

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Renata Vizingrová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Renata Vizingrová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VÝVOJ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ  
V PSYCHIATRII**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Drahoslava Letáková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne: 22.3.2012

.....  
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Bc. Drahoslavě Letákové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů.

# OBSAH

ÚVOD.....	12
1 HISTORIE PSYCHIATRIE .....	13
1.1 Obor psychiatrie - definice .....	13
1.2 Starověk .....	13
1.3 Středověk .....	15
1.4 Novověk.....	17
1.5 Reforma v psychiatrii v 18.století.....	18
1.6 Vývoj psychiatrie v Čechách .....	19
2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII SROVNÁNÍ OBDOBÍ .....	21
2.1 Období do r.1989 .....	21
2.2 Období od r. 1989 do současnosti.....	22
2.3 Mezinárodní projekt Eunomia .....	24
3 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII A JEJICH APLIKACE .....	25
3.1 Definice omezovacích prostředků .....	25
3.1.1 Obecné zásady používání omezovacích prostředků .....	25
3.2 Druhy omezovacích prostředků .....	26
3.3 Právní legislativa omezovacích prostředků .....	28
3.4 Používání omezovacích prostředků v zemích EU .....	29
4 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PRAXI .....	31
4.1 Indikace k omezení pacienta.....	31
4.2 Standardní ošetrovatelské postupy pro používání omezovacích prostředků v praxi.....	32
4.3 Vedení dokumentace omezovacích prostředků .....	33
4.4 Ošetřování neklidného a agresivního pacienta .....	33
4.5 Využití edukace v psychiatrii .....	35
5 PRÁCE SESTRY NA ODDĚLENÍ PSYCHIATRIE.....	37
6 DISKUSE.....	38
ZÁVĚR .....	42
LITERATURA A PRAMENY .....	43
SEZNAM PŘÍLOH.....	45
Přílohy.....	46

## ANOTACE

Příjmení a jméno: Vizingrová Renata

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vývoj omezovacích prostředků v psychiatrii

Vedoucí práce: Bc. Letáková Drahoslava

Počet stran: číslované 31, nečíslované 25

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: psychiatrie- agresivní pacient- akutní stav- restriktivní postupy

Souhrn:

Ve své práci se zabývám problematikou omezovacích prostředků v psychiatrii. Zaměřuji se na vývoj a srovnání jednotlivých historických období, jak v naší republice, tak i v zemích EU. Práce je dále zaměřena na aplikaci restriktivních postupů a jejich význam v péči o duševně nemocné.

## ANNOTATION

Surname and first name: Vizingrová Renata

Department: Nursing and midwifery

Project title: The development of means of restraint in psychiatry

Project leader: Bc. Letáková Drahoslava

Number of pages: numberet 31, unnumberet 25

Number of appendices: 10

Number of used literature: 21

Key words: psychiatry- aggressive patient- acute condition- restrain  
techniques

### Summary:

In the present study I will focus on the problems related to the use of restraint techniques in Psychiatry. I will look at the development of restraint, comparing each historical agents in our republic as well as in others European Union countries. I will also discuss the application of these techniques and their importance on the care of psychiatric patients.

Motto:., Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných!“

Dr. Jan Hraše



## ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma vývoj omezovacích prostředků v psychiatrii. Toto téma je mi velmi blízké, protože na psychiatrii pracuji již několik let a s omezovacími prostředky jsem se setkávala na různých typech oddělení, kterými jsem v průběhu svého působení na psychiatrii prošla. Práce na odděleních psychiatrie je zajímavá, náročná, ale také velmi zodpovědná. Ve své práci se zaměřuji na používání omezovacích prostředků od historie až po současnost. Psychiatrie jako obor stále někde za ostatními obory jakoby pokulhává a médií a laickou veřejností je stále za své, někdy nevyhnutelné terapeutické zásahy, kritizována. Přesto si myslím, že v péči o duševně nemocné se mnoho změnilo, a o nemocné se pečuje na velmi dobré profesionální úrovni. Ale stejně jako medicína není všemocná, ani psychiatrie zázraky nedovede. Protože je dnes situace v psychiatrii úplně jiná než dříve, očekává se od ní i jiné léčení. Jsou na ni kladeny stále větší nároky, ale návod jak v některých situacích postupovat prostě neexistuje. To se týká právě i mé práce, ve které bych chtěla poukázat na skutečnost, že omezovací prostředky v psychiatrii měly své opodstatnění a některá oddělení se bez nich neobejdou ani dnes.

Při hospitalizaci na psychiatrii se často setkáme a agresivními pacienty, kteří jsou nebezpeční sobě i svému okolí. Sestra je jako první, která se s takovým pacientem setká a musí zvládnout situace, které jsou mnohdy tak nebezpečné, že si je laická veřejnost ani neumí představit. Domnívám se, že je nutné zmínit i nezastupitelnou úlohu sestry jako člověka při prvním kontaktu s pacientem. Je nutné klást důraz na prevenci vzniku akutních neklidů, jak vhodným terapeutickým přístupem, tak i empatií a vstřícností k těmto pacientům, kteří mají nemocnou duši.

# 1 HISTORIE PSYCHIATRIE

## 1.1 Obor psychiatrie - definice

Obor psychiatrie se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a rehabilitací osob s duševní poruchou. Cílem péče o pacienty s duševní poruchou je podpořit pacienta a jeho rodinu tak, aby byl schopen se co nejdříve vypořádat se svými obtížemi a pomoci pacientům, aby se co nejdříve vrátili k uspokojivému životu, v co nejlepších podmínkách. Obor psychiatrie k tomuto cíli využívá jednak postupy terapeutické, biologické, ale i rehabilitační, psychoterapeutické a socioterapeutické. Nutné je věnovat pozornost také podpoře duševního zdraví. U již vzniklých duševních chorob je třeba usilovat o zmenšování jejích následků. Všechny terapeutické postupy, které se v psychiatrii používají musí respektovat a chránit důstojnost a práva nemocných. Prostředky, které omezují osobní svobodu pacienta se mohou používat až v krajním případě, pokud jsou ostatní řešení vyčerpána. Vše musí být učiněno v souladu s ustanovením etických norem a platných zákonů. Psychiatrie jako samostatný obor vzniká v 18. století (1)

## 1.2 Starověk

V prvobytně pospolné společnosti vzniká u lidí s abstraktním náboženským názorem magické myšlení, které je spojováno se zlobou nadpřirozených mocností a sil, které by byly schopny vyvolat nějakou nemoc, možná i duševní a proto bylo nutné zlobu nadpřirozených mocností usmířit. Lidé si vznik jakéhokoliv onemocnění vykládaly jako posedlost člověka zlým duchem. Zdravotnickou péči prováděli především nošením různých magických ochranných symbolů jako byly různé amulety a talismany. Dále prováděli různé rituály, kdy vyháněli zlé demony z těla ven. S vývojem lidské společnosti začínají vznikat zárodky pozdějšího lékařství. Lidé se začínají léčit s novými prostředky, ke kterým patří např. některé rostlinky a jejich kořínky, kůry ze stromů, ale i jiné látky, které měly živočišný původ a patřily k nim např. tuk, krev, vnitřnosti zvířat, nejvíce játra. K dalším profesionálním léčitelům patří tzv. lidoví léčitelé, nazývání též šamani. Nejen že byli považováni za rodové náčelníky, ale též výborně ovládali své léčitelské povolání. Svými magickými rituály a obřady likvidovali škodlivé působení démonů a duchů.

Později začali zdravotní péči vykonávat privilegovaní kněží, kteří měli určité vědomosti a zkušenosti s léčením nemocných. Tento léčitelský systém byl spjat především se starým Řeckem a s chrámy zasvěcenými Asklépiovi. Další vývoj zdravotní péče od primitivního léčitelství až po první formy lékařství lze sledovat v Egyptě, Babylonii, Indii, Číně, Izraeli, Řecku, Římě. Péče o duševně choré se zde vyvíjela postupně a její úroveň se vyvíjela od primitivního zařikávání démonů až po určitou formu terapie, která odpovídala lékařskému myšlení, kde se projevovaly nové poznatky a zkušenosti. Mezi nejvýznamnější představitele této doby patřil Hipokratés. Byl označován za dítě této doby, byl zakladatelem řecké antické silách a potřel mystické, náboženské a nevědecké představy o člověku jeho zdraví a nemoci a na člověka. Kladl velký důraz na diagnózu, na průběh nemoci a na jejím zakončení. Zastával názor, že je třeba léčit celého nemocného, a nikoliv jen nemoc. Jeho spisy jsou známé v literatuře celého světa pod názvem Corpus Hippocraticum. Dalším představitelem byl Asklépiades, který studoval lékařství v Athénách v Alexandrii. Do Říma přišel jako vzdělaný lékař, který měl stejně jako Erasistrata výhrady vůči Hippokratovi. Neuznával jeho humorální koncepci. Hippokratovi vytýkal terapeutickou pasivitu, jeho meditování nad nemocí, nerozhodnost. Jeho terapeutické zásady byly: rychle, jistě, příjemně. Jeho postřehy v léčení duševně nemocných rozlišoval na formy akutní a chronické. Jako první začal v klinickém obrazu nemocných u duševních chorob. Rozlišoval dva druhy fantazií, bludy a halucinace. Při léčbě duševních chorob odmítal všechny omezovací prostředky. Pouštění žilou pokládal dokonce za škodlivé. Jeho metody spočívaly v uklidnění nemocného např. koupání na visuté posteli, neměl rád tmavé místnosti, protože tmavá místnost nemocné zneklidňuje. Dalšími jeho metodami byly sprchy, koupání, lehký tělocvik, masáže, mořské koupele, pití minerálních vod a hlavně neustálé zaměstnávání duševně nemocného.

Dalším mezníkem ve Starověku je úpadek otrokářského zřízení Říma a v jeho lůně římské říše vzniklo křesťanství. Křesťanství představovalo historický vývoj lékařství, vrátilo se ke staré vědecké představě, že nemoc není jev přirozený, ale má nadpřirozené příčiny, je božím trestem za spáchané hříchy a rouhání. V období prvokřesťanském nebylo zacházení s duševně chorými nikterak jemné. Je nutné poznamenat, že v textu evangelia Markova je zmínka v tom, jak se v době křesťanství Ježíšova zacházelo krutě s duševně nemocnými. Marek se zde zmiňuje o tom, jak byli nemocní okováni řetězy a pouty a zavírání do žaláře a kladby. Samostatně zdůraznění si zde zaslouží zmínit první století po změně letopočtu, kde se duševním chorobám věnoval stoupenec lékařské

školy metodické Sórános.Pocházel z Dresu v Malé Asii a v Římě působil 40 let. Byl lékařem a vynikal v gynekologii a porodnictví. Duševní choroby rozdělil do tří skupin a poukázal na příčiny, které mohou vyvolat duševní choroby.Mezi příčiny označil pracovní přepínání, nadměrné požívání vína, zesláblost při silném menstruačním krvácení, poruchy trávicího traktu, drog a duševní starosti. Sórános je zakladatelem lůžkového režimu v psychiatrii. Při léčbě duševních chorob Sórános doporučil nemocnému izolaci v pokoji na lůžku a pod stálým dohledem druhé osoby a tím byl ošetřovatel. Také se odmítavě stavěl vůči léčbě dávidly, projímadly, pouštění žilou, a byl odpůrcem tělesného omezení.(2)

### 1.3 Středověk

Raný středověk byl pro zdravotnickou psychiatrickou péči významný tím, že se začínají realizovat první plány v péči o duševně choré, pro které by měla být zřizována azylová nemocniční péče a tím by se měli chránit zdraví občané před duševně nemocnými. Byli položeny základy ošetřovatelské péče o psychotiky. Ve středověku tvořila náplň kulturního života církev, a v té době byli kněží a mniši jedinou vrstvou inteligence v tehdejší společnosti. Lékařství včetně výkladu o duševních chorobách se octlo pevně v rukou církevních. Ve středověku představovala nauka o duševních chorobách nejčernější kapitolu z historie lékařství. Duševní choroby byly v tehdejší době pokládány za projev a důsledek posedlosti satanem. Koncepti o vzniku duševních chorob, tzv. šílenství představovala démonologie. Ďáblové usilovaly o lidské duši tím, že lidem propůjčovaly kouzelnou moc a schopnost čarovat. Nemocní lidé nebyli posíláni k lékařům do měst, ale nýbrž ke kněžím, kteří svými náboženskými obřady, modlitbami a různými zaříkadly duševně nemocné léčili. Ti byli zavíráni a izolováni ve vězení, a tudíž svými činy a výroky nemohli ovlivňovat své okolí vůči panujícím feudálům a církvi. Medicína ve středověku vycházela z biblických a církevních dogmat, tzn..že vývoj a vznik člověka a světa je jednoznačně vysvětlen v bibli. Pokud si někdo výklad vzniku světa o člověku vysvětloval jinak, byl stíhán jako hříšný a kacírský. K lékařům, kteří pronášeli „ kacírské názory“ patřili tito lékaři.Antonius Quainerius, Michael Savonarova, Cornelius Agrippa, a i jeho žák Johann Weyer, který patřil k nejostřejším kritikům démonologické podstaty vzniku šílenství. Dalším představitelem středověku, který byl známý svým pokrokovým vědeckým zaměřením byl Antoniu Quainerius. Na univerzitě v Padově byl profesorem lékařství, univerzita

byla založena roku 1220. Jeho metody při léčení duševních chorob byly tzv. pouštění žilou, pálení vlasové části lebky zahřátými železnými tyčemi. Dalším profesorem lékařství, který vyučoval na univerzitě v Padově byl M. Savonarona, byl o 20 let mladší než Quainerius. Savonarona zastával názor, že nemocnému je třeba vrátit spánek, uložit jej ve stinné posteli na visutém lůžku, a střídavě mu aplikovat sázení baněk, pouštění žilou, projímadla, dávidla. Byl odpůrcem současného způsobu života, který léčil duševně choré bitím, týráním, bodáním jehlami a příkládáním hořčičných placek. Díky těmto metodám měli být duševně nemocní oproštěni od posedlosti démony a ďábly, kteří měli při těchto zákrocích opustit jejich tělo.(3)

Za dobu temna byl považován Evropský středověk, kdy byly duševní choroby opět demonizovány. Zdravotní a sociální záležitosti spadly do kompetence církve v celé střední Evropě. Duševně nemocní byli považováni za posedlé ďáblem a existoval i názor, že jsou to děti boží. Vznikly osady bláznů, které se nacházely u některých Klášterů, a tam bylo o nemocné postaráno. V té době se konaly i různé karnevaly, též popisovány jako slavnosti bláznů, kdy církev tyto akce podporovala a zastávala názor, že se tím dopomůže právu vrozeného lidského bláznovství, naší drahé přirozenosti.

Ve středověku města duševně nemocné zesměšňovala tím, že je např. zavírala do tzv. klecí bláznů a tím byli pro posměch ostatním lidem ve městě. V klecích byli vystavováni uprostřed měst, kdy je ostatní lidé pozorovali a zesměšňovali.-z knihy psychiatrie dávných věků.

Onemocnět duševní chorobou byla velká společenská hanba, nikoliv lidské neštěstí. V městských zařízeních se o duševně choré vůbec nepečovalo. Přežívali přikováni okovy ke zdi, kde trávily ve strašných podmínkách svůj život. Často, jak již bylo zmiňováno, byli nemocní vyváženi v dřevěných, nebo železných klecích na náměstí Středověkých měst a tam byli vystavováni pro posměch měšťanům, bylo dovoleno i týráním. Ve středověké Evropě jsou i zmínky o tom, že duševně choré dokonce umísťovali v tzv. lesních rezervacích a bylo dovoleno je libovolně zabíjet a honit jako vlkodlaky. S duševně nemocnými se zacházelo opravdu nedůstojně. Roku 1582 byl v Brně vybudován městský azyl, který sloužil výhradně pro tzv. šílence. Byl obehnaný plotem, nemocní v něm byli drženi v dřevěných a železných klecích a o trzích je vozili do města aby obveselovali veřejnost. Dalším zařízením pro psychotiky byla městská nemocnice ve Wurzburgu, která byla zřízena roku 1583, byla zařízena tzv. izolačními místnostmi. Tato nemocnice tvořila výjimku, nebylo zde povoleno nemocné ukazovat veřejnosti, ale občané jsem docházeli a mohli se bavit pouze pohledem na duševně

choré. Opatrovníci, kteří zde na psychotiky dohlíželi, museli o chování svěřenců vést záznamy a ty předávali městskému lékaři. Takto tedy vypadala péče o duševně choré ve středověku. Pokrokoví lékaři se proti ní právem bouřili, a jejich boj byl naměřen proti církvi. V psychiatrii končí středověk počátkem 19.století, kde byl učiněn konec všem nelidským praktikám v pokroku a léčbě o duševně choré. Terapeutické řádění bylo konečně vymýceno.(4)

## 1.4 Novověk

V 17. a 18 století byly ve velkých městech budovány již samostatné budovy pro duševně choré, které byly odděleny od nemocnic. Některá města jako např. Basilej a Hamburk, přijímaly duševně choré do káznic, v nichž jim byly vykazovány zvláštní kobky. Nemocné zde rozdělovali na klidné a neklidné. Ti nemocní, mezi něž patřili neklidní, museli být ponecháni v kobkách, ale nesmělo se s nimi zacházet hrubě. Strážci, kteří měli duševně nemocné na starost měli sice bič, ale pouze pro výstrahu, nesměli ho používat k trestání nemocných. Ostatní klidní duševně choří mohli vysedávat s ostatními chovanci z káznice, ale museli být odděleni podle pohlaví. Vykonalali práci, která jim byla přidělena. Do těchto městských budov již docházel i lékař. Při léčení duševně nemocných nebyli lékaři v této době příliš úspěšní. Jsou ale i případy, kdy došlo k úplnému uzdravení.

V období novověku se o omezovacích prostředcích příliš nezmiňují. Péče o duševně choré se postupně vyvíjí, psychiatrie je postupně chápána jako samostatný lékařský obor. Prohlubuje se poznávání duševních chorob. Poprvé jsou odlišeny tzv. neurozy. Mezi autory nových klinických pozorování patří: Francois Boissier De Sauvages, William Cullen. V roce 1779 byl vydán Cullenův spis *First Line of the Practice of Physic*. Právem byl zakladatelem tzv. velké a malé psychiatrie. Psychiatrii rozdělil na dvě skupiny. Do první skupiny patřily psychózy, a do druhé neurozy. V teoretických spisech se uvádělo, že ošetřování duševně chorých je na lepší cestě, ale v praxi tomu tak nebylo. Duševně choří se stále umísťovali v nemocničních azylech, nebo v městských káznicích. O to hůře, pokud byli lidé nemajetní. V takto nelidských podmínkách nemocní trávili svůj čas ve vyhrazené kobce na zemi, většinou na slámě. Často byli přikováni řetězy ke zdi, kde s nimi nelidsky zacházeli ostatní vězňové, kteří obvykle pomáhali městským strážcům choré bít a trýznit. Rámcem jejich utrpení byl hlad, tma, velká špína, málo vzduchu. Další zmínka patří státnímu zařízení v Paříži. Tato

nemocnice pro duševně choré při nemocnici Hotel Dieu v Paříži, byla zřízena nemajetným psychotikům, kde měli k dispozici dva sály. Jeden sloužil pro 40 žen, druhý pro 40 mužů. Na každém sále bylo okolo deseti menších a deseti větších postelí. Nemocní tudíž spali namačkáni na sobě. I zde byly nelidské podmínky a zacházení s nemocnými. Dozorcem byli dva sluhové. Léčení spočívalo v podávání projímadel a dávidel v pouštění žilou. Pokud se stav nemocných nezlepšil, byli vsazováni do kobek, které byly umístěny v podzemí. I zde byli připoutáni k lavicím, přikováni ke zdi a léčeni byli bitím a hladem. Oproti tomu majetnější duševně choří měli možnost léčby v lékařsky vedených penzionech. Zde bylo zakázáno hrubé zacházení. Nemocní se mohli volně pohybovat, bylo postaráno o hygienu a byla zde i možnost platit si vlastního lékaře. Tato soukromá sanatoria byla přístupná jen bohatým vrstvám obyvatelstva, ke kterým patřila především bohatým vrstvám obyvatelstva, ke kterým patřila především šlechta a církve. Tento způsob léčby byl i v jiných evropských zemích. Výjimku tvořila Francie, kde se situace vyhroutil natolik, že došlo v roce 1789 k revoluci, která změnila strukturu celé společnosti, a tím umožnila i velké změny v lékařské péči a ošetřování psychotiků.(2)

## **1.5 Reforma v psychiatrii v 18.století**

Velkým převratem v psychiatrii bylo 18. století, kdy došlo k humanizaci péče o duševně nemocné. V tomto století také psychiatrie jako obor vznikla a je spojována se jménem doktora Philipa Pinela. Ten nejprve propustil 12 duševně chorých z Bicetre a v roce 1795 v Salpetriere. Pinel chápal duševní nemoci jako formy odcizení. Nahradil dřívější omezovací prostředky, ke kterým patřili např. řetězy a jiné nevhodné praktiky a nelidské podmínky, tím, že zavedl pedagogický režim. Začal používat jakési formy psychodramatu a snažil se o zaměstnávání nemocných. Jeho žákem byl J.E.D. Esquirol, který byl od Pinela poučen hrůzou revoluce. Ve své terapeutické nauce zkoušel začlenit vše, co bylo v této době známé. Mezi metody, které začlenil do své terapie patřila např. muzikoterapie a mesmerismus.

Humanistická tradice pokračovala i v jiných zemích. V Anglii byl založen Ústav Retreat, který byl modelem humánní léčby. Léčili se zde nemocní, kteří chodili do zaměstnání a jejich léčba spočívala ve vlídném zacházení a v léčení pomocí teplých koupelí.

V roce 1839 J.Connolly zrušil do té doby používané omezovací a donucovací prostředky, ke kterým patřil např. roubík do úst, maska na obličej, drátěné klece a koše, z nichž nemocnému vyčnívala jen hlava. Connolly byl právem považován za zakladatele humánního přístupu. Jeho přístup je znám jako „no restraint“. V překladu znamená žádný útisk.

V roce 1755 Marie Terezie zrušila zákon o čarodějnictví. Poslední upálenou ženou byla duševně chorá v roce 1782 na Moravě ve Velkých Losinách. V Brně ještě v roce 1770 nebyla situace pro duševně choré příznivá. Nemocní byli pro posměch měšťanům a byli v zamřížovaných klecích ukazováni na náměstích.

Až v roce 1748 se péče o duševně choré u nás zlepšuje. V nemocnici u Milosrdných bratří ve Starém Brně byla vyhrazena čtyři lůžka pro psychiatrické pacienty. Postupně tak následovalo budování dalších ústavů. V Opavě v roce 1889, v Dobřanech 1880, ve Šternberku 1893.

## 1.6 Vývoj psychiatrie v Čechách

Psychiatrie se u nás od jiných měst v Evropě nijak nelišila. Ve Středověku se o nemocné téměř vůbec nepečovalo. Největším představiteli v této době byli panující kníže a církve. Ústavy veřejného charakteru byly zřizovány při kostelech a kláštřích. Tyto ústavy sloužily k ošetřování např. starých lidí, slepců apod. Ošetřování nemocných prováděli mniši, nebo jeptišky. Velkou příčinou úmrtnosti byl nehygienický stav špitálů, kde umírali nejen nemocní, ale i zdravotníci. Z této doby se dochovaly i tzv. smolné knihy, které jsou smutným dokladem o způsobu zacházení s duševně nemocnými v Čechách. Situace u nás byla v péči o duševně choré lidi neutěšená. Nemocní, neklidní duševně choří byly také umístovány ve sklepních kobkách, které se podobaly žalářům. O ošetřování nemocných nemohla být ani řeč. Šlo jen o tzv. střežení. Nemocní byli spoutáni řetězy. Uklidňujícím prostředkem byly řetěz, hůl, hlad. Šílenci byli za spropitné ukazováni na veřejnosti.

Tento způsob ošetřování duševně chorých se takto vyvíjel od středověku až po novověk. Poměry u nás byly stejné jako v ostatních městech Evropy. Zlom této hrozné doby nastal až po Francouzské revoluci, jejímž zakladatelem byl Dr. Philippe Pinel. On se zasloužil o zřízení Ústavu pro duševně choré v roce 1790 v Praze. Až v tomto ústavu byli duševně choří ošetřováni lidským způsobem.



Ke změnám v postojích k duševně nemocným dochází v Čechách až počátkem devatenáctého století. U nás byl představitelem nových praktik primář ústavu u Svaté Kateřiny v Praze Dr.J.Ridel. On uplatňoval vedle nového přístupu o duševně nemocné také rehabilitační metody. Toto období hodnotí Venclovský velmi vysoko a zdůrazňuje, že už tehdy byla uplatňována komplexní péče o nemocné. Dalším představitelem v psychiatrii a následník Dr.Riedela se stal v roce 1852 František Kostel, který byl toho názoru, že duševní choroba je většinou patologickým procesem mozku. Upřednostňoval nutnost tělesného klidu a byl přesvědčen o tom, že mozek je lépe prokrvený vleže. Celosvětově je toto období bráno za rozvoj v patologické anatomii, které představoval hlavně Virchow. V tomto období vystupují i odpůrci, kteří jsou proti používání omezovacích prostředků. Je to např. Jan Hraše, který byl v období 1894-1909 ředitelem ústavu v Dobřanech. V učebnici ošetrovatelské péče uvádí, že nemocní v akutní fázi onemocnění se mají léčit klidem na lůžku a až odezní akutní příznaky, pak se má začít s rehabilitací. V používání omezovacích prostředků měl velmi negativní postoj. Byl zásadně proti jejich používání. V první polovině devatenáctého století byl velkým přínosem pro terapii duševně nemocných rozvoj psychoanalýzy. Tento nový způsob vedl k novým terapeutickým přístupům. Mezi tyto postupy patří: biologické léčebné postupy, zavedení inzulinové terapie, šokové terapie. Převratem v léčení duševně nemocných se však stává rok 1952, kdy se poprvé do praxe dostává léčba psychofarmaky. Do medicínské praxe se v šedesátých letech zavedla první moderní anxiolitika, na bázi benzodiazepinů. Psychofarmakologická léčba bez fyzického omezení připadala v úvahu tam, kde šlo o stavy s vyšší mírou subjektivního i objektivního napětí, úzkosti, poruch soustředění. (2)

## 2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII SROVNÁNÍ OBDOBÍ

### 2.1 Období do r.1989

Již v nejstarších dobách se vyskytovaly duševní poruchy. Rušivě zasahovaly do běžného společenského dění a tím nemohly být přehlédnuty. Lékaři ve Starověku uměli již popsat některé duševní poruchy. Duševně nemocní byli vyřazováni ze společnosti, někteří se stávali pro společnost obtížnými a proto byli izolováni ve speciálních ústavech. Dostávalo se jim nelidského zacházení za pomoci omezovacích prostředků. Jako těžcí zločinci bývali ukováni neklidní nemocní, byli oblékáni do omezovacích oděvů a na hlavu jim byla umístěna kukla. V pase byl opasek, ke kterému byli zafixovány ruce, aby se nemocný nemohl sebepoškozovat. Další léčení nemocných se uskutečňovalo na otáčecím lůžku, ke kterému byl nemocný fixován vleže a dozorcí, který měl nemocného na starosti s ním otáčel, až došlo ke zklidnění nemocného.

Ošetřování duševně nemocných u nás se datovalo již v 10. století. V této době byly zakládány klášterní špitály. Ve Znojmě byl v roce 1458 pravděpodobně vybudován první samostatný útulek pro duševně choré. V Praze byl v roce 1790 zřízen ústav pro choromyslné za císaře Josefa II. V tomto ústavu, který se nazýval blázinec, „TOLLAHAUS“. Zde se ošetřovalo 57 nemocných. Pražská psychiatrie zaujala vedoucí místo v Rakousku- Uhersku ba i v celé střední Evropě. Bohumír Riedel byl v roce 1840 jmenován prvním docentem psychiatrie rakousko – uherské monarchie. Do Prahy za ním přijížděli cizí psychiatři studovat způsoby léčby. Tyto způsoby se netýkaly jen léků, ale i hudby, práce, tělocviku a kultury.

První neklášterní azyl byl zřízen v Londýně v roce 1458, v Praze 1484 a v Brně 1585. Umístění nemocní zde nepřesahovaly řádově desítky. I zde byli ale nemocní převážně v klecích a v poutech. Jejich léčba spočívala v podávání dávidel, projímadel, pouštění žilou, dále šoky, házení do vody, topením v ní a nebo střelení z kanonu za zády nemocných, kteří nic netušily. V zemích západní Evropy je považován J. Weyer za představitele první psychiatrické revoluce.

V 18. století je Novověk spojen s rozmachem věd. V Paříži reformoval péči o duševně nemocné P. Pinel. Nemocným sňal okovy a zavedl nové terapeutické postupy a nová léčebný režim a léčbu prací. Možnosti této nové léčby však neznamenaly, že by se mělo upustit od používání omezovacích prostředků. Zvláště u neklidných nemocných se

omezovací prostředky nadále používaly, ale rozhodně byly dány základy humánní péče o duševně nemocné. Péče o nemocné se neustále vyvíjela. V 19. století dominuje režim a práce. Pracovní terapie kladla důraz na odvedení nemocných od projevů duševních poruch. Je zde kladen velký důraz na kulturní prostředí a taktní zacházení. Nezbytné omezovací prostředky, které byly do této doby používány se mění. Např. okovy nahradila polštářovaná kožená pouta. Farmakoterapie se rozvíjí, vytváří se systematika duševních poruch. Farmakoterapie se specializuje na podávání uklidňujících a uspávacích prostředků.

U nás se psychiatrie definitivně osamostatnila po 2. světové válce tím, že se oddělila od neurologie. Velký předpoklad k pozvolnému ústupu léčby ústavní ve prospěch ambulantní byl obrovský rozvoj psychofarmakoterapie. Ke zkracování léčby vedly nové druhy biologických léčeb a psychoterapie. Tyto metody umožňovaly nemocné znovu navracet do jejich sociálního prostředí a tím se naplňoval rozvoj humanismu psychiatrie, humanismus péče o duševně nemocné.(5)

Je nutné zmínit se o postavení československé psychiatrie v letech totalitního režimu. Z pohledu politického zneužití obsáhla československá psychiatrie čestně. Psychiatrie v období nacistické a komunistické totality dělala to, co celá československá medicína. Zachraňovala politické oběti režimů před soudním a vězeňským postihem. Za cenu obstojné psychiatrické diagnózy bylo lepší mít invalidní důchod, než být uvězněn. Poslední dekádě Husákovského a Brežněvovského vývoje komunismu u nás ustoupili politickému tlaku i naši psychiatři, ale jen v tom smyslu, že umožnili několikadenní hospitalizaci v psychiatrických léčebnách rizikovým jedincům při státních návštěvách a významných výročích. V období totality vznikla rozsáhlá síť obvodních psychiatrických ambulancí.(5)

## **2.2 Období od r. 1989 do současnosti**

Porevoluční vývoj přinesl v některých situacích v psychiatrii změny. Došlo ke změnám a oslabení morálního hodnocení a etických hodnot. Otevřel se prostor k diskusi, přesnějšímu stanovení etických norem a průniky etiky do celého zdravotnictví, což zvláště uvítal obor psychiatrie. Zdravotní péče se stala ekonomicky náročnější a psychiatrická terapie byla rozšířena o nové a dražší léky. To však zkomplikovalo lékařům situaci v předepisování léků, protože z ekonomických důvodů nemohou všechny novější léky předepsat všem pacientům v neomezené míře. Zákon

sice lékaři nařizuje poskytnout veškeré léčebné prostředky v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, ale ve zdravotnictví je důsledná aplikace této zásady ekonomicky neúnosná. V psychiatrických léčebnách i na psychiatrických odděleních se podstatně snížil počet lůžek. Tato snaha, která v minulých 20 letech vyznívala naprázdno, vystřídala i snížení psychiatricky nemocných. Ta se týkala hlavně osob se závislostmi a s komplikacemi vyplývajícími ze závislostí. Dříve toto povinné léčení osobám závislým na alkoholu a drogách nařizoval Okresní národní výbor. V letech 1991 až 1993 prudce klesl počet nedobrovolných přijetí k přijetí dobrovolným. Ve srovnání s evropskými státy bylo přijetí bez souhlasu v ČR podstatně nižší. Pokud je přijetí do léčeben nedobrovolné, rozhoduje o detenci nyní soud, a to v souladu s Listinou základních práv a svobod. Dále byly ustaveny komise, které přešetřovaly a hodnotily situaci, kdy v minulosti byla psychiatrie zneužívána z politických důvodů. Celkem bylo prošetřeno 43 podnětů v Praze a 30 v Brně. Až na 1 případ nebyl shledán nesprávný postup.(6)

O psychiatrických poruchách se začalo více hovořit, stigmatizace psychiatrie byla na ústupu. Sdělovací prostředky a novináři se často a rádi ujímali zvláště případů atraktivních a aktuálních, čímž mnohdy až nekriticky přeceňují možnosti psychiatrie a propagují jakýsi kult všeléčitelnosti. K největším a nejpříznivějším změnám od roku 1989 v psychiatrii je zmenšení její tajemnosti, humanizace oboru a izolace od ostatních lékařských oborů. Došlo k otevření dialogu s nemocnými, k omezení nerovnoprávného vztahu mezi pacienty a zdravotníky a zahájení kritických diskuzí o právech psychiatricky nemocných a etických pravidlech a formování etických kodexů pro nemocné vůbec. Otevření dialogu mělo ale i svou druhou stranu, kdy se začala psychiatrie a její terapeutické postupy značně kritizovat. Mezi organizace, které organizují proti psychiatrii systematické a nenávistné útoky patří scientologové. Téměř nikdy se léčení psychiatricky nemocných nevěnovali, ale vyhýbají se diskuzím a argumentačním střetům, hrubě zkreslují fakta a překrucují je. Jejich průnik do informačních médií je ale důrazný.(7)

### 2.3 Mezinárodní projekt Eunomia

Projekt Eunomia probíhal v letech 2002-2006. Zabýval se používáním omezovacích opatření v psychiatrii. V rámci projektu byla věnována pozornost také problematice vnímání omezení a nátlaku při přijetí, během hospitalizace a při propuštění z psychiatrie. Výzkum se soustředil na užívání omezovacích prostředků ve 12-ti zemích Evropy. Z České republiky se projektu účastnily Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou v PL v Bohnicích. Aby byla situace dostatečně zmapována, byl komisí vytvořen dotazník, který mapoval situaci v rámci celé České republiky. V dotazníku bylo několik otázek, zajišťujících obecnou praxi nedobrovolného přijetí a ostatními otázkami týkajícími se omezovacích prostředků. Dotazník vypracoval tým, který se zabýval projektem Eunomia. Dotazník byl rozeslán v roce 2004 padesáti lůžkovým zařízením pro dospělé v ČR. Předmětem dotazu bylo zkoumání a probíhání oznámení o nedobrovolné hospitalizaci v PL s duševní poruchou, který byl přijat bez svého souhlasu. Dalším dotazem bylo, zda mají nedobrovolně přijatí pacienti povolené vycházky. Šetření komise se také zabývalo otázkou, zda mají léčebny vypracované směrnice, nebo postupy podle kterých se řídí při zacházení s omezovacími prostředky. Dále je zajímavé, jestli mají v léčebnách nějaké razítko nebo formulář, které užívají v léčebnách při používání omezovacích prostředků. Otázky se týkaly také omezení pacienta v pohybu a aplikace neklidové medikace. V závěru měli dotazovaní prostor, aby se vyjádřili, jaký omezovací prostředek jim přijde nejvíce přijatelný pro používání omezení neklidných pacientů. Zařízení také předložili formuláře a směrnice, které používají při omezování pacientů.

V závěrečném hodnocení bylo zjištěno z jednoduchého dotazníkového průzkumu, že přestože se léčí stejní pacienti v různých zařízeních, jejich postupy při používání omezovacích prostředků se značně liší. V některých zařízeních se drží směrnice či léčebných postupů, jinde se odvíjí od vlastních zkušeností zařízení psychiatrických oddělení. Jako hlavní problém týkající se omezovacích prostředků dotazovaní v ČR označili jednoznačně zoufalý nedostatek personálu, hlavně mužského. Dále jako problém označili, že na psychiatrických zařízeních je personál nedostatečně proškolen v oblasti zvládnutí akutních neklidů na odděleních psychiatrie. Většina dotazovaných ale obhajovala jednoznačnou potřebnost používání omezovacích opatření.(8)

## **3 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII A JEJICH APLIKACE**

### **3.1 Definice omezovacích prostředků**

Omezovacími prostředky v psychiatrii rozumíme terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta.

#### **3.1.1 Obecné zásady používání omezovacích prostředků**

Používání omezovacích prostředků má v psychiatrii své nezastupitelné místo i když jejich použitím zasahujeme do lidských práv a svobod. Mělo by být řešením až v krajní nouzi, když jsou vyčerpány všechny ostatní dostupné nerestriktivní opatření. Používání omezení u pacientů musí mít vždy vyšší přínos použití, než jeho rizika. Používání z edukačních důvodů je možné pouze u pacientů v dětských domovech a v dorostovém věku. Jinak je jejich používání vždy možné jen z důvodů terapeutických. Nikdy se jejich používání nesmí zneužít k usnadnění péče, nebo při odstraňování příčiny nevhodného chování pacienta. Důvodem k omezení pacienta je jeho stav kdy bezprostředně ohrožuje sebe a své okolí a proto je vždy důležité, aby byl přesně popsán důvod, pro který se pro omezení rozhodujeme. Velký význam mají také okolnosti při kterých násilné chování vzniká. Agresivitu pacienta může zhoršit např. nedostatek personálu na oddělení, tito pacienti mají většinou větší respekt z mužů, kterých je ve zdravotnictví zatím nedostatek a tím spíše na odděleních psychiatrie. V prevenci proti takovým situacím na oddělení můžeme předejít např. výcvikem personálu, vhodnou supervizí a v neposlední řadě zlepšováním prostředí .

Pokud jsou omezovací prostředky použity, musí to být způsoben co nejšetrnějším a nejméně narušujícím pacientovo důstojnost. Jejich aplikace musí být jen na dobu nezbytně nutnou a o jejich použití rozhoduje vždy lékař. Vyskytují se i výjimečné případy, které vyžadují neodkladné řešení a v takovém případě může o omezení rozhodnout SZP. Musí ale lékaře neprodleně o vzniklé situaci informovat, aby mohl v co nejkratší době potvrdit správnost rozhodnutí sestry, případně zvolit jiný postup. Na každém oddělení musí být vypracován postup, podle kterého se zajistí dostatečný počet personálu, který slouží k rychlému a bezpečnému zvládnutí vzniklé

situace. Personál by měl být alespoň jedenkrát za rok proškolen v oblasti používání omezovacích prostředků a zvládnání pacientů při náhle vzniklém neklidu a agresi. Pokud je ke zklidnění pacienta použít fyzického nátlaku, měl by se ošetrovatelský personál vyvarovat používání bolestivých hmatů či neprofesionálních postupů. Personál musí omezení provést co nejrychleji, aby se pacient zbytečně nestresoval a situace pro něj byla co nejméně zatěžující. Pacienta je vhodné umístit mimo dosah ostatních pacientů, ale samozřejmě dle možností zdravotnického zařízení.

Pacienti, kteří jsou přijímáni na oddělení psychiatrie, by měli být v oblasti aplikace omezovacích prostředků informováni již při příjmu na uzavřené oddělení. Každý pacient musí být s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav informován o omezení. Pokud to jeho současný stav neumožňuje, musí být informován o tomto terapeutickém postupu dodatečně. Po celou dobu omezení musí mít pacient veškerý komfort a musí mít zajištěnu zvýšenou ošetrovatelskou péči. Zdravotní personál je zodpovědný za komplexní ošetrovatelskou péči a je zodpovědný za správné provedení omezení. Ukončení omezení je opět v kompetenci lékaře nebo i SZP, který lékaře bezprostředně informuje. Po ukončení omezení péče o pacienta nekončí, ale pacient musí být neustále zvýšeně sledován, aby bylo možno rychle reagovat na případné komplikace somatického či psychického stavu, který plyne z předchozího omezení.(9)

## **3.2 Druhy omezovacích prostředků**

### **Fyzické omezení pacienta v pohybu**

Účelem a cílem takového omezení je zabránit nemocnému v sebepoškozování a v ohrožení druhých osob a v poškození věcí. Za fyzické omezení pacienta považujeme: manuální fixaci, fixaci za použití ochranných pásů a kurtů, umístění pacienta v izolační místnosti, umístění pacienta v síťovém lůžku. Za fyzické omezení pacienta nepovažujeme: pobyt pacienta v síťovém lůžku a v izolační místnosti v případě, že nejsou uzavřeny, fixace v křesle pro udržení stability, připoutání končetiny při aplikaci infúze, upevnění zábran v lůžku.

- a. **Omezení pacienta v lůžku**- je krátkodobé omezení v lůžku kdy se pacientovi fixují pomocí popruhů horní a dolní končetiny. Cílem této fixace je:-zabránění sebepoškození pacienta, zajištění bezpečnosti ostatních pacientů a zdravotnického personálu, zabránění poškození majetku, vytvoření podmínek pro zahájení terapeutického procesu.
- b. **Terapeutická izolace** – znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení jeho umístěním v samostatné místnosti k tomu určené. Cílem tohoto omezení je zajištění bezpečnosti pro pacienta, zajištění dodržování léčebného režimu, zajištění klidu a bezpečnosti pro ostatní pacienty eventuelně pro návštěvy.
- c. **Sít'ová lůžka** – speciální lůžko, které je uzamykatelné a je opatřené ze všech stran včetně stropů sítí. Je to omezení volného pohybu pacienta ve speciálním lůžku se sítí. Cílem je zabránit poranění či poškození pacienta, zabránit poškození majetku, zabránit poranění ostatních pacient, personálu, návštěv.
- d. **Ochranný kabátek** – toto opatření je využíváno jen zřídka. Své uplatnění má spíše při projevech sebepoškození jako je např.škrábání obličeje, poškozování očí, vytrhávání vlasů apod. Tento způsob předchází použití omezení při volném pohybu pacienta nebo při transportu nemocného na vyšetření.
- e. **Manuální fixace** – jedná se o situaci, kdy ošetřovatel brání pacientu v pohybu, přičemž většinou následuje podání uklidňující medikace. Tento způsob omezování pacienta není v České republice příliš rozšířený. Vyžaduje speciální výcvik, při kterém se pacientovi znemožní pohyb, ale zároveň mu nesmí způsobit zranění. Spočívá v osvojení různých hmatů, je velmi rozšířen např. ve Velké Británii.
- f. **Podání medikace** bez souhlasu nemocného – tento způsob je velmi diskutabilní, protože nelze charakterizovat, jestli se jedná o prostředek omezující nebo léčebný.
- g. **Přijetí nemocného** bez jeho souhlasu do ústavní péče – je povinností každého zdravotnického zařízení tuto skutečnost oznámit soudu do 24 hodin, neprojeví s ústavní péčí souhlas. Soud posuzuje zda přijetí pacienta proběhlo v souladu se zákonnými důvody, jednak přípustnost dalšího držení občana ve zdravotnickém



zařízení. V takovém případě určí soud lékaře, znalce v oboru psychiatrie, který nemůže být lékař pracující ve stejném zdravotnickém zařízení. Rozsudek musí být hotový do třech měsíců od převzetí do péče bez souhlasu a soud rozhodne zda je další držení občana přípustné a na jak dlouhou dobu.

### Komplikace spojené s užitím omezovacích prostředků

- Poranění členů personálu v průběhu omezování
- Poranění pacienta způsobené utažením popruhů či nedostatečným vypodložením nebo nedostatečnou kontrolou ošetřujícím personálem. Zde se může jednat o poruchu prokrvení, vznik trombozy, odřeniny, poruch inervace. Dále může dojít k prochladnutí pacienta v důsledku špatného zajištění optimálního tepelného komfortu. Komplikace, které plynou z nedostatečné ošetrovatelské péče, např. dehydratace a vznik dekubitů.
- Psychická traumatizace pacienta, která vyplývá z jeho omezení
- Poranění pacienta umístěného v terapeutické izolaci, např. cizím předmětem, které je způsobené nedostatečnou kontrolou při umístění pacienta do této izolace.

Pokud se při použití omezení pacienta vyskytnou nějaké komplikace, i přes veškerou ošetrovatelskou péči, je nutné je řádně zdokumentovat a informovat o nich lékaře a přijmout opatření k jejich řešení.(10)

### **3.3 Právní legislativa omezovacích prostředků**

Výrazným zásahem do osobní svobody pacienta je používání omezovacích prostředků. V českém právním řádu omezení osobní svobody pacienta upravují následující normy:

- zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

- úmluva o lidských právech a biomedicíně
- listina základních práv a svobod
- věstník ministerstva zdravotnictví 7/2009

Pobyt v zařízení poskytující psychiatrickou péči upravuje vícero právních předpisů různé právní síly. V ústavní rovině listina základních práv a svobod garantuje základní práva a svobody i pacientům psychiatrických léčeben. Nedotknutelnost osoby je ustanovena v článku 7 LZPS a speciálně dále v článku 10 LZPS. Osobní svoboda člověka je zaručena v článku 8. přípustnost psychiatrické detence za zákonem stanovených podmínek je stanovena v článku 8 odst. 6. ve 4. hlavě LZPS označené jako hospodářské, sociální a kulturní právo je ve článku 31 garantováno, že každý má právo na ochranu zdraví.

Situace, kdy lze za stanovených podmínek poskytovat zdravotní péči i bez souhlasu pacienta je výjimečná, a takové podmínky takového postupu stanovuje pouze zákon. Nucená hospitalizace neboli detence může být nařízena bez souhlasu pacienta v případě, že jeví pacient známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí.(10)

### **3.4 Používání omezovacích prostředků v zemích EU**

V porovnání s ostatními zeměmi EU zaostává ČR nejvíce v počtu personálu na odděleních psychiatrií. V porovnání s Itálií mají Čechy několikanásobně méně personálu. Index zdravotnického personálu v Itálii na jedno lůžko je 2,0 zatímco u nás 0,6. Omezovací prostředky nesmí být používány proto, že je v psychiatrických léčebnách nedostatek personálu, přičemž by při jeho dostatečném obsazení měl zajistit pacientovu ochranu. Restriktivní opatření zákon v EU zakazuje, ale je možné tyto prostředky použít v situaci při které jde o bezprostřední ohrožení života, či zdraví. Země EU mají především zákon o duševním zdraví, který mimo jiné stanovuje podmínky při užívání omezujících prostředků a další příslušné prováděcí předpisy.

V jednotlivých zemích je však praxe značně odlišná, v určitých zemích nepoužívají síťové lůžka, o to více používají kurtování pacientů a léčiva. Lékař se radí se sestrou o vhodně zvoleném postupu, ten pak oznámí pacientovi pokud je schopen tuto informaci vstřebat , a informují i rodinu. Pokud všichni s tímto postupem souhlasí, vše se zaznamená do složky pacienta , která je digitálním archivem veškerých shromážděných údajů o pacientovi. V této podobě se zaznamenávají veškeré změny týkající se pacienta,

tudíž je vše dohledatelné a nemůže dojít ke zneužití. Při používání omezovacích prostředků se vždy postupuje od těch nejměkčích prostředků. Omezovací prostředky se používají i v Nizozemsku, kde používají izolační místnosti s trvalou monitorací kamer, zřídka používají i lůžka síťová na odděleních geriatrií z důvodu bezpečnosti starých lidí. V Nizozemí se nepoužívají fixační pásy. Přímo naopak je tomu ve Švédsku, kde zakazují izolace a používají naopak fixační pásy. Ve srovnání s Českou republikou, která používá síťová lůžka jen velmi sporadicky, izolace méně než v Holansku a více se u nás používá kurtování pacientů. V léčebnách v ČR se často používají v poslední době kurty magnetické, které jsou při aplikaci na pacienta složitější při manipulaci, ale lépe pacienta fixují a jsou z měkkého materiálu, tudíž i k omezenému pacientovi šetrnější.(11)

## 4 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PRAXI

### 4.1 Indikace k omezení pacienta

V psychiatrii jsou situace, kdy se v mimořádných případech musí přistoupit k restriktivním postupům za účelem fyzického omezení pacienta. V případech, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní vůči sobě a okolí a může tím dojít i k jeho sebepoškození, a není-li možné tuto situaci zvládnout jiným způsobem, je možné přistoupit k restriktivním postupům. Protože tyto metody však vážně zasahují do osobní svobody pacienta, musí se dodržovat zásady, kterými se předchází rizikům vzniku komplikací. Indikací těchto metod musí být vždy stav pacienta takový, jež bezprostředně ohrožuje jeho samotného nebo jeho okolí. K nejčastějším stavům v psychiatrii, které svým chováním mohou ohrozit sebe nebo své okolí, můžeme zařadit tyto stavy.

Psychosy, kdy nemocný reaguje na halucinace a bludy. Sebevražedné pokusy, které bývají nejčastější u depresivních či psychotických pacientů. Stavy po intoxikaci léky, drogami, alkoholem.

Abstinenční syndrom, stavy po prodělaném epileptickém záchvatu, pacienti na gerontopsychiatrických odděleních s dg. demence. mezi tyto stavy, které jsou špatně zvládnutelné se v PL vyskytují u dospělých i u dětí.

Velkou skupinou dalších pacientů jsou gerontopsychiatrickí pacienti. Lékaři zde indikují síťové lůžko většinou na noc, kdy pacienti většinou přes den pospávají a poté v noci vyvíjejí neuvěřitelnou aktivitu, kterou často doprovází úrazy s fatálními důsledky.

Další skupinou pacientů na psychiatrii, kde má síťové lůžko také své uplatnění, je ošetřování mentálně postižených pacientů. „Izolace“ v síťovém lůžku je zcela bezpečně zklidní, aniž by byly použity psychofarmaka, které se neobejdou bez nežádoucích účinků.

Objevují se také pacienti, kteří si sami vyžádají umístění v síťovém lůžku na vlastní přání. Pokud se nenabízí jiná alternativa, je toto omezení jednou z možností zklidnění bez vedlejších nežádoucích účinků. (10)

## **4.2 Standardní ošetrovatelské postupy pro používání omezovacích prostředků v praxi**

Aplikace omezovacích prostředků je vždy v kompetenci lékaře, který tento postup posuzuje a ordinuje. Jsou i situace takové, kdy o omezení pacienta musí rozhodnout sestra. Jsou to případy, kdy je situace stavu nemocného tak závažná, že by mohlo dojít k vážnému poškození pacienta nebo jeho okolí. I v této situaci musí sestra v co nejkratší době lékaře informovat, a ten musí rozhodnutí sestry posoudit, zhodnotit nevyhnutelnost zvoleného postupu nebo eventuelně zvolit variantu jinou. Pro bezpečnost a rychlost zákroku je ale i nutností zajištění dostatečného počtu personálu. Na každém oddělení by měl být vypracován standardní pracovní postup, podle kterého se personál řídí.

Omezení pacienta musí být provedeno tak, aby bylo pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující. Vhodné je umístit pacienta mimo ostatní. O používání omezovacích prostředků by měl být pacient informován již při přijetí do zdravotnického zařízení na uzavřená oddělení. Pokud je pacient hospitalizován na psychiatrii dobrovolně a jeho stav se zhorší natolik, že je nutno použít omezující prostředky, je nutno změnit hospitalizaci na nedobrovolnou, o které rozhoduje soud, který zahájí detenční řízení. Po celou dobu omezení pacienta je nutné věnovat pacientovi zvláštní pozornost a zvýšenou ošetrovatelskou péči.

Zodpovědnost za správné provedení omezení péče o nemocného má zdravotní sestra. Při používání těchto postupů není omezen přístup návštěv. Povinností oš.personálu je řádná edukace návštěvy, které musí být tento postup řádně vysvětlen. Návštěva musí akceptovat omezovací opatření i přítomnost ošetřujícího personálu v době její přítomnosti. O ukončení omezení rozhoduje lékař nebo zdravotní sestra, lékař musí být neprodleně informován.

Nedílnou součástí v péči o neklidné pacienty a používání restriktivních postupů je proškolení personálu 1x ročně. Obsahem tohoto školení by mělo být včasné rozpoznání rizik, přístup k těmto pacientům, zvládnání rizikových situací, užití fyzického omezení. Tato školení by měla být prováděna formou seminárních školení a auditů na každém oddělení (12)

### **4.3 Vedení dokumentace omezovacích prostředků**

Vše, co souvisí s užíváním omezovacích prostředků, musí být stručně, přehledně a srozumitelně zdokumentováno. Dnešní dokumentace je ve většině zdravotnických zařízení, která spadají pod krajské úřady, či přímo pod ministerstvo zdravotnictví v elektronické formě. Dokumentace musí být vedena přehledně, zápisy musejí být objektivní a popisné. Zápisy v dokumentaci musí obsahovat: čas počátku omezení pacienta, objektivní popis stavu pacienta, který vedl k jeho omezení, průběžné zápisy o sledování pacienta, zápisy o provádění ošetřovatelských intervencí ( hygiena, vyprazdňování, příjem potravy a tekutin ), záznam o návštěvách pacienta a čas, kdy bylo omezení přerušeno nebo ukončeno.

Používání omezovacích postupů by mělo mít řádnou evidenci. Evidence má velký význam pro možnost vyhodnocování a srovnávání četnosti používání omezovacích prostředků na různých pracovištích, respektive hledání cest k omezení četnosti aplikace těchto metod. Ve srovnání s dřívější dokumentací omezovacích prostředků je nyní tato elektronická podoba přehledná a není možno ji zneužít. Dřívější dokumentace byla zcela nevyhovující. (9)

### **4.4 Ošetřování neklidného a agresivního pacienta**

Zvýšenou pohybovou aktivitu přecházející od mírných forem jako je gestikulování, přešlapování, podupávání, kdy jedinec bez určeného cíle pobíhá sem a tam a aktivně zasahuje do okolí nazýváme neklid. Může se projevit až násilným chováním. Násilné chování je často spojené s nepřátelským afektem, za použití síly vůči lidem nebo předmětům. Sestra se na psychiatrických odděleních s větší pravděpodobností setká s různými typy agrese, než na jiných odděleních. Agrese, pocity nenávisti a vzteku často doprovázejí afekty hněvu a mohou vést i k fyzickému zranění zdravotníka, nebo jiného pacienta popřípadě zničení nejrůznějších předmětů.

Ošetřovatelská péče o neklidného a agresivního pacienta je vždy náročná, proto již při příjmu na oddělení je nutné, aby sestra získala při prvním kontaktu co nejvíce informací. Přijetí na oddělení může být někdy i dramatické..Pacient může být dopraven na oddělení např. spoutaný v doprovodu policie. Čím více se sestra o pacientovi dozví, tím lépe pro ni. Informace získá jak z doporučení praktického lékaře, tak z překládové zprávy, nebo ze zprávy o výjezdu RZP. Pokud má sestra pocit, že pacient začíná být

neklidný, že hrozí riziko napadení, je nutné zvolit vhodný přístup k nemocnému. Není vhodné být s pacientem sama v místnosti, nebo s ním o samotě hovořit. Členové zdravotnického týmu by měli být vždy na blízku. Sestra by měla k pacientovi zaujmout takovou polohu, která pro něj není ohrožující. Nejlépe je s pacientem hovořit čelem i když si sestra při vzájemném kontaktu stále udržuje odstup. Při rozhovoru používá krátké a srozumitelné věty, během pohovoru se ujistí, zdali jí pacient dobře rozumí. Sestra nesmí být naléhavá, nepouští se do žádných konfrontací s pacientem by si dle možností měla najít společnou řeč. Musí z nás cítit jistotu a podporu, jsme k pacientovi zdvořilí, nevystupujeme jako suveréni, kteří jsou všemocní.

Dojde-li k vyhrocení situace a pacient je neklidný, je zapotřebí mu podat lék. Vysvětlíme pacientovi, proč mu lék chceme dát. Je pro něj lepší, když ho sám spolkně, než když je mu aplikován intramuskulárně. I tato aplikace v něm může vzbudit nedůvěru. Pokud situace nabírá obrátek a je vyhrocena tak, že se pacient stává nebezpečný sobě i svému okolí a jsou vyčerpány všechny terapeutické možnosti, ke zklidnění je nutné použít omezení pacienta. Pro zvládnutí takto vzniklé situace je zapotřebí zajistit co největší počet personálu, předejdeme tak komplikacím které mohou nastat a tím je poranění pacientů a personálu. Pokud dojde k poranění, musí být podrobně zdokumentováno. Aplikace psychofarmak je součástí zvládnutí neklidného pacienta. Vždy musí být pacient edukován o účincích podávaných psychofarmak. Omezení se používá vždy jen na dobu nezbytně nutnou. O jeho aplikaci i ukončení rozhoduje lékař, ve výjimečných případech může rozhodnout SZP. Použití omezovacího prostředku musí být výkonem profesionálním, nikoliv potrestání pacienta, nebo demonstrativní fyzická převaha.

Péče o neklidné a agresivní nespolupracující pacienty je jedním z mnoha specifík práce sestry na psychiatrii. Během své praxe se zdravotnický personál setkává s řadou komplikovaných situací. Je zapotřebí velké zkušenosti, jak teoretických tak i praktických a záleží na schopnostech sestry, jaký zvolí postup při agitovanosti pacienta. Není možné podat jednoznačný návod jak takovéto situace řešit a velmi záleží na profesionálním vystupování sestry, ne které je vždy rozhodnutí jaký způsob péče s neklidným a agresivním pacientem zvolí.(10)

## 4.5 Využití edukace v psychiatrii

Na psychiatrických odděleních se hospitalizovaní pacienti často nacházejí v nové životní situaci, kterou se musí naučit řešit. Musí přijmout fakt, že jsou nemocní a častou budou muset změnit svůj životní styl. Je velice důležité, aby pacienti věděli co nejvíce o svém onemocnění, o léčbě, o přibližné délce hospitalizace, ale nejen oni, ale také jeho rodina, která by nemocnému měla být oporou. Je důležité, aby edukátor získal co nejvíce informací o nemoci a mohl potom s přehledem o všem informovat i ostatní. Tuto roli edukátorky zaujímá ve většině nemocničních zařízeních právě sestra. Úkolem sestry je, aby nemocnému dokázala vysvětlit, že i při diagnostikované duševní poruše se nestává nemožným, ale může dále prožívat plnohodnotný život. Měla by být schopna vysvětlit nutnost pravidelného užívání psychofarmak, čímž předejdou opakovaným hospitalizacím na odděleních psychiatrie.

Edukace je vlastně procesem vzdělávání a výchovy, a je používána jako důležitá součást profesionality sestry. Edukace je součástí ošetrovatelského procesu, jehož cílem je zlepšení kvality života nemocného. Je považována za nevyhnutelnou složku v péči o chronické nemocné. Sestra začíná s edukací již při prvním kontaktu s pacientem, kdy při odebírání ošetrovatelské anamnézy pacienta seznamuje s právy pacientů, s řádem oddělení, s možnostmi prováděných výkonů, s chodem a vybavením oddělení atd. Měla by dodržovat určité zásady, bez kterých edukaci nelze provádět. Sestra musí pacienty plně respektovat, a umožnit jim, aby žili, tak jak chtějí. Má také, ale určité povinnosti, a musí pacientovi sdělit, že je nutná změna jeho chování. To bohužel obzvláště na oddělení psychiatrie není mnohdy lehký úkol. Sestra se občas ocitne v situaci, která je velmi složitá, ale přesto ji musí zvládnout.

Přístup k psychicky nemocným pacientům je mnohdy náročný již v tom, že pacienti často nechtějí spolupracovat se zdravotnickým personálem, a nechtějí se podrobovat režimu oddělení. Často pacienti zapomínají na to, že mají sice svoje práva, která jsou ve všech směrech plně respektována, ale na druhé straně jsou i povinnosti, které musí i oni dodržovat. Duševní onemocnění často pacientům naruší jejich úsudek a tím i kritičnost a jejich chování. Proto je práce na odděleních psychiatrie velmi náročná a vyžaduje velké sebeovládání. Přesto-že prestiž sestry z psychiatrie za ostatními obory značně pokulhává, opak je ale pravdou. (13)

Ošetrování nemocných na oddělení psychiatrie vyžaduje značné umění v přístupu k pacientovi, a zahrnuje schopnost sestry udržet si k pacientovi vřelý hřejivý vztah, ale



zase ne příliš blízký. Sestra by měla umět pacienta zbavit strachu a zajistit mu pocit bezpečí a jistoty. Správná edukace vede ve většině případů k uklidnění nemocného a k získání správného náhledu na onemocnění. Velmi důležitou roli zde hraje i edukace rodiny nemocného. Rodinám je nutno poskytnout informace o nemoci a pomoci jim přizpůsobit se režimu a životu s duševně nemocným člověkem.

Při správně vedené edukaci se zabrání psychickému a sociálnímu poškození pacienta, dále se snižuje počet opakovaných hospitalizací, zabrání vyřazení pacienta z plnohodnotného uplatnění ve společnosti, odstraňuje izolaci duševně nemocného a má vést k uspokojivému rodinnému zázemí. Závěrem lze tedy konstatovat, že i správná edukace pacienta a jeho rodiny má v ošetřování psychicky nemocného své nezastupitelné místo. (13, 21)

## 5 PRÁCE SESTRY NA ODDĚLENÍ PSYCHIATRIE

Práce sestry na oddělení psychiatrie je zcela odlišná od práce na jiných odděleních. Kvalitu ošetrovatelské péče zde více než v jiných oborech ovlivňuje osobnost sestry. Sestra musí umět čelit náročným situacím, proto se od ní vyžaduje citlivý a empatický přístup. Je nutné, aby se uměla dostatečně ovládat a uměla zachovat neutrální přístup k pacientům. Vysoký nárok je na přizpůsobení ošetrovatelské péče o klienta, který neumožňuje zachovávání určitého stereotypu v určitých situacích. Sestra na psychiatrii by měla dobře znát symptomatologii duševních poruch, přičemž její neznalost by mohla mít vážné chyby v přístupu k nemocnému. Sestra si udrží potřebný odstup, pokud správně posoudí pacientovo chování. Neméně důležité je získávání údajů od nemocných mezi které patří metody rozhovoru a metoda pozorování. Zvládnutí efektivní komunikace, správného kladení otázek, umění naslouchat a dát pacientovi prostor, aby vyjádřil své pocity, vede ke správně odebrané anamnéze, která je velkým předpokladem ke správně zvolenému ošetrovatelskému postupu. Velmi důležité také je, aby sestra znala účinky psychofarmak. Protože tyto lékové skupiny mají řadu specifíků jako je například kumulace léčiva v organismu, nebo nástup účinku.

Sestra musí vést pacienty k samostatnosti, aby přecházela vzniku hospitalismu ve zdravotnickém zařízení. V ošetrování nemocných musí znát nové metody v ošetrování nemocných, neboť je v průběhu hospitalizace nutné volit vhodný model ošetrovatelské péče. Mezi činnostmi, které vykonává sestra na psychiatrii také patří: edukuje nemocné v oblasti duševního zdraví, zapojuje se do jejich resocializace a tím předchází hospitalismu, umí se orientovat v právní problematice, umí asistovat při specifických výkonech, účastní se psychoterapeutických aktivit, sleduje nemocné a jejich chování, podává psychofarmaka a sleduje jejich účinek. (10)

## 6 DISKUSE

Ve své práci jsem se zabývala používáním omezovacích prostředků v psychiatrii. Toto téma jsem si vybrala, protože je v poslední době tématem velmi diskutovaným nejen mezi zdravotníky, ale hlavně mezi laiky. Důsledkem nedostatečné informovanosti laické veřejnosti vzniká negativní postoj k omezovacím prostředkům a jejich používání v psychiatrii. Tato problematika zasahuje i do historie, kde byly tyto prostředky používány mnohem razantněji a s nemocnými se zacházelo někdy až nelidským způsobem.

Psychiatrie má v naší republice nízký status. V očích veřejnosti je příliš zatížena stigmatem, jehož důkazem je skutečnost, že mezi ostatními medicínskými obory stále jakoby zaostává. Nic na tom ale nemění skutečnost, že lékaři psychiatrie se snaží pro své pacienty udělat co mohou. Typické lůžkové oddělení na psychiatrii má zhruba 20 – 40 lůžek. Práce na takovém oddělení je velmi náročná a bylo by krásné, kdyby každý pacient ležel či seděl na určeném místě a moc toho nepožadoval. Opak je ale pravdou. Na odděleních psychiatrie se stále častěji setkáváme s neklidem a agresivitou, která jak je známo může propuknout i u pacienta zcela klidného, který třeba navštěvuje pracovní terapii, klidně hovoří s lékařem, zdravotním personálem a psychology. U takového pacienta je velmi obtížné rozeznat a předvídat jeho agresivní jednání. Zásadní význam v péči o psychiatrického pacienta je kvalitně prováděné pozorování nemocného, ke kterému patří vyhodnocování jeho projevů a samozřejmě sem patří i profesionální práce zdravotnického personálu. Formy agrese mohou být různé. Nejnebezpečnější je agrese zaměřená proti věcem, lidem a sobě. Cíle agrese jsou tedy různé. V dnešní moderní populaci přibývá lidí, kteří se s agresivitou již setkali. Agresivní chování u mladých lidí je dnes snad běžnou součástí života. Životní styl jim dnes přímo nahrává státi se agresivními. Vždyť mnohé případy napadení vznikají již na půdě základních škol, běžné bývá napadení učitelů. V mnoha případech rodiče na své děti nemají čas a ti se pak ve své volné chvíli věnují činnostem, které v nich postupem času agresi mohou vyvolat. Ve většině případů jsou mladiství závislí na drogách a alkoholu poměrně dosti brzo. Rodiče často tyto problémy bagatelizují a začínají je řešit až v době, kdy už je hospitalizace na psychiatrii nevyhnutelná.

Agresivní projevy u pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních se ale stále zvyšují. Mezi oběti patří většinou zdravotníci. Tzv. psychoza se může u pacienta projevit kdykoliv při běžných denních činnostech. Výjimkou není ani akt, kdy sestra

pacientovi podává léky, které on zrovna nechce. Některé situace jsou tak vyhocené, že se musí přistoupit k restriktivním postupům, které jsou neustále trnem v oku laické veřejnosti. Pracuji na psychiatrii již 12 let a před tím jsem si nedovedla práci na psychiatrii vůbec představit. Jako naprostý laik jsem ani já nebyla dostatečně informována o této problematice.

Postupně jsem prošla různými typy oddělení, kde se omezovací prostředky používaly. Ať šlo o oddělení gerontopsychiatrie, oddělení příjmové nebo oddělení s problematikou mentálních retardací. Každý typ pacientů vyžaduje specifický přístup jak v ošetrovatelské péči, tak i v omezení. I zde měly tyto prostředky své opodstatnění a zvládnout agresivního pacienta by bez nich v mnohých případech nebylo možné. Na odděleních gerontopsychiatrie se síťová lůžka používala většinou na noc. Pacienti tak byli v bezpečí a nebyli ohroženi komplikovanými zraněními jako v dnešní době, kdy se síťová lůžka z oddělení psychiatrií téměř až na nějaké výjimky zrušila. Pacienti, kteří přes den pospávají v křeslech, nebo na lůžkách jsou v noci velmi aktivní a často během noci slézají z lůžek a ve většině případů si způsobí nějaké zranění. V lepším případě si třeba zlomí ruku, nebo si udělají nějaké tržné rány na těle, v tomto věku je kůže velice jemná a citlivá. Tím horším případem jsou fraktury femuru, která ve většině případů může skončit tím nejsmutnějším a tím je smrt.

I na odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti s mentálním postižením je občas nevyhnutelné použití omezovacích prostředků. Takto postižení pacienti jsou mnohdy velmi nebezpeční sobě i svému okolí natolik, že se použití těchto prostředků není možné vyhnout. Dokážou se v některých případech sebepoškozovat natolik, že by laická veřejnost určitě nevěřila, že k takovým případům může v dnešní době ještě docházet.

Dalším typem oddělení na psychiatrii jsou oddělení příjmová. Zde je práce s pacienty opravdu velmi náročná a vyžaduje od personálu velké zkušenosti. Nemohou zde pracovat mladí nezkušení zdravotníci, protože práce zde vyžaduje od personálu určité znalosti a zkušenosti z oboru psychiatrie, které se týkají hlavně zvládnání situací kdy je pacient agresivní a je nebezpečný jak sobě, tak i okolí. Ve většině případů přiveze na oddělení pacienta policie, ten se hospitalizaci brání, nechce se léčit, je agresivní, verbálně neusměrnitelný, napadá personál slovně, nebo vyhrožuje, že si něco udělá, nebo něco rozbije apod. Toto všechno jsou stavy, které musí sestra na psychiatrii zvládnout. Jsou zde hospitalizováni i pacienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou se kterými je někdy spolupráce opravdu náročná. Ve většině případů jsou pacienti přijímáni v ebrietě, nebo pod vlivem psychoaktivních látek, tudíž mají nedobrovolnou

hospitalizaci. U těchto pacientů vznikají často psychotické poruchy, které jsou charakteristické bludy, halucinacemi, psychomotorickým neklidem, vztahovačností a abnormálními emocemi. Ošetrovatelská péče o takto neklidné pacienty je jak psychicky, tak i fyzicky náročná. Nedovedu si v některých případech zvládnutí vyhocené situace představit bez restriktivních postupů. Na těchto odděleních k těmto situacím dochází poměrně často a dochází i k napadení personálu, který nemá moc možností jak se před takovými pacienty chránit.

Vždyť i my jsme jako malé děti spávali v síťových postýlkách, které nám bránily proti pádu a zranění. Zrovna tak je to i v případě starých gerontopsychiatrických pacientů, kteří jsou mnohdy postižení demencí natolik, že ani neví kde jsou, nepoznají svoje nejbližší příbuzné a jsou plně závislí na ošetřování zdravotnického personálu. Jejím hlavním úkolem je , starat se o nemocného nejen tím, že mu personál zajistí nepřetržitou ošetrovatelskou péči , ale také bezpečnost. Tu, ale mnohdy zajistit bez pomoci omezovacích prostředků personál nedokáže. V těchto případech je použití omezovacího prostředku na svém místě. Neomezuje pacienta v pohybu, ale chrání ho před případným úrazem, ke kterému může dojít při špatném zabezpečení pacienta, které mu potom způsobí mnohdy již trvalé upoutání na lůžko. Takto používané omezovací prostředky jsou určitě vhodnější volbou pro pacienta, než použití aplikace psychofarmak, které mají mnohem větší nežádoucí účinky, než prostředky omezovací.

Laická veřejnost velmi často ale podlehne medializaci případů, které jsou jim mnohdy podávány ve zkreslené formě. Není tomu tak dávno, v roce 2007 kritizovala používání síťových a klecových lůžek mezinárodní organizace Amnesty International a britská spisovatelka J. Rowlingová. Po této kritice vláda v ČR zakázala jejich používání v ústavech sociální péče. Rowlingová tehdy poslala prezidentu Klausovi dopis, ve kterém ho žádala o zákaz používání těchto lůžek v ČR. Prezident ji na tento dopis odpověděl a přislíbil jeho řešení, ale zároveň ubezpečil Rowlingovou, že tato situace není jen v naší zemi, ale i jinde ve světě. Pisatelku tehdy ubezpečil, že v našich zařízeních rozhodně nedochází ke zneužívání těchto lůžek, dokonce potom k týrání mentálně postižených. Přestože i on se stával v tuto chvíli laikem pro tuto oblast zdravotnictví, dovedl se zdravotníku zastat a upozornil Rowlingovou na to, že omezovací prostředky mají své výhody i nevýhody a nové pokusy a řešení mohou vyvolat nové problémy a komplikace.

Jak už jsem v začátku zmiňovala pracuji na psychiatrii v léčebně v Dobřanech již 12 let. Za tuto dobu jsem nasbírala mnoho zkušeností v tomto oboru a myslím si, že o

pacienty se zde pečuje velmi dobře. Většina oddělení je nadstandardně zařízena a pacienti mají k dispozici opravdu komfort. Není to jen z důvodu nadstandardního vybavení, ale týká se to i péče lékařů i zdravotního personálu. Jako příklad mohu uvést i mediky, kteří k nám do léčebny dochází na exkurze. Několikrát jsem měla tu čest provádět je po našem areálu. Účelem těchto exkursí je provést tyto budoucí lékaře různými typy oddělení a seznámit je s oborem psychiatrie. Tyto informace se týkají nejen současného moderního ošetřování, ale i seznámení s dřívějšími metodami a tím tedy i s vývojem psychiatrie ke které v posledních letech došlo. Na každém oddělení kde jsou prováděni je lékaři seznámí s diagnózami, které se zde léčí, s léčebnými metodami, které se používají. Úkolem staniční sestry je potom mediky provést po oddělení, seznámit je s prostory s vybavením a s ošetřovatelskou péčí na oddělení. Medikům je představena i centrální , budova, kam pacienti dochází na ergoterapii, arteterapii , kde mají k dispozici i cvičnou kuchyňku. Zde pracují pod vedením zkušených terapeutů , kde se těmto pacientům opravdu věnují. Medikům jsou zodpovězeny veškeré dotazy, které je zajímají jak v péči ošetřovatelské tak i v oblastech, které spadají do kompetence lékařů. Nemohu s určitostí říci, že všichni z těchto lékařů se v budoucnu budou věnovat oboru psychiatrie, ale mohu říci, že byli s naší léčebnou velice spokojeni. Na začátku exkurze to také byli svým způsobem laici, kteří si péči u nás představovali asi jinak, což mi sami potvrdili. Čekali, že budou svědky nějaké senzace a praktiky, která je s psychiatrií stále spojována. Domnívali se, že síťových lůžek je v naší léčebně mnohem více a používají se na každém oddělení.

Vyjádřili velké uznání právě ošetřovatelskému personálu a byli velmi mile překvapeni péčí o naše pacienty. Velmi je překvapilo moderní vybavení oddělení, přístup k pacientům a vůbec celý dojem z léčebny, který na ně dýchl již za branou léčebny. Tímto bych chtěla poukázat na to, že pokud se člověk někdy o některých skutečnostech nepřesvědčí sám, nemůže je soudit. Obzvláště v ošetřování psychicky nemocných pacientů a s používáním některých nevyhnutelných terapeutických postupů to, dle mého názoru, platí dvojnásobně.

## ZÁVĚR

Ve srovnávání určitých období jsem došla k závěru, že používání omezovacích prostředků je spjata již s dávnou historií. Omezovací prostředky byly, jsou a budou součástí psychiatrie. Během vývoje společnosti docházelo v jednotlivých obdobích ke změnám náhledu na psychicky nemocné, a tím se postupně zlepšovala i péče o ně. Zcela vymizely prostředky, které se používaly ve starověku, středověku. Nahradily je humánnější prostředky, které se používají na lůžkových odděleních psychiatrie až dodnes. Humanistický přístup k nemocným klade velký důraz na zabránění možných komplikací, které mohou při používání vzniknout.

Postupem času byla zavedena přehledná dokumentace o používání omezení pacienta, je nedílnou součástí zdravotní dokumentace a v žádném případě není možné zdravotní dokumentaci ani omezování pacientů zneužívat.

Základem současného moderního přístupu k neklidnému pacientovi by měla být vyvážená kombinace používání psychofarmak, psychoterapeutických přístupů a omezovacích prostředků. Míra aplikace jednotlivých dílčích terapeutických postupů by se měla řídit dle aktuálního stavu pacienta, indikace lékaře a hlavně efektivností zvoleného postupu.

Dokud současná psychofarmakologie, metody psychoterapeutické a způsoby organizace práce nevymyslí jiné formy léčby, mají mechanické omezovací prostředky své nezastupitelné místo v léčbě těchto pacientů. Ani v současné moderní době se nepodařilo tyto prostředky zatím ničím nahradit, avšak pokroky, které probíhají v současné psychofarmakoterapii možná povedou k nižší potřebě používání omezovacích prostředků.

## LITERATURA A PRAMENY

1. RADIMSKÝ,M., a kolektiv autorů. Psychiatrie 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997,ISBN 80-7013-218-3
2. VENCOVSKÝ,E. Psychiatrie dávných věků. 1. vyd. Karolinum, 1996,ISBN 80-7184- 226-5
3. SVOBODA,M., ČESÁKOVÁ,E.,KUČEROVÁ,H. Psychopatologie a psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-154-9
4. VENCOVSKÝ,E., DOBIÁŠ,J. Psychiatrie.1. vyd. Praha: Avicenum, 1976,ISBN 08-029-76
5. HAUSNER,M. Duševně nemocní mezi námi. 4. vyd. Praha 1: Avicenum, ISBN 08-068- 82
6. ZVOLENSKÝ,P. a kol. Obecná psychiatrie. Praha:, 1994, ISBN 80-7184-681-3
7. ZVOLENSKÝ,P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha:, 1996, ISBN 80-7184-666-X
8. KALIŠOVÁ,L.,NOVOTNÁ,I.,RABOCH,J. et al. Užití omezovacích prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. Česká a slovenská psychiatrie. Praha: Galén. 2004, roč. 100,č. 7, ISSN 1212-0383
9. RABOCH,J.,ANDERS,M.,PRAŠKO,J.,HELLEROVÁ,P. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Infopharm, 2006, ISBN 80-239-8501-9
10. MARKOVÁ,E.,VENGLÁŘOVÁ,M.,BIBIAKOVÁ,M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1151-6
11. ŠVARC,J.,2008, Omezující prostředky v psychiatrii.[ cit.2008-12-10 ]. Dostupné na <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/>
12. POSKOČILOVÁ,K. Ochranné omezovací prostředky v psychiatrických léčebnách.In.Sestra.2004, č.9, s. 12-13, ISSN 1210-0404
13. PETROVÁ,J.,LOUCKÁ,G. Sestry v provozu psychoterapeutického oddělení léčebny. In Sestra. 2006, č. 10, s. 45-47, ISSN 1210-0404
14. DUŠEK,K.,VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ,A. První pomoc v psychiatrii.1.vyd. Praha: Grada 2005, ISBN 80-247-0197-9
15. DOLEŽAL,T.,DOLEŽAL,A. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví.1.vyd. Praha: Linde, 2007, ISBN 8072016849
16. DÖRNER,K.,PLOG,U. Bláznit je lidské.1.vyd. Praha: 1999, ISBN 80-71-69-628-



17. HAŠKOVCOVÁ,H. České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. 1.vyd. Brno: 1998, ISBN 80-7013-270-1
18. JANKOVSKÝ,J. Etika pro pomáhající profese. 1.vyd. Praha: Triton, 2003, ISBN 80-7254-329-6
19. KŘIVOHLAVÝ,J., PEČENKOVÁ,J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1.vyd., Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0784-5
20. PRAŠKO,J. a kol. Psychiatrie.1. vyd. Praha: Informatorium, 2003, ISBN 80-7333-002-4
21. JUŘENÍKOVÁ,P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd., Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2171-2

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Svěrací kazajka .....	46
Příloha 2 - Síťové lůžko uzavřené .....	47
Příloha 3 - Síťové lůžko otevřené .....	48
Příloha 4 - Magnetické popruhy pro omezení pacienta v lůžku .....	49
Příloha 5 - Omezovací prostředek ve středověku .....	50
Příloha 6 - Omezovací prostředek ve středověku .....	51
Příloha 7 - Omezovací prostředek ve středověku .....	52
Příloha 8 - Omezovací prostředek ve středověku .....	53
Příloha 9 - Práva pacientů v ČR.....	54
Příloha 10 - Etický kodex pro zdravotní sestry.....	56

## Přílohy

### Příloha 1 - Svěrací kazajka



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)

## Příloha 2 - Sít'ové lůžko uzavřené



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)

### **Příloha 3 - Sít'ové lůžko otevřené**



Zdroj: [www. google.cz](http://www.google.cz)

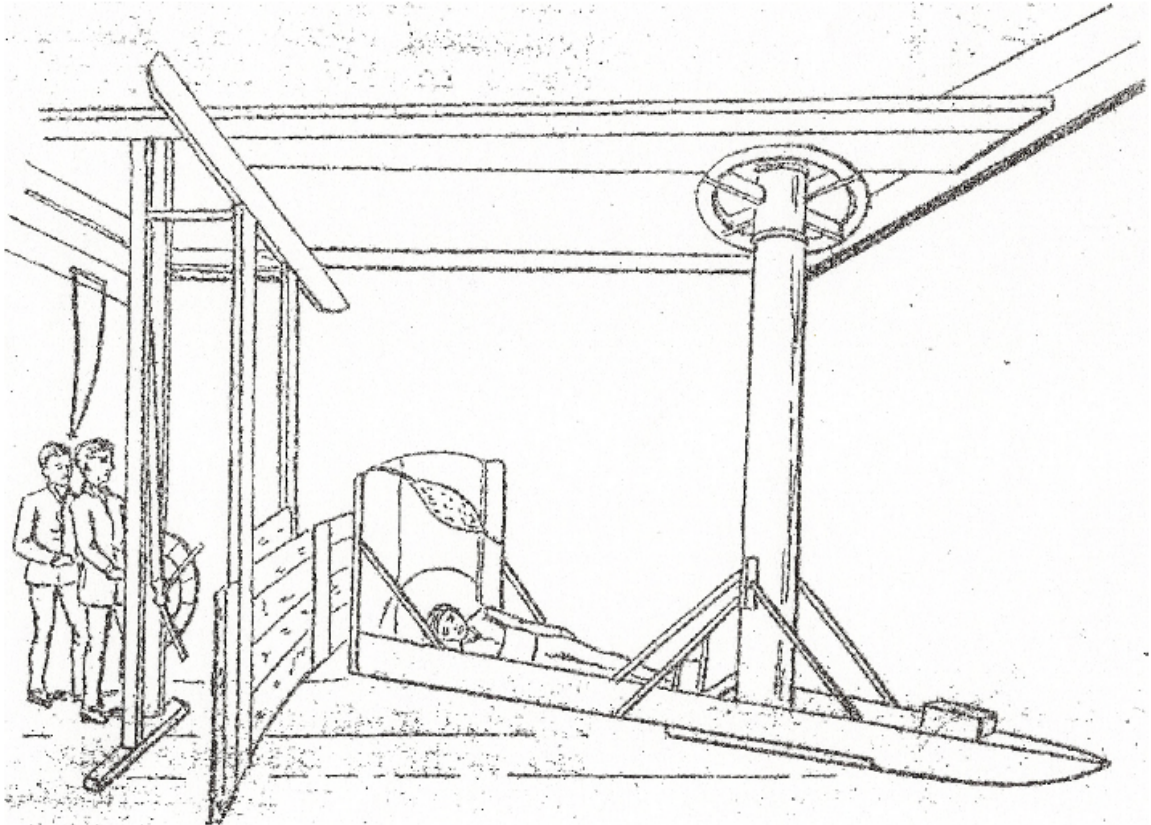
## Příloha 4 - Magnetické popruhy pro omezení pacienta v lůžku



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)



## Příloha 5 - Omezovací prostředek ve středověku



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)

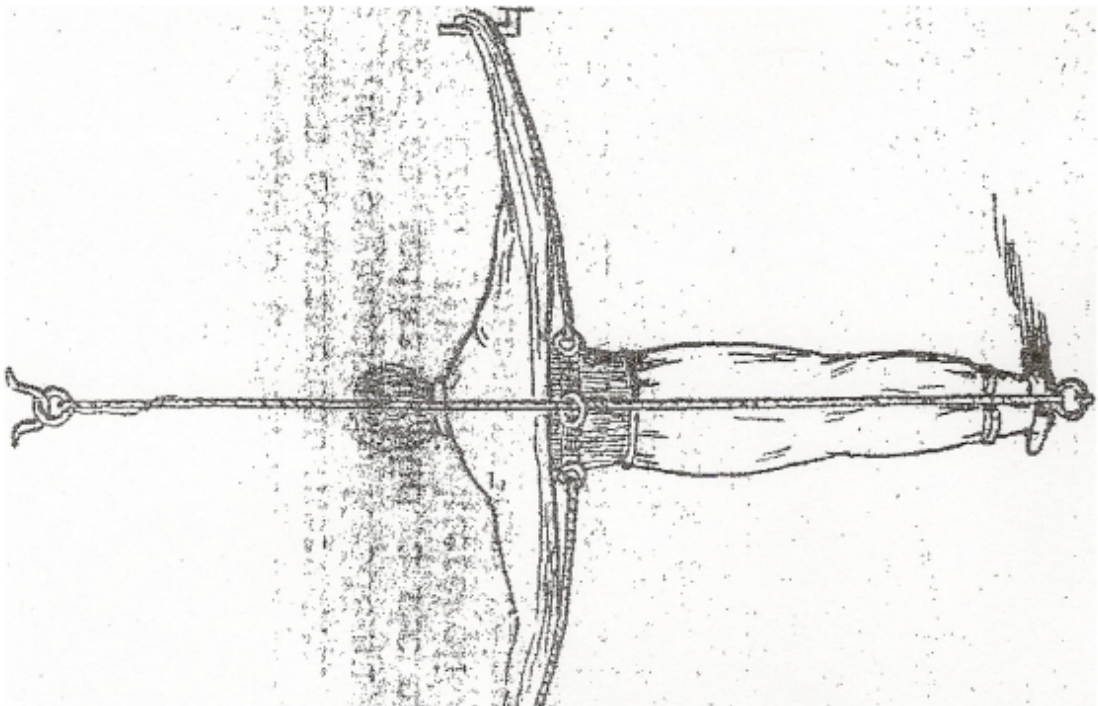
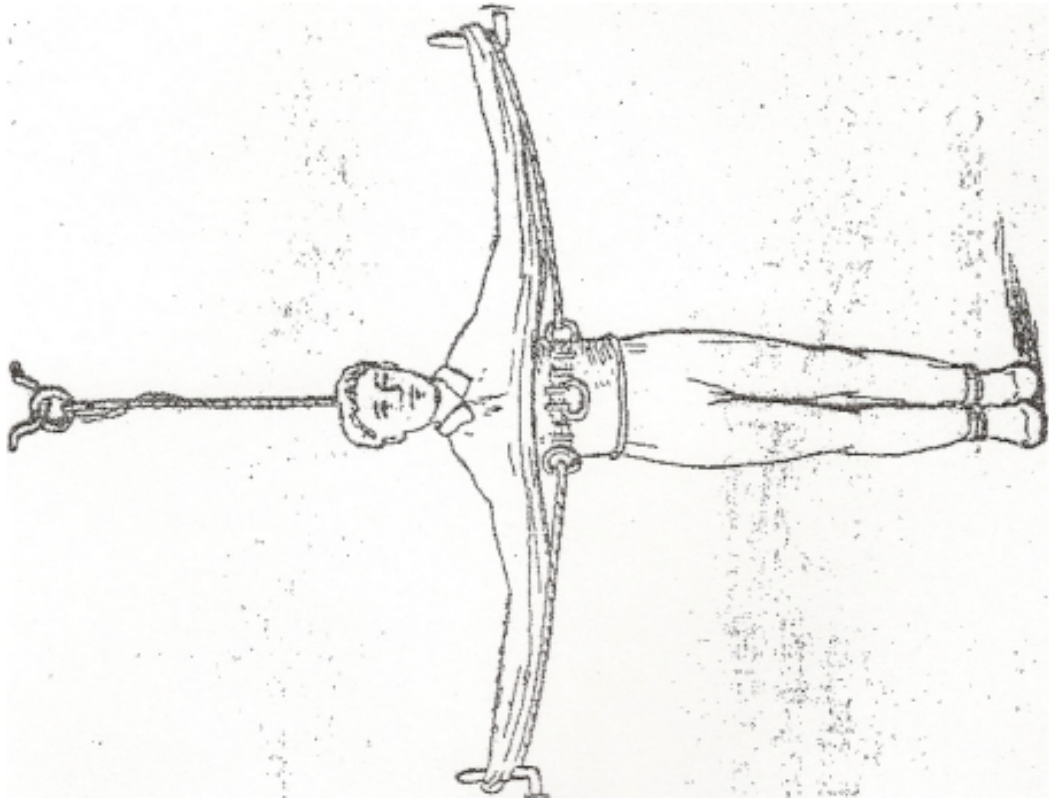
## Příloha 6 - Omezovací prostředek ve středověku



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)

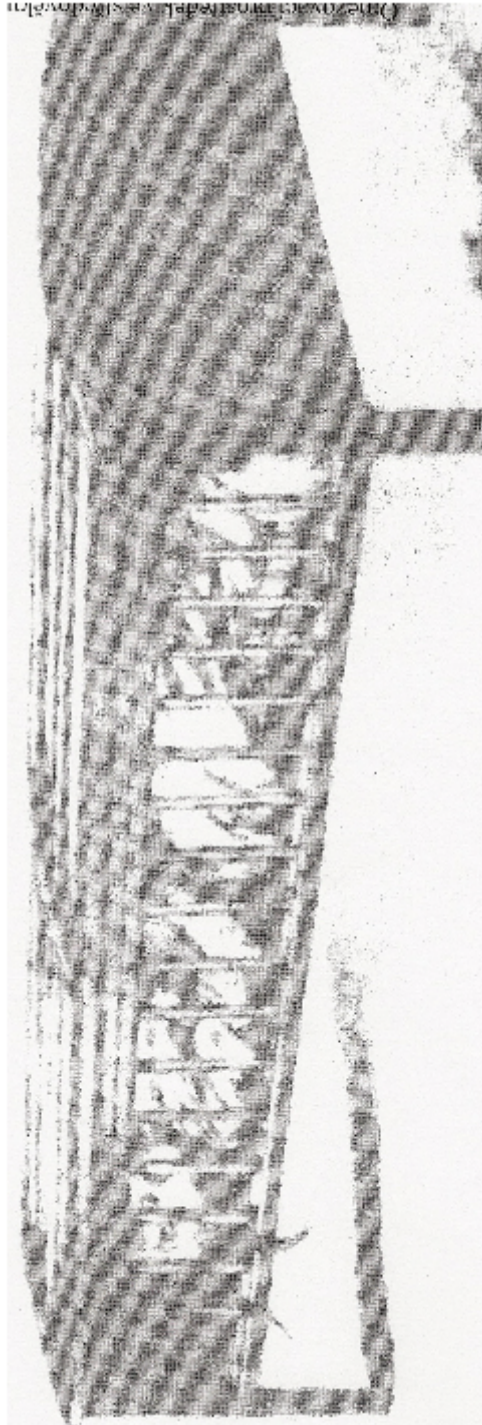


## Příloha 7 - Omezovací prostředek ve středověku



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)

## Příloha 8 - Omezovací prostředek ve středověku



Zdroj: [www.google.cz](http://www.google.cz)

## **Příloha 9 - Práva pacientů v ČR**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.*

*Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*

zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

## **Příloha 10 - Etický kodex pro zdravotní sestry**

### **Etická pravidla zdravotní péče**

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

### **Zdravotní sestra a spoluobčan**

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Zdravotní sestra a péče v praxi**

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### **Zdravotní sestra a společnost**

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

### **Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci**

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

### **Zdravotní sestra a povolání**

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdroj: [http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex\\_zdravotnisestry.html](http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html)