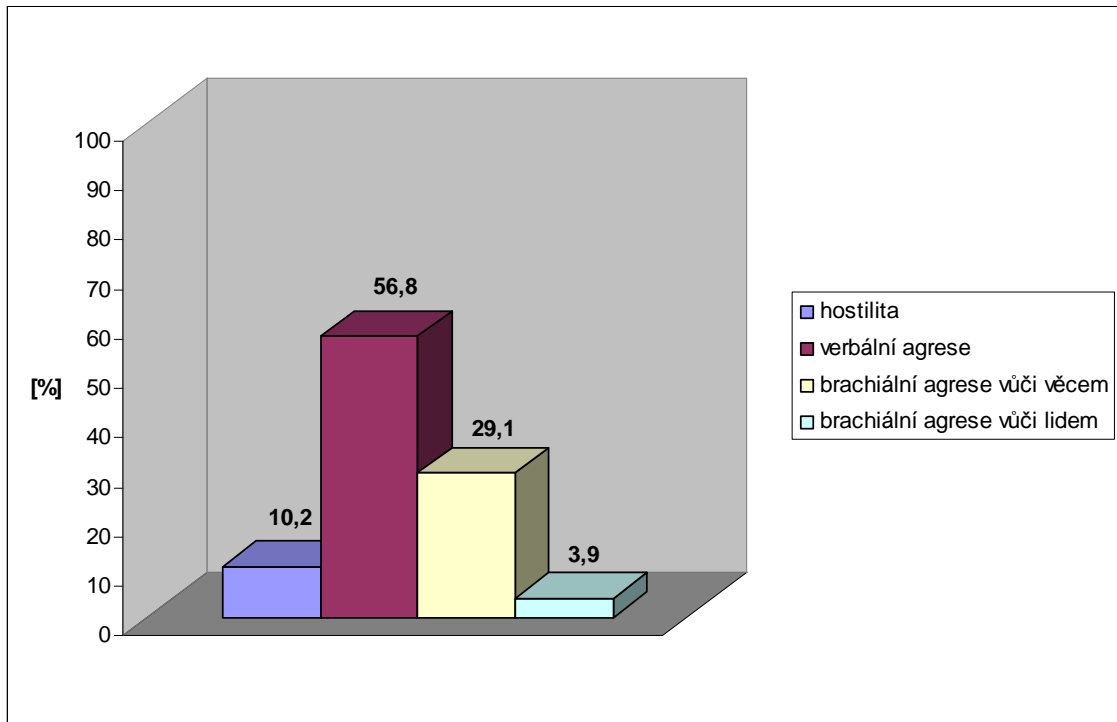


Graf vychází z analýzy otázky z dotazníku č. 5. Je zde patrné, že 3 (2,4 %) respondenti se setkávají s neklidným chováním pacientů velmi zřídka, tj. 1 – 2 krát za rok. Častý výskyt, tj. 1 – 2 krát za měsíc zaznamenalo 57 (45,6 %) respondentů. Velmi často, tj. 1 – 2 krát za týden se setkali s neklidným chováním pacientů 45 (36 %) respondentů. Při každé směně zaznamenalo neklidné chování pacientů 20 (16 %) respondentů.

Otázka č. 6

S jakou formou neklidného chování pacienta se nejčastěji setkáváte?

graf 6

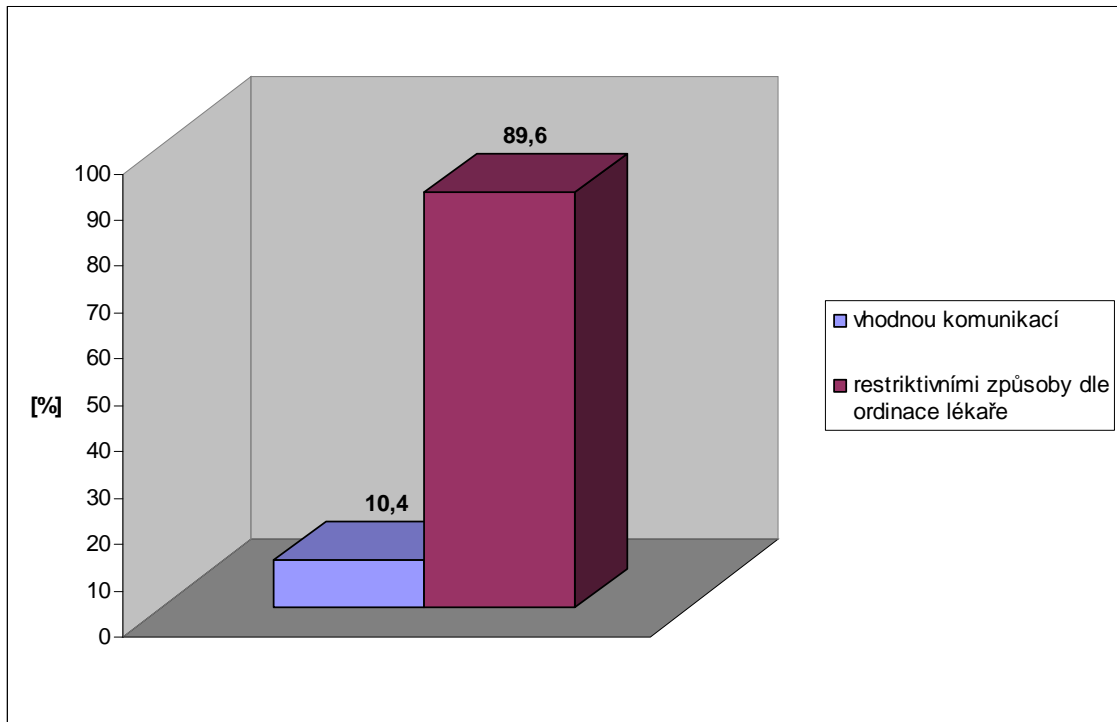


U položky č. 6 bylo zkoumáno, s jakou formou neklidného chování pacienta se respondenti nejčastěji setkávají. Z analýzy vyplývá, že je to verbální agrese, kterou uvedlo 72 (56,8 %) NELZP. S brachiální agresí vůči věcem se setkala 37 (29,1 %) respondentů, s hostilitou 13 (10,2 %) respondentů a s brachiální agresí vůči lidem se setkala 5 (3,9 %) respondentů.

Otázka č. 7

Jakým způsobem je neklidné chování pacientů na Vašem oddělení nejčastěji zvládáno?

graf 7

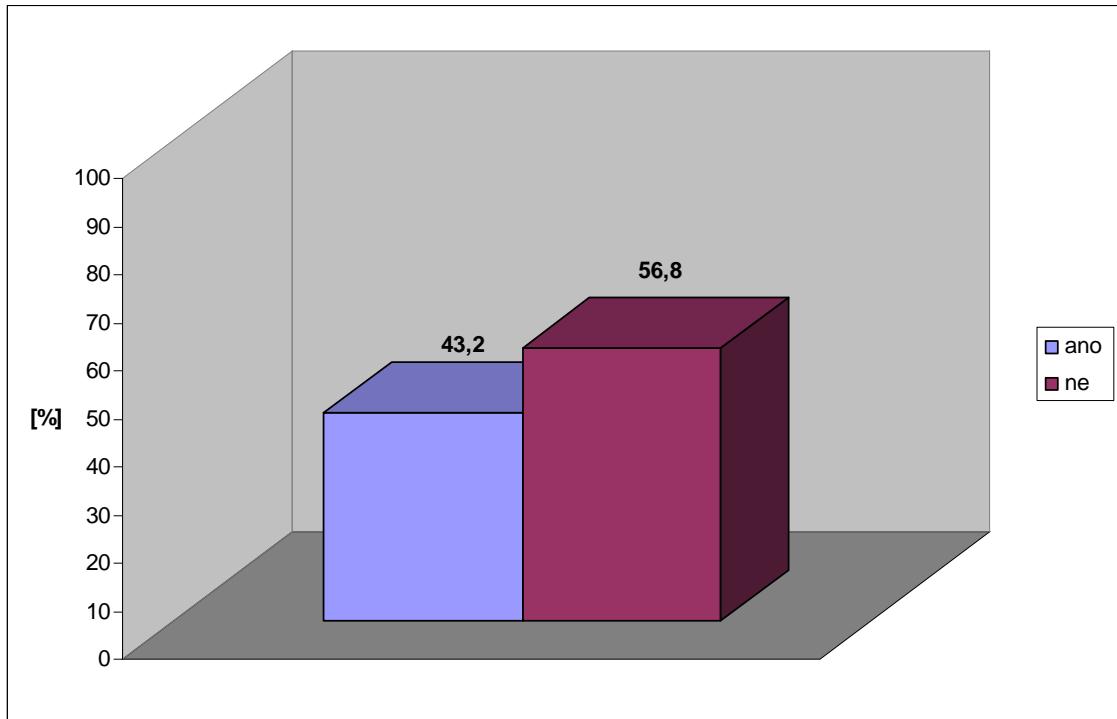


Z grafu 7 vyplývá, že převážným zvládnutím neklidného chování pacientů je používání restriktivních opatření dle ordinace lékaře, tuto skutečnost uvedlo 112 ( 89,6 %) respondentů. Pouze 13 (10,4 %) respondentů zvládlo zklidnit chování pacientů vhodnou komunikací.

### Otázka č. 8

Je pacient po zklidnění dodatečně informován o nutnosti zklidňujících a omezovacích prostředků aplikovaných v zájmu svém a svého okolí?

**graf 8**



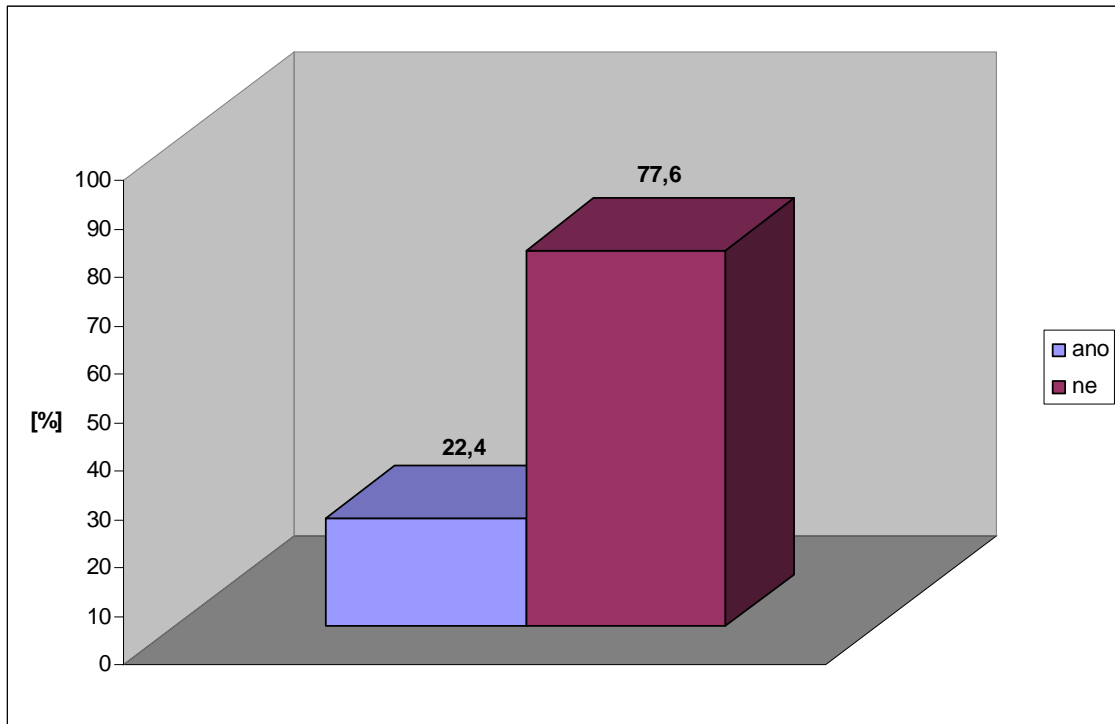
Tento graf vychází z analýzy otázky z dotazníku č. 8, která zkoumá, zda je pacient po zklidnění dodatečně informován o nutnosti zklidňujících a omezovacích prostředků aplikovaných v zájmu svém a svého okolí. Většina respondentů - 71 (56,8 %) uvedla zápornou odpověď, 54 (43,2 %) respondentů odpovědělo kladně.



Otázka č. 9

Znáte zásady správné komunikace s neklidným pacientem?

graf 9

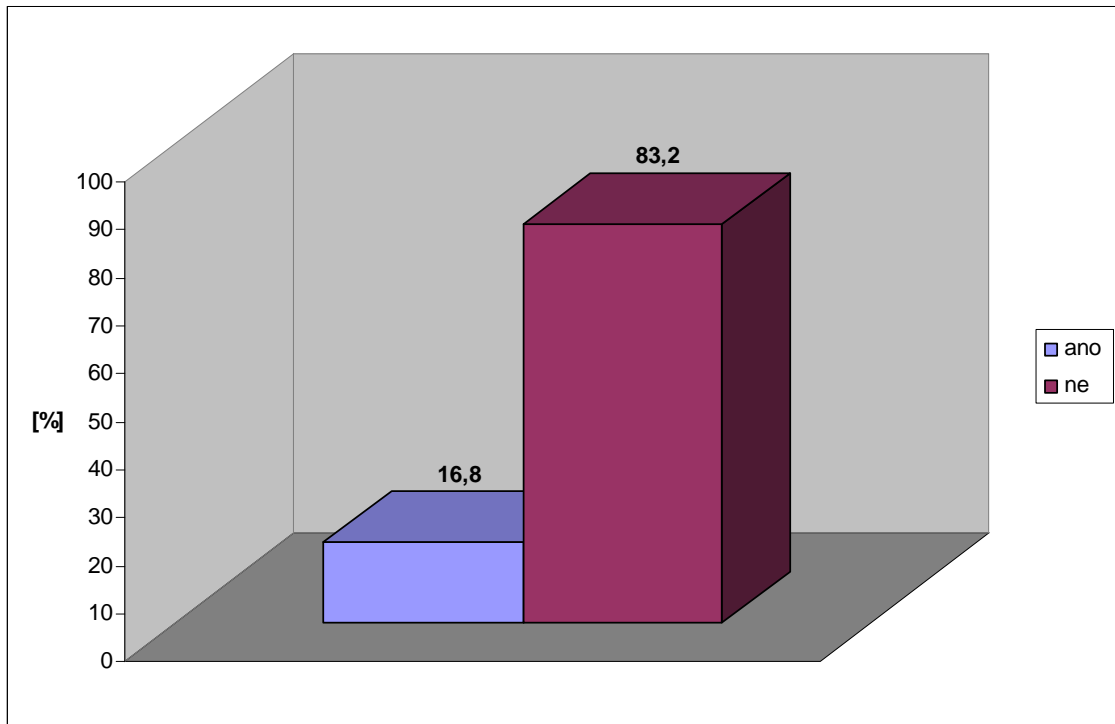


Graf znázorňuje, že pouze 28 (22,4 %) respondentů zná zásady správné komunikace s neklidným pacientem, 97 (77,6 %) respondentů uvedlo neznalost komunikačních dovedností.

Otázka č. 10

Domníváte se, že vhodnou komunikací lze neklidného pacienta zklidnit?

graf 10

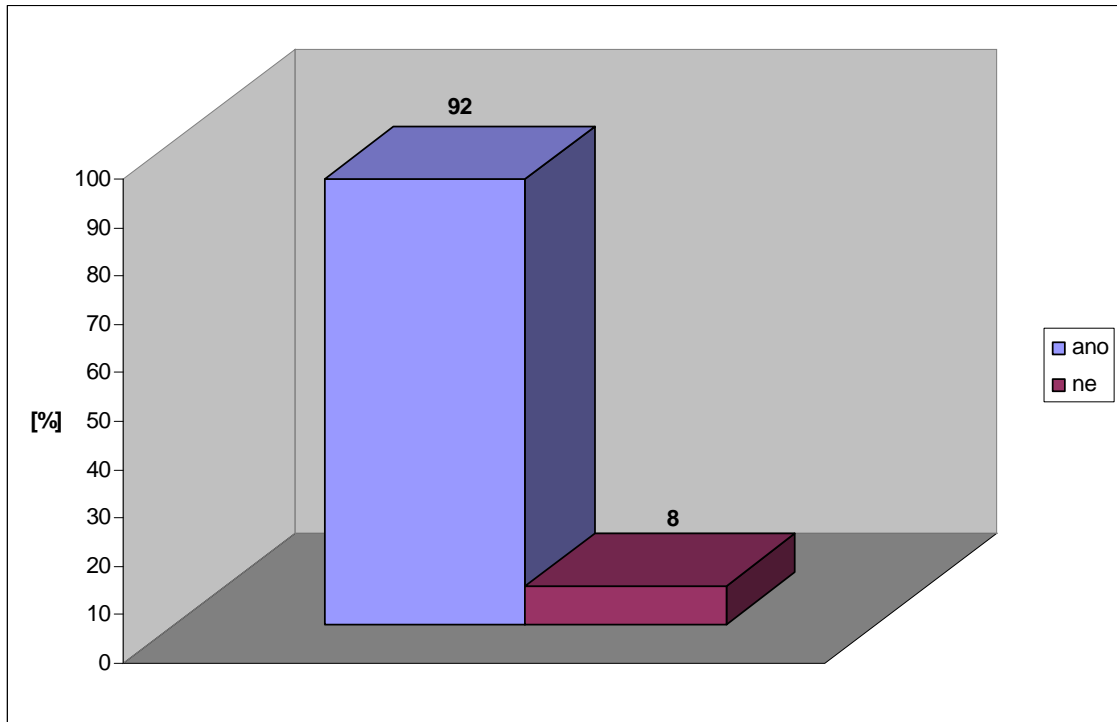


Z grafického znázornění vyplývá, že 21 (16,8 %) respondentů se domnívá, že vhodnou komunikací lze neklidného pacienta zklidnit. Většina – 104 (83,2 %) respondentů uvádí opak. Považuji za nutnost pravidelně školit NELZP v zásadách správné komunikace s neklidným pacientem.

Otázka č. 11

Zúčastnil/la by jste na Vašem pracovišti školení a instruktáže o zásadách správné komunikace s neklidným pacientem?

graf 11

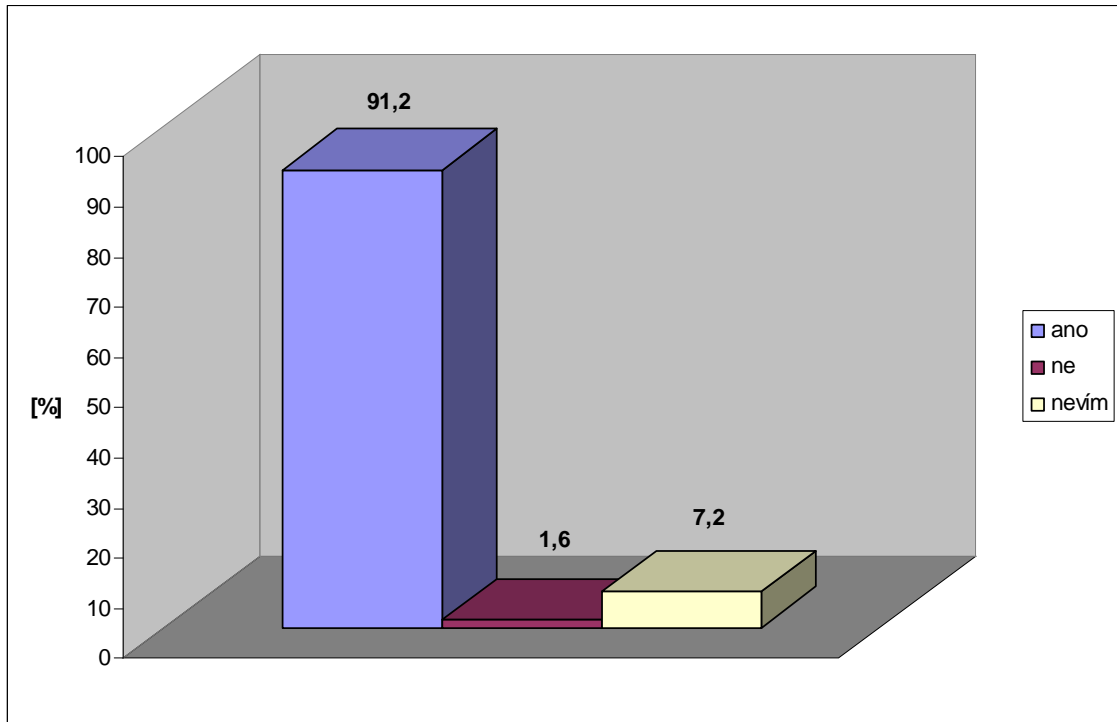


Z položky č. 11 byl zkoumán zájem NELZP o absolvování školení o zásadách správné komunikace s neklidným pacientem. 115 (92 %) respondentů by se rádo školení zúčastnilo, 10 (8 %) neprojevilo o školení zájem.

Otázka č. 12

Existuje na Vašem oddělení standard týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta?

graf 12

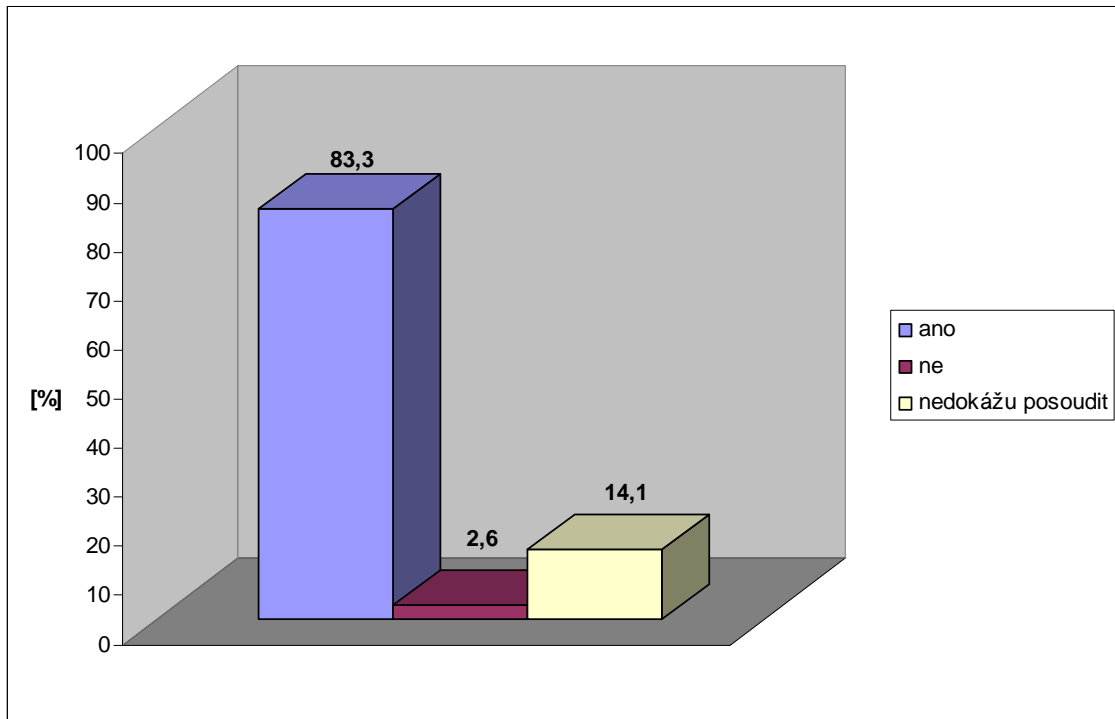


V grafu 12 je znázorněna existence standardu ošetrovatelské péče o neklidného pacienta. 114 (91,2 %) respondentů existenci standardu potvrdilo, 2 (1,6 %) respondentů standard popřelo. 9 (7,2 %) respondentů si existenci standardu neuvědomilo nebo o něj patrně nejeví zájem.

Otázka č. 13

Pokud ano, jsou informace obsažené v něm pro Vás dostatečné?

graf 13

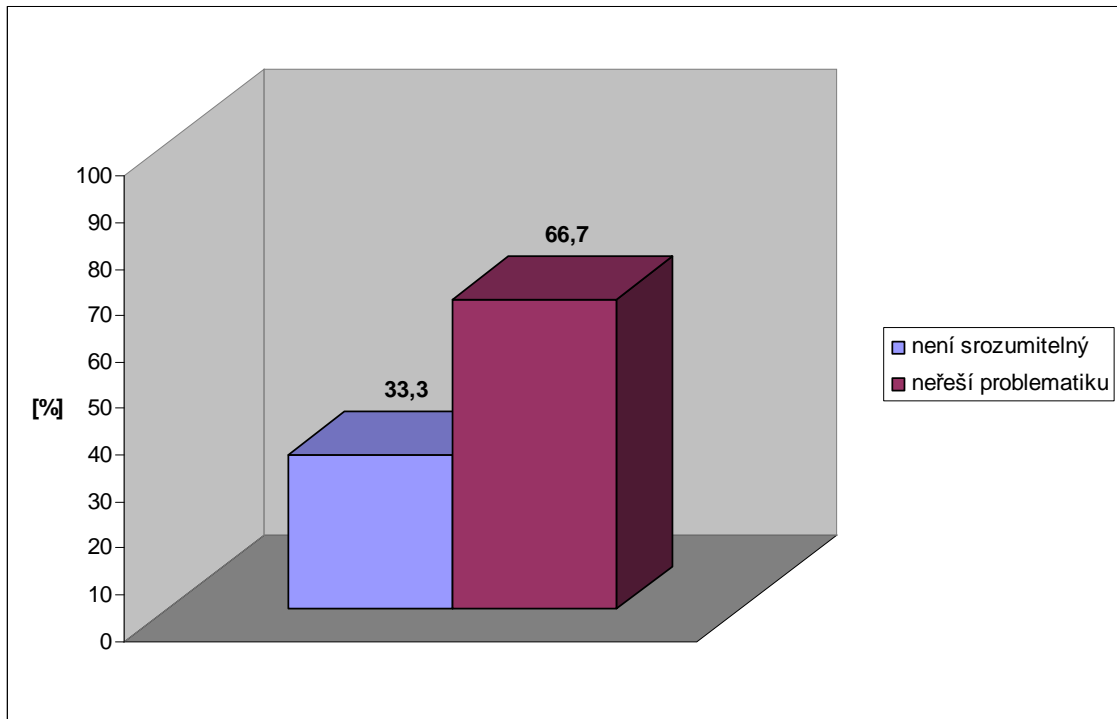


Z grafu 13 je zřejmé, že 95 (83,3 %) respondentů výzkumného šetření považuje informace obsažené ve standardu za dostatečné. Pouze 9 (2,6 %) respondentů z výzkumného vzorku uvedlo informace ve standardu jako nedostatečné. 16 (14,1%) respondentů nedokáže dostatečnou informovanost posoudit, snad z nedostatku zájmu či neznalosti.

Otázka č. 14

Pokud jste odpověděl ne, uveďte z jakého důvodu Vám nedostačují.

graf 14

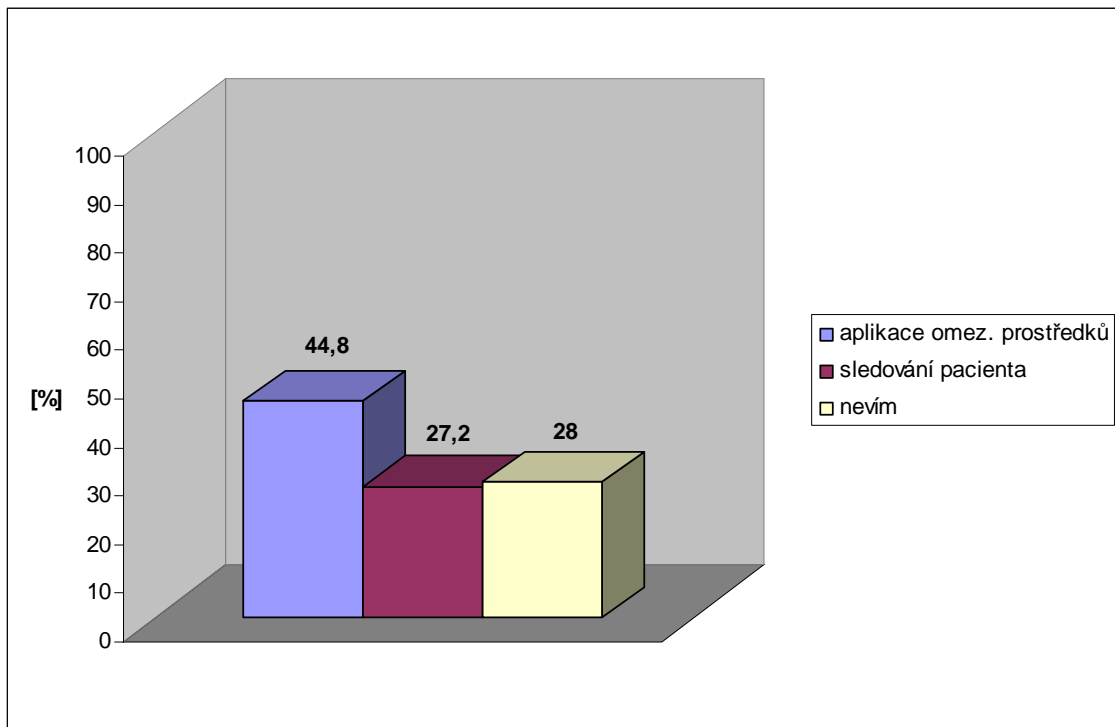


Výzkumná otázka č. 14 zjišťovala, z jakého důvodu NELZP považují informace ve standardu za nedostatečné. 2 (33, 3%) respondenti odpověděli, že standard neřeší problematiku ošetrovatelské péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrii, 1 (66, 7%) respondent uvedl nesrozumitelnost standardu.

### Otázka č. 15

Uveďte, jaká ošetrovatelská péče o neklidné pacienty je ve standardních pracovních postupech na Vašem oddělení uvedena.

**graf 15**

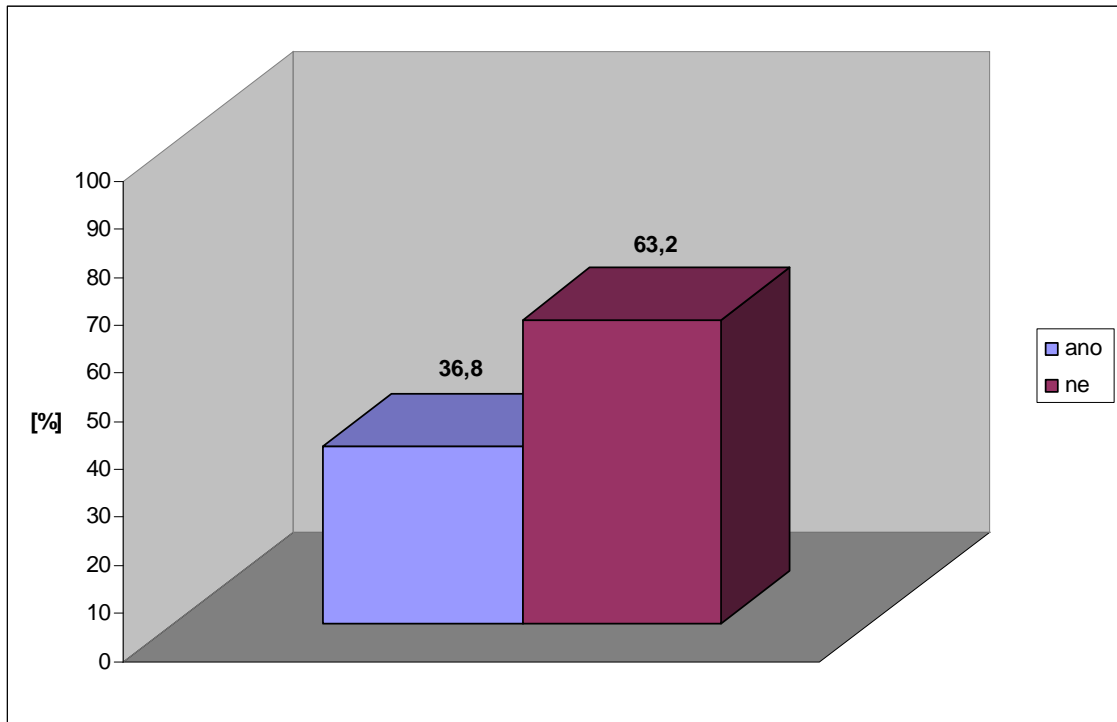


Výzkumnou otázkou č. 15 bylo provedeno šetření o znalosti standardních pracovních postupů. Z tohoto grafu vyplývá, že 56 (44,8 %) respondentů zaznamenalo aplikaci omezovacích prostředků, 34 (27,2 %) dotázaných uvedlo sledování pacienta. Není si vědomo 35 (28,0 %) respondentů, což považují za neprofesionální.

Otázka č. 16

Čerpáte informace z jiných zdrojů?

graf 16



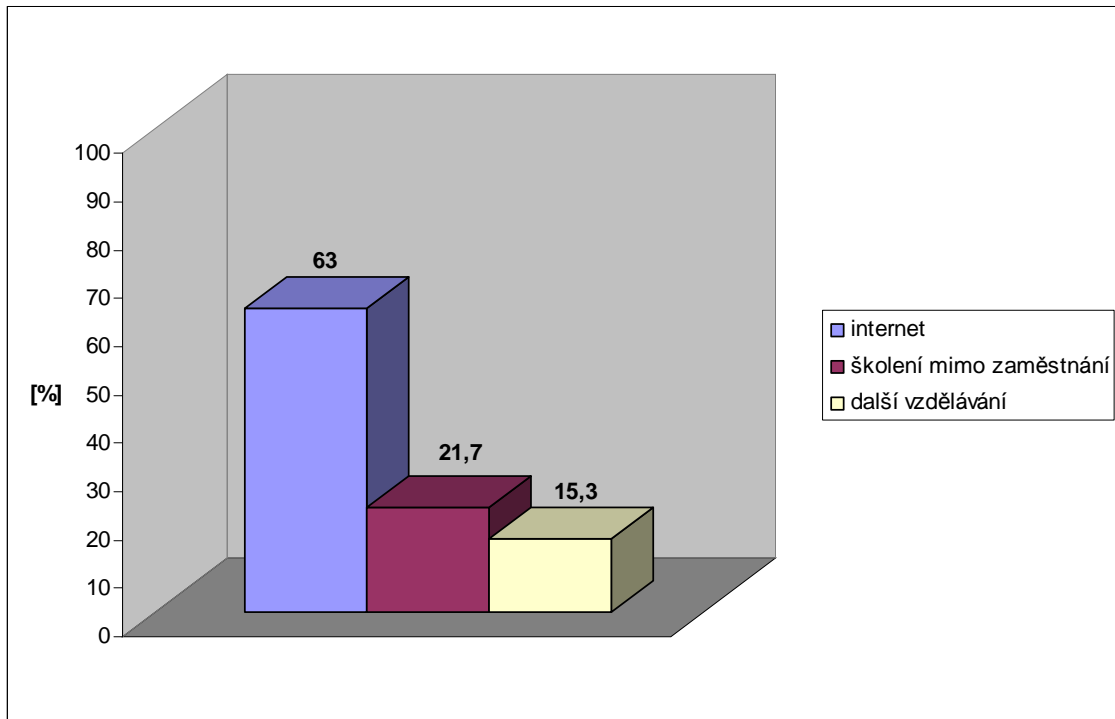
V grafu 16 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda NELZP čerpají informace o vhodné ošetrovatelské péči o neklidné pacienty na gerontopsychiatrii z jiných zdrojů. 43 (36,8 %) respondentů odpovědělo kladně, většina – 79 (63,2 %) odpověděla záporně.



Otázka č. 17

Pokud ano, uveďte z jakých.

graf 17

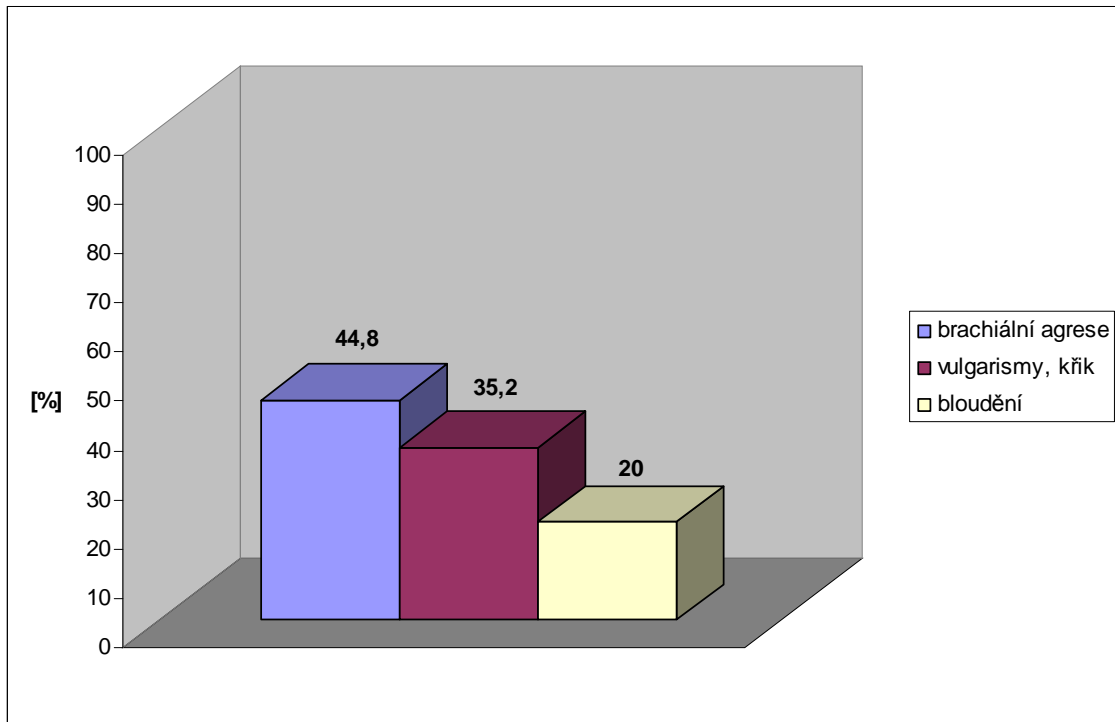


Z odpovědí výzkumného šetření zdrojů čerpaných informací o ošetrovatelské péči o neklidného pacienta vyplývá nejvyšší procentuální zastoupení v internetu. Tuto odpověď zaznamenalo 29 (63,0 %) respondentů. Jako další zdroj bylo uvedeno školení mimo zaměstnání, toto uvedlo 10 (21,7%) respondentů. Další vzdělávání, např. specializační či vysokoškolské, zaznamenalo pouze 7 (15,3%) respondentů.

Otázka č. 18

Uveďte symptomy neklidného chování u pacienta.

graf 18

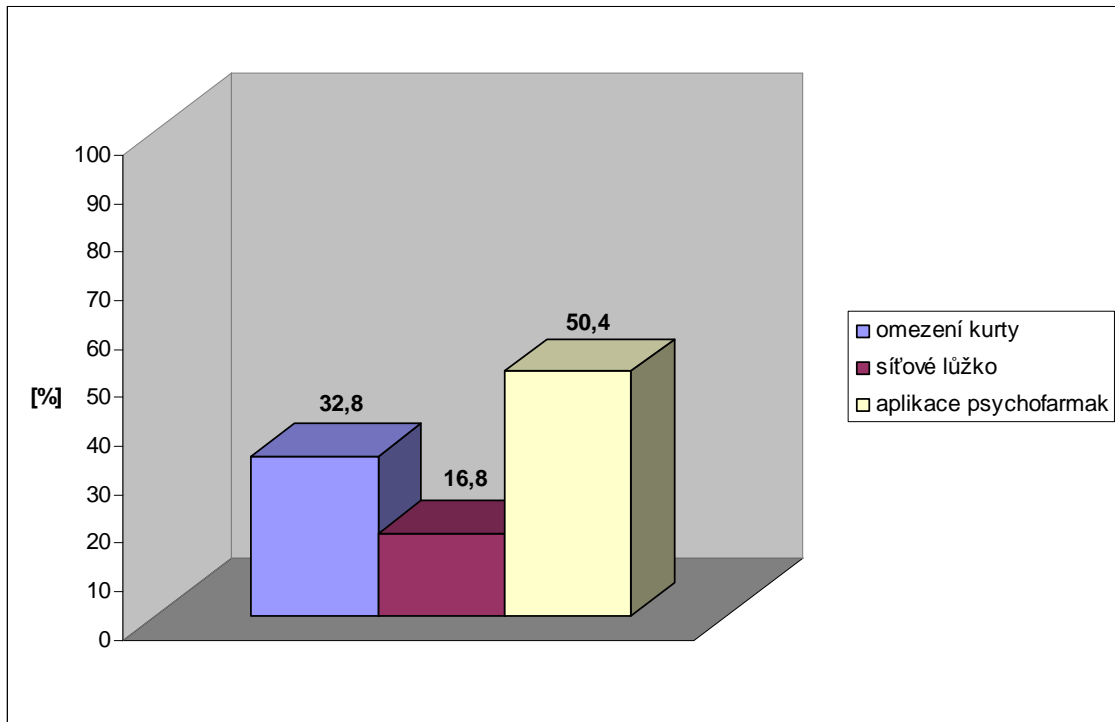


V grafu 18 jsou znázorněny vyjmenované symptomy neklidného chování pacienta. Nejčetněji byla uvedena brachiální agrese, zaznamenalo ji 56 (44,8 %) dotázaných. 44 (35,2 %) respondentů jmenovalo používání vulgarismů a křik. 25 (20,0 %) uvedlo bloudění.

Otázka č. 19

Uveďte možnosti restriktivních opatření u neklidného pacienta.

graf 19

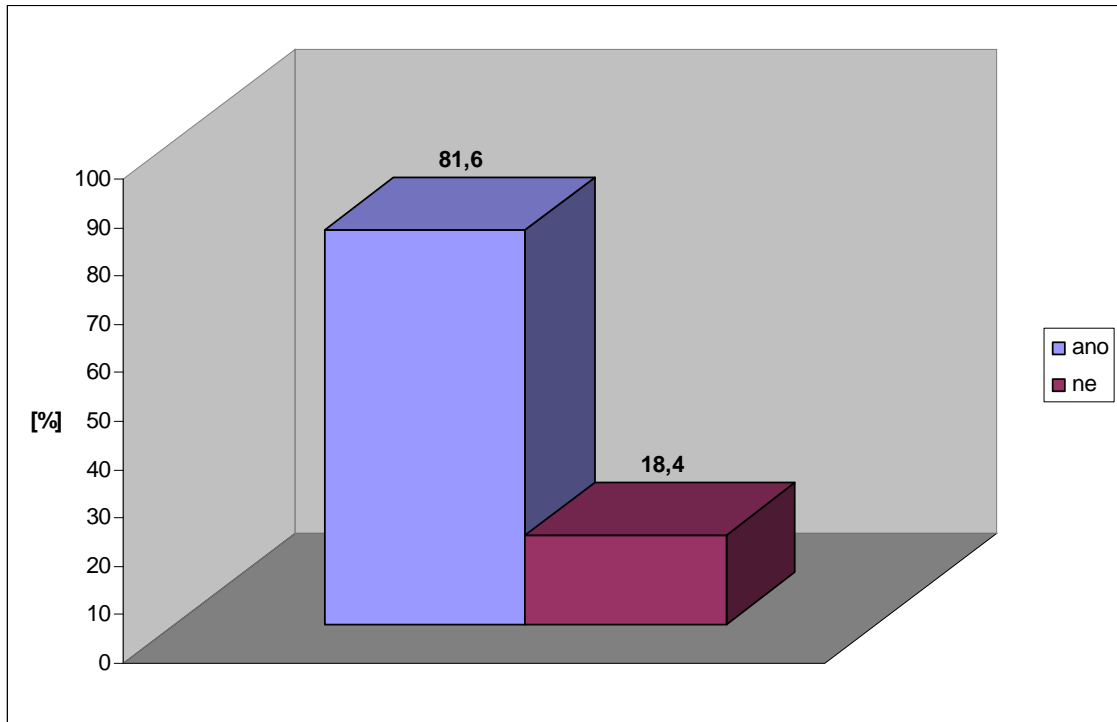


Tento graf vychází z analýzy otázky z dotazníku č. 19, která zkoumá znalost NELZP o možných restriktivních opatření. Nejčastější odpovědí byla aplikace psychofarmak, tu uvedlo 63 (50,4 %) respondentů. 41 (32,8 %) dotázaných jmenovalo omezení kurty a 21 (16,8 %) respondentů uvedlo umístění neklidného pacienta do síťového lůžka.

Otázka č. 20

Vedete řádné záznamy o poskytované péči o neklidné pacienty do ošetrovatelské dokumentace?

graf 20

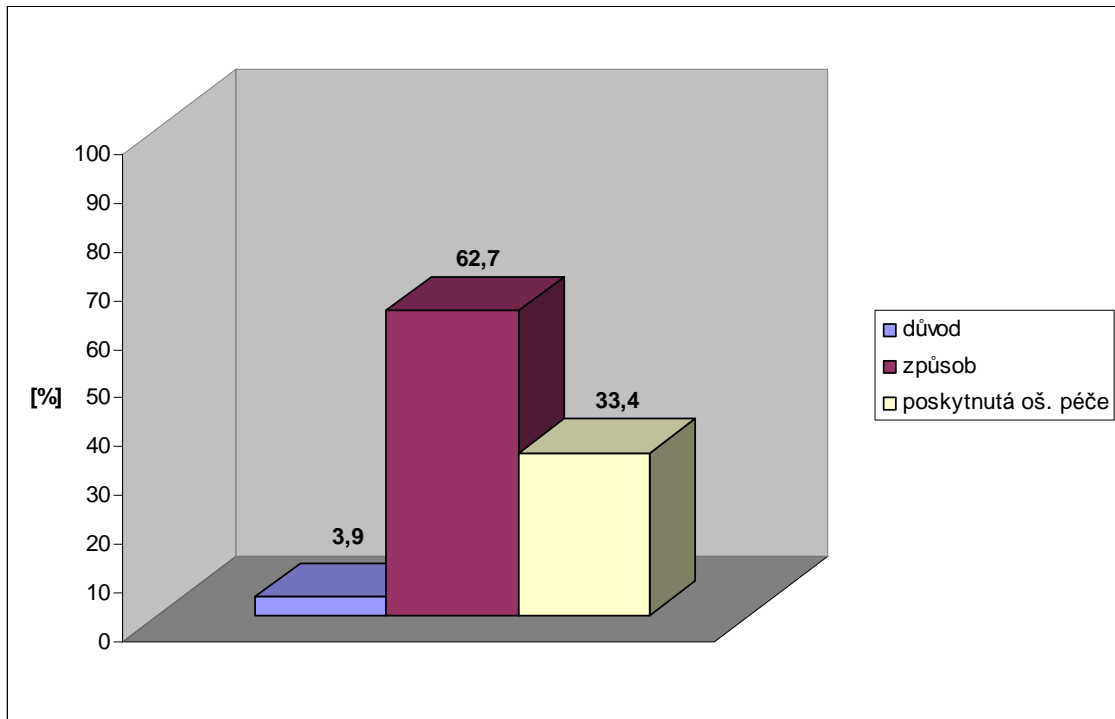


V grafu 20 jsou znázorněny odpovědi na výzkumnou otázku, zda NELZP vedou řádné záznamy o poskytované péči do ošetrovatelské dokumentace. Většina -102 (81,6 %) respondentů podalo kladnou odpověď, 23 (18,4 %) odpovědělo záporně.

### Otázka č. 21

Pokud ano, uveďte, co všechno musí obsahovat.

**graf 21**

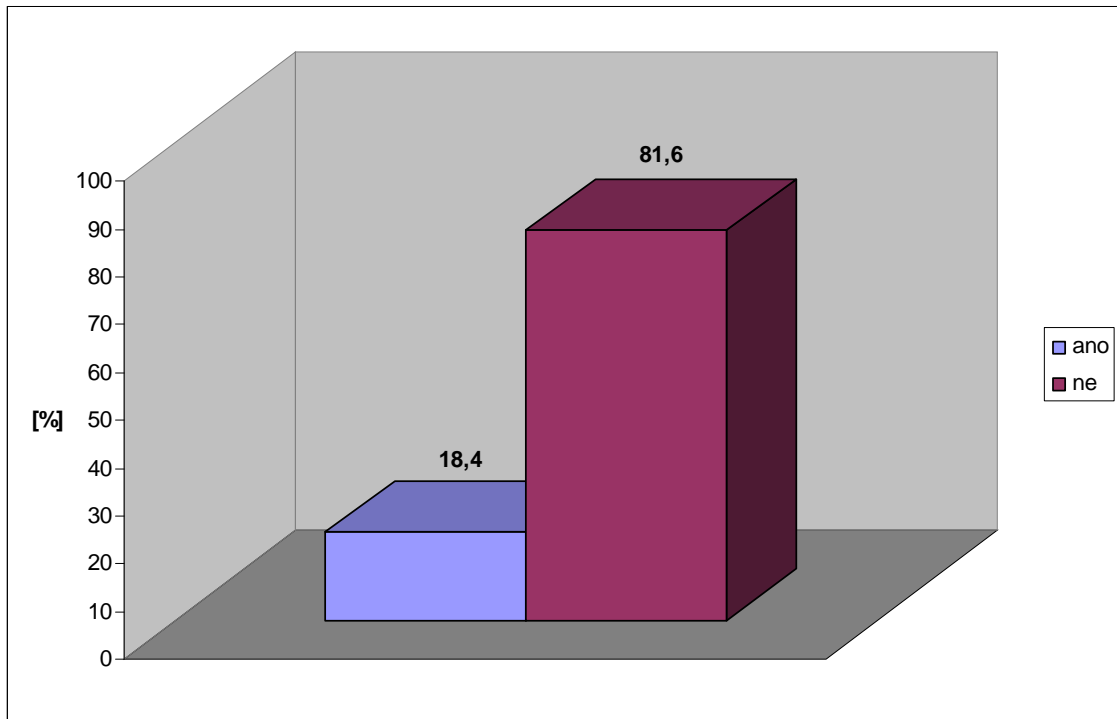


Výzkumnou otázkou č. 21 bylo provedeno šetření o znalosti nutného obsahu ošetrovatelské dokumentace. 64 ( 62,7 %) respondentů uvedlo nutný popis způsobu omezení pacienta. 34 (33,4 %) zaznamenalo nutnost zápisu veškeré poskytnuté ošetrovatelské péče a 4 (3,9 %) respondenti uvedli za nutný záznam odůvodnění omezení pacienta

Otázka č. 22

Probíhají na Vašem pracovišti školení s instruktáží o péči o neklidné pacienty?

graf 22

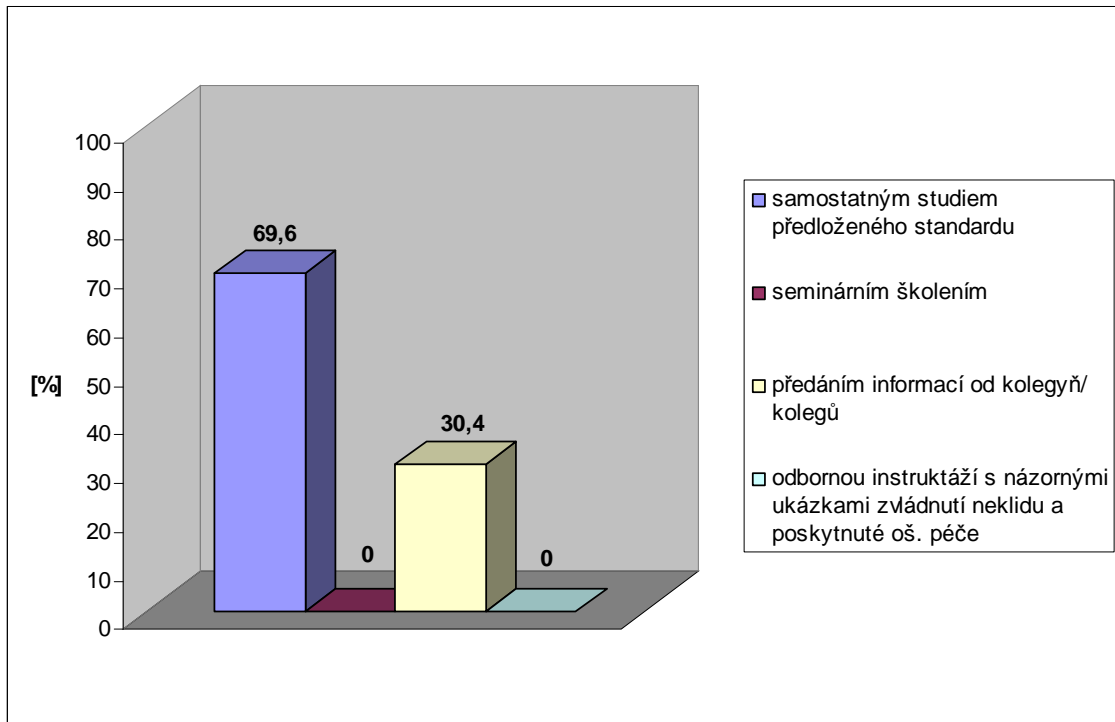


Z grafu 22 je patrné, že na většině gerontopsychiatrických oddělení neprobíhají školení o péči o neklidné pacienty. Tuto skutečnost uvedlo 102 (81,6 %) respondentů. Pouze 23 (18,4 %) respondentů zaznamenalo přítomnost těchto školení.

### Otázka č. 23

Pokud ano, jakou formou bylo realizováno?

graf 23

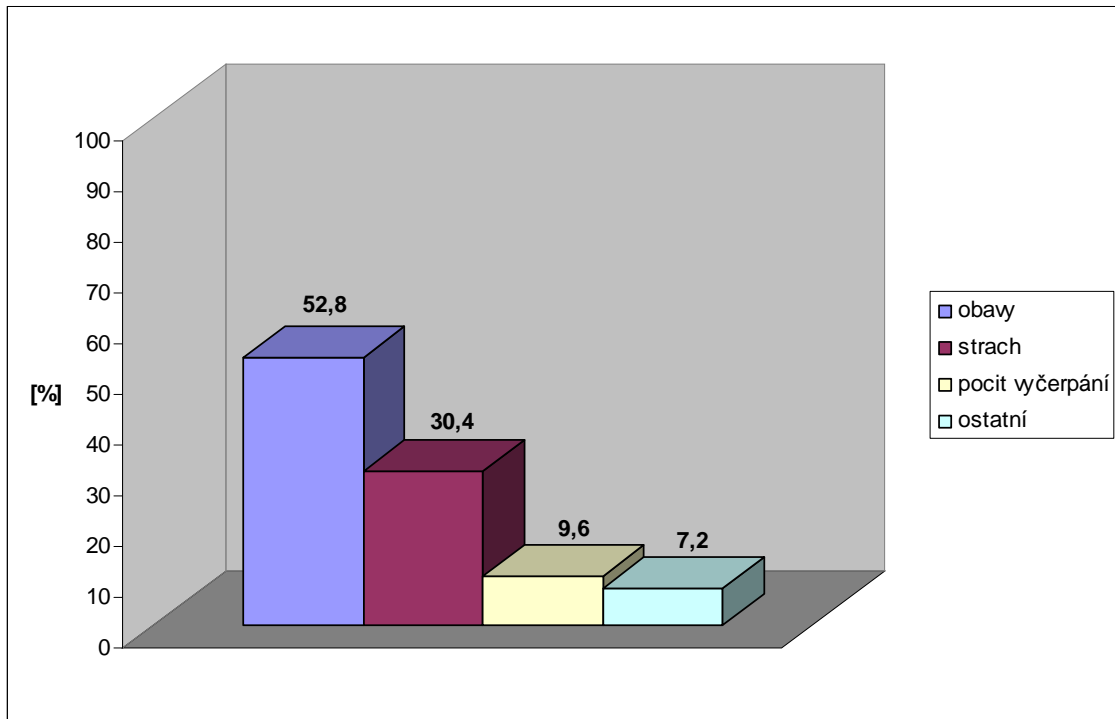


Otázkou č. 23 bylo zkoumáno, jakou formou jsou realizována školení ošetrovatelské péče o neklidné pacienty na příslušných odděleních. 16 ( 69,6%) respondentů uvedlo samostatné studium předloženého standardu, 7 ( 30,4%) jmenovalo přebírání informací od kolegyň/kolegů. Nikdo z dotázaných neuvedl seminární školení nebo odbornou instruktáž s názornými ukázkami zvládnutí neklidu a nezbytnou poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

### Otázka č. 24

Jaké pocity ve Vás zůstávají po setkání s neklidným pacientem?

**graf 24**



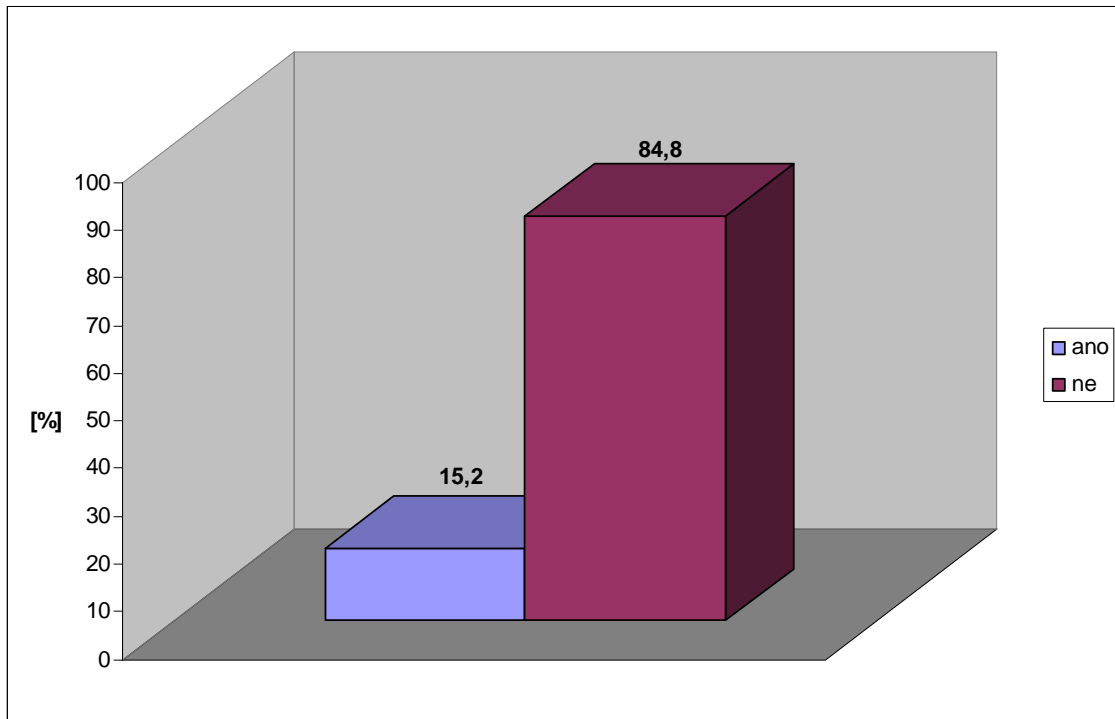
Graf vychází z analýzy výzkumné otázky č. 24 jaké pocity zůstávají v NELZP po setkání s neklidným pacientem. Je zde patrné, že 66 (52,8 %) respondentů uvedlo jako následek obavy z pacientů, 38 (30,4 %) respondentů zmínilo strach, 12 (9,6 %) pocit vyčerpání. Zbýlých 9 (7,2 %) uvedlo ostatní pocity, jakými jsou např. odpor, ztrátu sebeúcty, šok a hněv.



Otázka č. 25

Bylo v některých případech po Vašem napadení nutné vyhledat odbornou pomoc?

graf 25

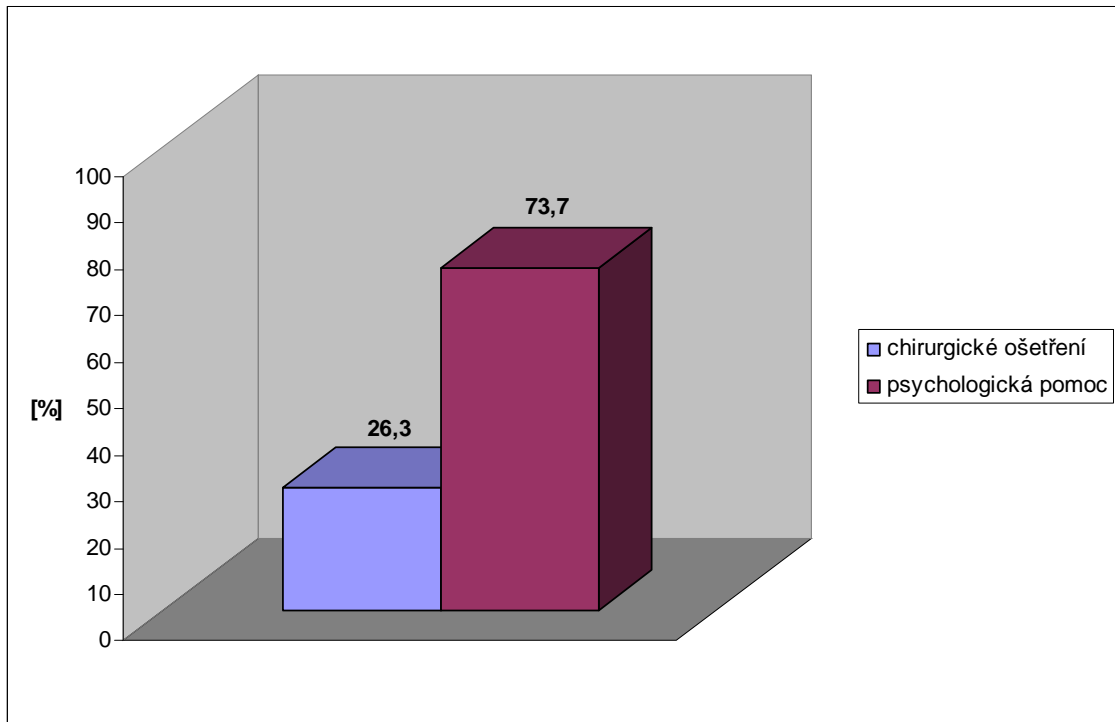


V grafu 25 je znázorněno, zda bylo v některých případech po napadení NELZP nutné vyhledat odbornou pomoc. Většina – 106 (84,8 %) respondentů pomoc nevyhledala, 19 (15,2 %) respondentů bylo nuceno odbornou pomoc vyhledat.

Otázka č. 26

Pokud ano, uveďte jakou.

graf 26



Výzkumnou otázkou č. 26 bylo provedeno šetření o vyhledané odborné pomoci vyhledané napadenými NELZP. 14 (73,7 %) dotázaných jmenovalo psychologickou pomoc a 5 (26,3 %) respondentů uvedlo za nutnost chirurgické ošetření.

## 21 DISKUZE

Předmětem diskuse bakalářské práce je interpretace uvedených v předchozí kapitole a jejich porovnání s hypotézami.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí NELZP při poskytování komplexní ošetrovatelské péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení. Pomocí dílčích cílů bylo zjišťováno, zda-li NELZP, pracující na gerontopsychiatrických odděleních, mají dostatek teoretických informací, týkajících se této specifické péče. Dalším dílčím cílem bylo zjistit názor NELZP, pracujících na gerontopsychiatrickém oddělení, zda vhodnou komunikací lze ovlivnit neklidného pacienta. Posledním cílem mé práce bylo zmapovat, jaký vliv má kontakt s neklidným pacientem na NELZP, kteří pracují na gerontopsychiatrických odděleních. Celkem bylo stanoveno 5 hypotéz.

První hypotéza zní: Alespoň polovina NELZP pracujících na gerontopsychiatrických odděleních má dostatečné znalosti týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta. K vyhodnocení této hypotézy vedly otázky č. 8, 15, 18, 19, 20 a 21. V otevřené otázce č.18 bylo zjišťováno, zda-li NELZP dokáží konkrétně popsat symptomy neklidného chování u pacienta. Měli možnost uvést více odpovědí. Na tuto otázku 56 respondentů jmenovalo brachiální agresi, 44 uvedlo křik a používání vulgarismů. Tyto odpovědi jsou správné, avšak respondenti neuvedli všechny konkrétní symptomy neklidného chování. Jedná se o hostilitu neboli nepřátelství, současně nerozdělili brachiální agresi vůči lidem nebo vůči věcem. 25 dotázaných NELZP jako další symptom jmenovalo bloudění. Tento symptom může být správnou odpovědí pouze v případě, že pacient netrpí degenerativním onemocněním mozku. Pokud demencí trpí, bloudění patří pouze k základním příznakům onemocnění, nikoliv k neklidnému chování. V otázce č. 19, opět otevřená, byla mapována znalost NELZP v možných restriktivních opatření používaných u neklidného pacienta. Opět mohli uvést více odpovědí. Všechny uvedené odpovědi byly správné. Většina NELZP - 63 udala aplikaci psychofarmak, což je nejčastější volbou omezovacích opatření na gerontopsychiatrii. 41 respondentů uvedlo omezení kurty. 21 respondentů uvedlo síťové lůžko, což je pro geriatrické pacienty považováno za nejvhodnější omezení z hlediska bezpečnosti. Síťové lůžko zabraňuje nežádoucím pádům, ke kterým často při neklidném chování dochází. Pacienti jsou hůře mobilní, nemají stabilní chůzi a používají kompenzační pomůcky jako jsou francouzské hole, chodítka. Ve chvílích neklidu na toto zapomínají,

odhazují je, dochází k pádům z instability, používají je i jako zbraň. V této otázce nikdo z respondentů neuvedl jako další omezovací prostředek terapeutickou izolaci. Ta je v případech neklidného chování u geriatrických pacientů používána minimálně. V psychiatrické léčebně v Dobřanech, kde jsem absolvovala výzkumné šetření, se nachází pouze jedna terapeutická izolace. Je společná pro všechna oddělení léčebny. V případě nezvladatelných stavů jsou do ní pacienti transportováni a ošetřováni výhradně mužským personálem. Otevřená otázka č. 15 zjišťovala, jaká ošetřovatelská péče je prováděna při restriktivních způsobech omezení. Respondenti měli opět uvést více konkrétních odpovědí. 56 odpovědí získala aplikace omezovacích prostředků, 34 sledování pacienta. Odpovědi jsou považovány jako obecné a správné. Základem je sledování pacienta. Je však možno uvést mnoho dalších rozvitých možností, které jsou nezbytné. Respondenti neuvedli např. monitoring fyziologických funkcí – TK, P, D, sledování stavu vědomí, krevního oběhu fixovaných končetin, zajištění potřeb pacienta jako je hydratace, výživa a vylučování, tepelný komfort, péče o lůžko, zajištění intimity, prevence dekubitů a vhodná komunikace. Uzavřenou otázkou č. 8 bylo zjišťováno, je-li pacient po zklidnění dodatečně informován o nutnosti zklidňujících a omezovacích prostředků aplikovaných v zájmu svém a svého okolí. 54 NELZP odpovědělo kladně. 71 uvedlo zápornou odpověď s odůvodněním, že rozhodnutí o aplikaci omezovacích prostředků a informování pacienta o tomto opatření patří výhradně do kompetencí lékaře. NELZP zodpovídá za aplikaci a celkovou ošetřovatelskou péči. V otázce č. 20 bylo zjišťováno vedení řádných záznamů o poskytované péči do ošetřovatelské dokumentace. Na tuto filtrační otázku odpovědělo 102 NELZP kladně, a proto tito respondenti odpovídali i na další otázku. Zde měli uvést, co všechno konkrétně má ošetřovatelská dokumentace obsahovat. Opět měli možnost uvést více možností. Na tuto otázku většina, 64 respondentů, odpověděla způsob, další odpovědí byl důvod omezení. Poslední odpovědí byla veškerá poskytnutá ošetřovatelská péče. Všechny uvedené možnosti údajů zapisovaných do ošetřovatelské dokumentace byly správné, ale opět neúplné. Ošetřovatelská dokumentace má nejen informativní charakter, ale slouží i jako právní dokument v případě možných soudních sporů. Musí být jasná, přehledná a konkrétní, zápisy musejí být srozumitelné, musí obsahovat datum, přesný čas provedených úkonů včetně podpisů osoby, která zápis provedla.

Na základě vyhodnocení těchto výsledků je bohužel zřejmé, že alespoň polovina NELZP pracujících na gerontopsychiatrickém oddělení má dostatečné znalosti týkající

se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta. Domnívám se, že tato zjištěná skutečnost je nedostačující pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Dotázaní respondenti nebyli schopni poskytnout komplexní znalosti v celkovém okruhu ošetrovatelské péče o neklidného geriatrického pacienta. Navrhuji provádění častých seminářů a školení o postupech kvalitní ošetrovatelské péče a současně provádění auditů přímo na odděleních. Jen tak se dá ověřit, zda jsou teoretické znalosti dostatečné pro praxi.

Po mém návrhu a domluvě s vedoucí oddělení ošetrovatelské péče Psychiatrické léčebny v Dobřanech budou organizovány pravidelné semináře týkající se této problematiky a poté odpovídající audity.

Druhá hypotéza zněla: Většina NELZP má dostatek informací týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta. K vyhodnocení hypotézy vedly byly vytvořeny otázky č. 12, 13, 14, 16, a 17. V otázce č. 12 bylo zjišťováno, zda mají NELZP na svém oddělení standard týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta. Většina – 114 NELZP odpověděla ano, 9 nevědělo, 2 popřeli existenci tohoto standardu. U všech NELZP, kteří standard neznali nebo o něm nevěděli, byla délka praxe od jednoho roku do pěti let. Na následující otázku č. 13 odpovídali pouze ti, kteří v předchozí filtrační otázce odpověděli kladně. Bylo zjišťováno, zda informace uvedené ve standardu považují NELZP za dostatečné. Zde opět většina - 95 NELZP odpověděla kladně, pouze 3 odpověděli záporně a 16 nedokázalo posoudit. Již jsem dále nezkoumala, z jakého důvodu toto nedokáží posoudit. Následující otázkou č. 14 bylo u negativních odpovědí na předešlou otázku č. 13 zkoumáno, z jakého důvodu NELZP považují informace ve standardu za nedostatečné. 1 NELZP uvedl jako důvod nesrozumitelnost, 2 sdělili, že neřeší problematiku. V otázce č. 16 bylo mapováno, zda NELZP čerpají informace o této péči i z jiných zdrojů. Otázka byla opět filtrační. Zde 79 NELZP odpovědělo kladně a 79 záporně, předpokládám, že tito respondenti jsou spokojeni s informacemi ve standardu a považují je za dostatečné. Na následující otázku č. 17 odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce odpovídali kladně. Bylo zjištěno, že nejvíce informací o péči o neklidné pacienty na gerontopsychiatrii získávají z internetu, dále školením mimo zaměstnání a dalším vzděláváním. Domnívám se, že počet odpovědí, které získala školení mimo zaměstnání a další vzdělávání je dán také tím, že v České republice je v platnosti zákon 96/2004 včetně jeho novelizace v roce 2010, který se týká celoživotního vzdělávání NLZP. Toto má sloužit také jako prostředek k zajišťování kvality poskytované péče prostřednictvím aplikace znalostí. NELZP, kteří vykonávají povolání bez odborného dohledu musí mít osvědčení běžně označované

jako registrace, obdržené po získání kreditů v období deseti let. Kredity lze získat právě na odborných školeních i v rámci dalšího vzdělávání. V poslední otázce, která se váže k této hypotéze, bylo zjišťováno, zda na gerontopsychiatrii probíhají školení s instruktáží o péči o neklidné pacienty. Většina – 102 NELZP odpověděla záporně, pouze 23 respondentů odpovědělo kladně. Domnívám se, že ke zvýšení informovanosti NELZP by výrazně toto školení přispívalo. Je také nutné aktualizovat metodické pokyny vydávané managementem zařízení a současně si ověřovat úroveň znalostí NELZP pohovory či vnitřními audity. Ve zdravotnickém zařízení, ve kterém bylo prováděno výzkumné šetření, v současné době probíhá revize a aktualizace standardu péče o neklidné pacienty a upřesňují se formy úrovní dohledů nad pacienty s neklidným chováním.

Na základě získaných odpovědí z dotazníku se druhá hypotéza potvrdila. Ve třetí hypotéze se domnívám, že téměř všichni NELZP pracující na gerontopsychiatrických odděleních se setkávají s neklidným chováním pacienta. I k této hypotéze se vztahují otázky pokládané NELZP v dotaznících. Jedná se o otázky č. 4, 5, 6 a 7. Filtrační otázkou č. 4 bylo zjišťováno, zda se NELZP na svém pracovišti setkali s neklidným chováním pacienta. Všech 125 respondentů uvedlo kladnou odpověď, proto odpovídali na následující otázku č. 5, jak často se s tímto chováním setkávají. Občas, to je 1 – 2 x za rok uvedli pouze 3 NELZP, často, to je 1- 2 x za měsíc uvedlo nejvíce NELZP, a to 57. Velmi často se setkalo dle odpovědí 45 respondentů, při každé směně toto uvádí 20 respondentů. Další otázkou bylo zjišťováno, se kterým stupněm neklidného chování se NELZP setkávají nejčastěji. Většina - 72 NELZP uvedla verbální agresi jako je křik, urážky a vyhrožování. Další počet – 37 NELZP uvedl za nejčastější brachiální agresi vůči věcem, jako je demolování zařízení, trhání oděvu, bušení do zdi. 13 NELZP uvedlo hostilitu a 5 se setkalo nejčastěji s brachiální agresí vůči lidem - fyzickými útoky, napadením. Otázka č. 7 se zabývá, jakým způsobem je na gerontopsychiatrických odděleních nejčastěji zvládáno neklidné chování pacientů. Většina NELZP podala za odpověď restriktivními způsoby dle ordinace lékaře, pouze 13 uvedlo vhodnou komunikaci, což považuji za nesprávné.

Třetí hypotéza byla bohužel potvrzena, toto zjištění je alarmující. Otázkou je, zda v každém případě za vzniklým neklidem stojí sám pacient. Významnou roli hraje i personál a způsob, jakým je ošetrovatelská péče prováděna a jak jsou předávány informace. Domnívám se, že vhodnou komunikací v některých případech lze zmírnit či odvrátit neklidné chování pacientů. Doporučuji mít velký zájem o pacienta jako o

člověka, který je v nelehké situaci. Pokud opravdu chceme a tento zájem máme, je už plno práce za námi. Některé situace je nutné předvídat a zaujmout opatření, které snižují negativní dopady.

Čtvrtá hypotéza zněla: Většina NELZP pracujících na gerontopsychiatrických odděleních podceňuje pozitivní vliv verbální komunikace při zvládnání neklidného pacienta. K vyhodnocení této hypotézy byly vytvořeny výzkumné otázky č. 9, 10 a 11. Otázka č. 9 se zabývá znalostmi zásad správné komunikace s neklidným pacientem. Pouze 28 NELZP kladně uvedlo, že zná tyto zásady, avšak většina – 97 NELZP odpověděla záporně. Pokud se pozastavím u této otázky, domnívám se, že NELZP by měli znát zásady správné komunikace nejen s neklidným pacientem, ale také s pacienty s různými onemocněními a symptomy jako např. s demencí, s psychotickými projevy, s pacientem s bolestí apod. Pacientům, nacházejícím se v náročné životní situaci, mnohdy ve finální části života, by empatická komunikace NELZP toto strádání ulehčila. Tato hypotéza byla potvrzena. Domnívám se, že vhodná komunikace s pacientem by se měla stát významným a nezbytným článkem dovedností a povinností sestry v ošetrovatelském procesu. Bylo by vhodné v rámci psychiatrické léčebny pořádat povinná školení v komunikaci s neklidným pacientem. Vhodným přístupem, chováním a komunikací by se mnohdy předešlo neklidnému chování, se kterým se setkali všichni respondenti, jak bylo potvrzeno v předchozí hypotéze. Po domluvě s vedoucí oddělení ošetrovatelské péče Psychiatrické léčebny v Dobřanech budou zorganizovány pravidelné semináře týkající se této problematiky. Součástí semináře budou i videonahrávky a praktické nácviky komunikace s neklidným pacientem.

Pátá, poslední hypotéza zněla: Domnívám se, že minimálně polovinu NELZP pracujících na gerontopsychiatrických odděleních kontakt s neklidným pacientem negativně ovlivňuje. K vyhodnocení této hypotézy byly použity otázky č. 24, 25 a 26. V otevřené otázce č. 24 bylo zjišťováno, jaké pocity má NELZP po kontaktu s neklidným pacientem. Nejčastější odpovědi byly obavy, toto uvedlo 66 NELZP. Strach uvedlo 38 NELZP, pocit vyčerpání 12 a jako ostatní, např. zátěž, stres uvedlo 9 NELZP. V otázce č. 25 bylo zmapováno, zda bylo v některých případech po napadení nutné vyhledat odbornou pomoc. Tato otázka byla filtrační, pouze 19 NELZP uvedlo kladnou odpověď, odbornou pomoc bylo nutné vyhledat. Záporou odpověď uvedla většina – 106 NELZP. V případě kladné odpovědi měli NELZP v další otázce konkretizovat jakou pomoc vyhledali. 5 NELZP uvedlo chirurgické ošetření, 14 psychologickou pomoc.

I tato hypotéza byla potvrzena. Násilí je svým charakterem destruktivní, ať je v jakýchkoliv podobách. Má negativní dopad na oběti, stejně tak i na nepřímé účastníky – pozorovatele a výrazně ovlivňuje i klima pracoviště. Jak je z výzkumného šetření patrné, valná většina NELZP nevyhledá odbornou pomoc. S následky se vyrovnávají sami, snad ze studu nebo z popření nebo z obviňování sebe sama. Navrhuji v rámci psychiatrické léčebny zřízení psychologické pomoci. Ta by byla dispozici pro ošetřovatelský personál a mohl by ji navštěvovat v případě potřeby i anonymně. Zároveň navrhuji zřízení nácviků přiměřené sebeobrany. Tento tréninkový výcvik by uvítala valná část ošetřovatelského personálu, především ženského pohlaví.



## ZÁVĚR

V teoretické část své bakalářské práce jsem se věnovala popisu problematiky neklidného chování pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení. Nebyla opomenuta teorie ošetrovatelské péče, která je velmi specifická.

V praktické části jsem vycházela z výsledků dotazníkového šetření, které jsem prováděla na geriatrických odděleních Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Dotazníky byly určeny pro NELZP, byly vypracovány s různými typy otázek. Podle výsledků jsem vypracovala grafy. Na základě vyhodnocení jsem potvrdila nebo vyvrátila mnou stanovené hypotézy, což jsem podrobně popsala v diskuzi. Zde jsem se také snažila navrhnout řešení zjištěných problémů.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat, zda NELZP mají dostatečné znalosti související s poskytováním ošetrovatelské péče o neklidné pacienty. Zjistila jsem skutečnost, že NELZP nebyli schopni poskytnout komplexní znalosti v celkovém okruhu této specifické péče. Dále mě zajímalo, zda NELZP mají na svých pracovištích dostatek teoretických informací o poskytované ošetrovatelské péči. Došla jsem ke kladnému zjištění. Na všech odděleních jsou k dispozici odborné standardní pracovní postupy. Jako další cíl jsem si stanovila zjistit názor NELZP na vliv verbální komunikace při zvládnání neklidného chování pacientů. Výzkumným šetřením jsem zjistila, že NELZP podceňují význam komunikace. Posledním cílem mé práce bylo zmapovat, jaký vliv má kontakt s neklidným pacientem na NELZP, kteří pracují na gerontopsychiatrických odděleních. Všechny dotázané ovlivňuje negativně.

Na práci na gerontopsychiatrii je kladen velký nárok, NELZP poskytují ošetrovatelskou péči nesmírně rozmanité skupině geriatrických pacientů. V každodenní praxi se setkávají s běžnými situacemi, ale musí zvládat i situace problematické, jako jsou všechny projevy neklidu a mimořádné události. Ošetrovatelská péče na gerontopsychiatrii musí být kvalitní, komplexní a strategická, ale měla by být také doceněna pochvalou.

## LITERATURA A PRAMENY

1. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994, 317 s. ISBN 80-7169-070-8
2. JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ BRNO, 1991, 182 s. ISBN 80-7013-109-8
3. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
4. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: GALÉN, 1997. 1. vyd. 218 s. ISBN 80-85-824-45-0.
5. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
6. PETR, T. Řízení rizik v psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Galén, 2010, 109 s. ISSN 1212-0383
7. KOBĚRSKÁ, P. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 38 s. ISBN 80-7178-851-1
8. BENEŠOVÁ, V. *Léčba poruch chování pacientů s demencí*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2001, 20 s. ISBN 80-862557-3
9. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8
10. BENEŠOVÁ, V. *Poruchy ve stáří, co s tím?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 36 s. ISBN 80-86257-33-9.
11. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8
12. MATĚJOVSKÁ KUBIŠOVÁ, H. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5
13. KALIŠOVÁ, L., RABOCH, J., KITZLEROVÁ, E. Farmakoterapie bez souhlasu pacienta. *Psychiatrie*. Praha: Tigris spol. s.r.o., 2006, roč. 10, č. 1, s. 60. ISSN 1211-7579.
14. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
15. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: IDVPZ , 2002, 72 s. ISBN 80-70133635.

16. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.
17. HORÁČEK, J. a kolektiv autorů. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academica Medica Pragensis-Amepra, 2003, 263 s.. ISBN 80-86694-01-1.
18. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: IPVZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
19. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
20. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno : IDVPZ, 2002, 225 s. ISBN 80-7013-365-1
21. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. ISBN 80-7013-436-4
22. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6
23. RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, a.s., 2006, 204 s. ISBN 80-239-8501-9

## **SEZNAM ZKRATEK**

BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
č.	číslo
např.	například
NELZP	nelékařský zdravotnický pracovník
odst.	odstavce
tr.	trestního

## SEZNAM GRAFŮ

graf 1 .....	36
graf 2 .....	37
graf 3 .....	38
graf 4 .....	39
graf 5 .....	40
graf 6 .....	41
graf 7 .....	42
graf 8 .....	43
graf 9 .....	44
graf 10 .....	45
graf 11 .....	46
graf 12 .....	47
graf 13 .....	48
graf 14 .....	49
graf 15 .....	50
graf 16 .....	51
graf 17 .....	52
graf 18 .....	53
graf 19 .....	54
graf 20 .....	55
graf 21 .....	56
graf 22 .....	57
graf 23 .....	58
graf 24 .....	59
graf 25 .....	60
graf 26 .....	61

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 - Dotazník.....	74
---------------------------	----

# Přílohy

## Příloha 1 - Dotazník

### Dotazník k bakalářské práci na téma

### Ošetrovatelská péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Jana Havránková a jsem studentkou 3.ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské Univerzity v Plzni, oboru Všeobecná sestra.

Prosím Vás o spolupráci vyplněním dotazníku k mé bakalářské práci, která se zabývá tématikou ošetrovatelské péče o neklidné pacienty na gerontopsychiatrickém oddělení. Tento dotazník bude důležitým zdrojem informací o tom, jaká je úroveň znalostí NELZP týkající se ošetrovatelské péče o neklidné pacienty na gerontopsychiatrickém oddělení, včetně zjištění míry dovednosti správné komunikace a reakce NELZP při setkání s neklidným pacientem. Dotazník je anonymní, správnou odpověď, prosím, zakroužkujte, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji Vám za trpělivost a ochotu, které jste věnoval/la vyplňování tohoto dotazníku.

#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

#### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru zdravotnictví?

- a) všeobecná sestra
- b) sestra specialista
- c) sestra bakalářka
- d) sestra magistra

#### 3. Jaká je délka Vaší praxe na gerontopsychiatrickém oddělení?

- a) méně jak 5 let
- b) do 10 let
- c) 20 let a více

**4. Setkal/la jste se někdy na svém pracovišti s neklidným chováním pacienta?**

- a) ano
- b) ne

**5. Pokud ano, jak často?**

- a) občas (1 – 2 x za rok)
- b) často (1 – 2 x za měsíc)
- c) velmi často (1 – 2 x za týden)
- d) při každé směně

**6. S jakou formou neklidného chování pacienta se nejčastěji setkáváte?**

- a) hostilita – nepřátelství, napětí
- b) verbální agrese – křik, vulgarity, urážky, vyhrožování
- c) brachiální agrese vůči věcem – demolování zařízení, bušení do zdi
- d) brachiální agrese vůči lidem – fyzické útoky, napadení

**7. Jakým způsobem je neklidné chování pacientů na Vašem oddělení nejčastěji zvládáno?**

- a) vhodnou komunikací
- b) restriktivními způsoby dle ordinace lékaře

**8. Je pacient po zklidnění dodatečně informován o nutnosti zklidňujících a omezovacích prostředků aplikovaných v zájmu svém a svého okolí?**

- a) ano
- b) ne

**9. Znáte zásady správné komunikace s neklidným pacientem?**

- a) ano
- b) ne

**10. Domníváte se, že vhodnou komunikací lze neklidného pacienta zklidnit?**

- a) ano
- b) ne



**11. Zúčastnil/la by jste na Vašem pracovišti školení a instruktáže o zásadách správné komunikace s neklidným pacientem?**

- a) ano
- b) ne

**12. Existuje na Vašem oddělení standard týkající se ošetrovatelské péče o neklidného pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**13. Pokud ano, jsou informace obsažené v něm pro Vás dostatečné?**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**14. Pokud jste odpověděl ne, uveďte z jakého důvodu Vám nedostačují.**

- a) .....
- b) .....

**15. Uveďte, jaká ošetrovatelská péče o neklidné pacienty je ve standardních pracovních postupech na Vašem oddělení uvedena.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**16. Čerpáte informace z jiných zdrojů?**

- a) ano
- b) ne

**17. Pokud ano, uveďte z jakých.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**18. Uveďte symptomy neklidného chování u pacienta.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**19. Uveďte možnosti restriktivních opatření u neklidného pacienta.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**20. Vedete řádné záznamy o poskytované péči o neklidné pacienty do ošetrovatelské dokumentace?**

- a) ano
- b) ne

**21. Pokud ano, uveďte, co všechno musí obsahovat.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**22. Probíhají na Vašem pracovišti školení s instruktáží o péči o neklidné pacienty?**

- a) ano
- b) ne

**23. Pokud ano, jakou formou bylo realizováno?**

- a) samostatným studiem předloženého standardu
- b) seminárním školením
- c) předáním informací od kolegyň/kolegů
- d) odbornou instruktáží s názornými ukázkami zvládnutí neklidu a poskytnuté ošetrovatelské péče

**24. Jaké pocity ve Vás zůstávají po setkání s neklidným pacientem?**

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....

**25. Bylo v některých případech po Vašem napadení nutné vyhledat odbornou pomoc?**

- a) ano
- b) ne

**26. Pokud ano, uveďte jakou.**

- a) .....
- b) .....