



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky

Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitalsSylva Bártlová ^{a*}, Hana Hajduchová ^a, Jitka Prajsová ^b^a Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence, Česká republika^b Psychiatrické centrum Praha/NÚDZ, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2014-11-21

Received in revised form:
2015-02-11

Accepted: 2015-04-02

Published online: 2015-06-19

Keywords:

Patient safety
Hospitals
Restraints
Nursing care
Nurse

ABSTRACT

This research survey was aimed at identifying the opinions of nurses regarding the issue of patient safety in the use of restraints on patients in hospitals in the Czech Republic. The research was designed as a sociological study and was accomplished through the technique of a questionnaire survey using an interviewer. The sample group of nurses included nurses working in shifts on the hospital wards and was based on the needs of the project and the methodology of the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. The entire sample consisted of 772 nurses. Most nurses considered the likelihood of an injury to the patient in the use of means of restraint (specifically when strapping the patient) to be negligible (48%) and low (36.9%). Nurses working in surgical and medical wards reported a higher likelihood of patient injuries during restriction while bedridden than nurses working in other departments. The existence of a standard or regulation that would regulate the procedure for the use of restraints, if a patient is restless, aggressive or at risk of self-harm was confirmed by 91.3% of nurses. Immobilization and restraint in justifiable cases in surgeries are carried out by 65.5% of nurses. To prevent complications connected with the use of restraints, we consider continual training sessions and education of medical personnel important in connection with the use of restraints and auditing in maintaining standards of nursing care and the prevention of complications associated with the use of restrictive procedures, and then using these measures only in necessary and justified cases.

SOUHRN

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění názorů sester na problematiku bezpečnosti při používání omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích v České republice. Výzkum byl koncipován jako sociologický a byl proveden technikou dotazníko-

* **Korespondenční autor:** doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Česká republika;
e-mail: sbartlova@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.04.001>

Klíčová slova:

bezpečnost pacienta
nemocnice
omezovací prostředky
ošetřovatelská péče
sestra

vého šetření s využitím tazatele. Do výběrového souboru všeobecných sester byly dle potřeb projektu a metodiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR zařazeny všeobecné sestry pracující ve směnách na lůžkových odděleních nemocnic. Výběrový soubor tvořilo celkem 772 všeobecných sester. Většina sester považuje pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při užití omezovacích prostředků (konkrétně při kurtování pacienta) za zanedbatelnou (48 %) a nízkou (36,9 %). Sestry pracující na chirurgických a interních odděleních udávaly vyšší pravděpodobnost poškození zdraví pacienta během omezování na lůžku než sestry pracující na ostatních odděleních. Existenci standardu nebo předpisu, který by upravoval postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní či hrozí-li riziko sebepoškození, potvrdilo 91,3 % sester. Imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře provádí 65,5 % sester. Za důležité v souvislosti s používáním omezovacích prostředků považujeme kontinuální proškolení a vzdělávání zdravotnického personálu, audity dodržování standardů ošetřovatelské péče, aby se předcházelo komplikacím spojeným s užitím restriktivních postupů; dále používání těchto prostředků jen v nezbytně nutných a odůvodněných případech.

© 2015 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Problematika užívání omezovacích prostředků se týká všech úseků zdravotní péče, tedy nejen psychiatrických oddělení, ale i léčených dlouhodobě nemocných, ústavů sociální péče, akutních nemocničních oddělení a stejně tak domácí péče. Indikace k použití omezovacích prostředků se však liší podle toho, ve kterých zařízeních či na kterých odděleních se aplikují. Téma restriktivních opatření je (a patrně vždy bude) oblastí diskutovanou, a to jak mezi laiky, tak u odborné veřejnosti [1]. Použití restriktivních prostředků je chápáno jako omezení osobní svobody člověka. Problematika jejich užívání je tak logicky spojena s celou řadou jak etických [2, 3, 4], tak právních souvislostí. Použití omezovacího prostředku představuje extrémně zátěžovou situaci jak pro samotného pacienta, tak pro zdravotnický personál, který omezení provádí. Pozornost by měla být věnována nejenom důkladnému sledování, ale i pravidelnému vyhodnocování používání těchto prostředků. Péče o pacienty, jejichž stav vyžaduje zvláštní pozornost, je často poskytována na pracovištích fakticky personálně poddimenzovaných a nevhodně technicky řešených. Důležité je také pravidelné vzdělávání zdravotnického personálu v problematice používání omezovacích prostředků [5].

Při používání omezovacích prostředků musí personál vždy postupovat v souladu s platnou legislativou a standardy daného zdravotnického zařízení. Ošetřovatelský personál musí mít na paměti, že při použití omezovacích prostředků může dojít jak k poranění personálu, tak k poranění pacienta. Cílem je odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta či jiných osob za použití vždy takového omezovacího prostředku, který povede k naplnění smyslu jeho užití s co nejméně riziky pro pacienta, a to se zachováním soukromí, úcty a důstojnosti k pacientovi, pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. Nutná je přítomnost alespoň jednoho ze členů ošetřujícího týmu, který by byl s pacientem v trvalém vizuálním a verbálním kontaktu po celou dobu trvání tohoto opatření. Je proto naprosto nezbytné přijmout opatření, která umožní,

aby byl dostatek ošetřovatelského personálu včetně zajištění nočních směn [6]. Nadužívání omezovacích prostředků může být mimo jiné také signálem nedostatečné erudice zdravotnického personálu nebo značí, že instituce je z hlediska počtu pracovníků poddimenzovaná [7]. Omezovací prostředek nesmí být v žádném případě použit z důvodu usnadnění poskytování péče o pacienta či jako potrestání [8]. Přínos tohoto opatření by měl být vyšší než jeho možné riziko [9]. Pravidla používání omezovacích prostředků upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách [10]. K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít: úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta. Dále lze použít psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy či kombinaci výše zmíněných prostředků [10].

Od 14. 3. 2013 je v účinnosti novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, podle které byl úchop vyřazen z výčtu omezovacích prostředků, jejichž použití je nutno hlásit soudu [11].

Metodika a charakteristika souboru

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit názory sester na problematiku bezpečnosti pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků v nemocnicích v České republice.

Design

Sociologický výzkum dle projektu „Zvyšování bezpečnosti ošetřovatelské péče“, řešený v letech 2013–2015, byl koncipován jako kvantitativní s využitím výzkumných instru-

mentů zpracovaných Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity. Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapování řízení rizik z pohledu ošetrovatelského personálu se zaměřením na identifikaci vysoce rizikových ošetrovatelských procesů a na prevenci událostí, které ohrožují bezpečí pacientů, jejich blízkých a personálu.

Soubor

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období od 15. do 30. 9. 2013. Do výběrového souboru všeobecných sester byly zařazeny všeobecné sestry, pracující ve směnách na lůžkových odděleních nemocnic. Výběrový soubor tvořilo celkem 772 všeobecných sester.

Při konstruování výběrového souboru byl za základní ukazatel reprezentativnosti vzat počet všeobecných sester v jednotlivých krajích ČR. Kraje byly definovány na základě administrativního členění platného od 1. 1. 2001. V rámci výzkumu byly osloveny všeobecné sestry ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru.

Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje v případě členění dle krajů 0,3 %. Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska jednotlivých krajů (tab. 1).

Tabulka 1 – Složení výběrového souboru všeobecných sester dle krajů

Kraj	N	%	Odchylka od základního souboru (v %)
Praha	139	18,0	0,0
Středočeský	62	8,0	–0,3
Jihočeský	42	5,4	+0,1
Plzeňský	45	5,8	+0,1
Karlovarský	24	3,1	+0,1
Ústecký	54	7,0	–0,1
Liberecký	28	3,6	+0,1
Královéhradecký	43	5,6	+0,2
Pardubický	34	4,4	+0,2
Vysočina	36	4,7	0,0
Jihomoravský	94	12,2	+0,2
Olomoucký	46	6,0	–0,2
Zlínský	38	4,9	–0,1
Moravskoslezský	87	11,3	–0,1

Zdroj: [12].

Dalším znakem sociodemografického charakteru, který byl určen jako reprezentativní, byl věk všeobecné sestry; 54,7 % sester bylo ve věkovém rozmezí 30 až 49 let, ve věkovém rozmezí 50 a více let 27,7 % sester; 17,6 % sester pak ve věkovém rozmezí 18 až 29 let.

Ze struktury výběrového souboru dle věku vyplývá, že odchylka od základního souboru nepřevyšuje v jednotlivých věkových kategoriích 0,5 %. Závěry výzkumu jsou re-

prezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska věku.

Ostatní sledované znaky nebyly určeny jako reprezentativní, neboť v rámci informačních systémů v ČR nejsou vedeny jiné údaje o základním souboru všeobecných sester. Přesto jsou charakteristiky výběrového souboru v následujícím textu uváděny, neboť umožňují soubor lépe popsat. Statisticky významné souvislosti, které byly v rámci testování těchto znaků zjištěny, je však třeba interpretovat jako tendence.

Mezi základní demografické charakteristiky výběrového souboru, které byly v rámci výzkumu sledovány, patří spolu s věkem též pohlaví respondentů. Z hlediska pohlaví bylo do výběrového souboru zařazeno 3,6 % mužů a 96,4 % žen. Naprostá převaha žen v České republice je v této profesi evidentní.

Poměrně velká pozornost byla v rámci výzkumu věnována profesním charakteristikám výběrového souboru. Bylo zjišťováno, jaké je vzdělání sester, jak dlouho vykonávají svoji profesi, jak dlouhá je jejich praxe na stávajícím pracovišti, v jakém typu nemocnice sestry pracují a na jakém oddělení.

Více než 1/2 dotázaných sester uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné vzdělání. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 27,5 % dotázaných, vysokoškolské bakalářské vzdělání má 16,3 % všeobecných sester. Zbývajících 5,1 % vystudovalo vysokou školu – magisterské studium. Nadstavbové specializační vzdělání bylo zjišťováno samostatnou otázkou. Z výzkumu vyplynulo, že specializačního vzdělání dosáhlo 36,5 % sester.

Ukazatelem stabilizace v povolání a zároveň mírou zkušeností s profesí je délka výkonu profese všeobecné sestry. Její struktura je patrná z následující tabulky 2. Je pochopitelné, že délka vykonávání profese všeobecné sestry silně souvisí s věkem.

Tabulka 2 – Délka ošetrovatelské praxe všeobecné sestry

Celková praxe	N	%
Méně než 1 rok	17	2,2
1–5 let	115	14,9
6–10 let	148	19,2
11–15 let	115	14,9
16–20 let	154	19,9
21 a více let	223	28,9

Jiným ukazatelem stability a zároveň mírou flukuačních tendencí v rámci oboru je délka práce na současném pracovišti. Téměř 1/3 sester pracuje na svém současném pracovišti déle než 10 let. Tuto skupinu lze považovat za nejvíce stabilizovanou. Ostatní pracují na současném pracovišti méně než 10 let. Tento znak opět pochopitelně souvisí s věkem a s délkou vykonávání profese všeobecné sestry.

Důležitou profesní charakteristikou je typ zdravotnického zařízení, ve kterém sestra pracuje, a její konkrétní pracoviště. Rovněž tyto charakteristiky byly v rámci výzkumu sledovány. Největší část výběrového souboru tvoří

všeobecné sestry pracující ve fakultních nebo krajských nemocnicích. V oblastních nebo městských nemocnicích působí cca 1/3 všeobecných sester, zbývající necelá 1/5 sester uvádí, že působí v soukromém sektoru.

Ve výběrovém souboru jsou zastoupeny všeobecné sestry pracující ve směnných provozech na všech odděleních. Největší část jich působí na interních a chirurgických odděleních nemocnic (tab. 3).

Tabulka 3 – Složení výběrového souboru všeobecných sester dle typu oddělení

Typ oddělení	N	%
Anesteticko-resuscitační oddělení	23	3,0
Gynekologicko-porodnické oddělení	61	7,9
Chirurgie	137	17,7
Infekční oddělení	7	0,9
Interní oddělení	195	25,3
Kardiochirurgie	15	1,9
Kožní oddělení	16	2,1
Neurochirurgie	11	1,4
Neurologie	29	3,8
Oční oddělení	11	1,4
Oddělení intenzivní péče	45	5,8
Oddělení následné péče/LDN	53	6,9
Onkologie	11	1,4
ORL oddělení	15	1,9
Ortopedie	31	4,0
Pediatricke nebo novorozenecké oddělení	31	4,0
Psychiatrie	12	1,6
Rehabilitace	10	1,3
Traumatologie	15	1,9
Urologie	30	3,9
Jiné oddělení	14	1,8

Sběr dat

Terénní výzkum byl proveden technikou dotazníkového šetření s využitím tazatele. Respondenti byli předem informováni o cílech výzkumu a seznámeni s tazatelským archem. Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky. Sběr dat byl realizován prostřednictvím tazatelské sítě agentury INRES. Do výzkumu bylo zapojeno 216 tazatelů z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni. Všechny tazatelské archy prošly optickou a logickou kontrolou, poté bylo provedeno kódování a vkládání dat do počítače, tabelování a základní interpretace výsledků.

Analýza dat

Statistické zpracování dat bylo provedeno pomocí statistické aplikace SPSS 15.0. K testování rozdílů průměrných

hodnot vybraných proměnných byla použita ANOVA s následným Bonferroniho *post hoc* testem. Ke zjištění existence asociace byl použit symetrický test s výpočtem Gama pro ordinální veličiny. Zjištěné vztahy byly také interpretovány za pomoci podílu vysvětlené variability, což představuje procentuální podíl těch, u kterých lze souvislost pomocí nabízených proměnných vysvětlit. Vše bylo testováno na 5% hladině významnosti.

Výsledky

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na problematiku bezpečnosti pacientů při používání omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích v České republice z pohledu sester.

Konkrétně nás zajímala pravděpodobnost výskytu nežádoucí situace – poškození zdraví pacienta během omezování na lůžku (kurtování) a poškození zdraví pacienta během izolace, umístění v síťovém lůžku.

Sestry měly pravděpodobnost výskytu označit následujícími možnostmi: 1 zanedbatelná – výskyt se neočekává; 2 nízká – vyskytuje se zřídka; 3 možná – hrozí příležitostně, 1–2× do roka; 4 očekávaná – vysoká pravděpodobnost výskytu; 5 jistá – hrozba výskytu denně. Pro hodnocení pravděpodobnosti výskytu rizika byla použita škála dle Škrly a Škrlové [13].

Nejvíce byly zastoupeny první a druhá možnost, sestry považují pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při užití omezovacích prostředků (konkrétně při kurtování pacienta) za zanedbatelnou (48 %) a nízkou (36,9 %); 8,7 % sester považuje pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při užití omezovacích prostředků za možnou; 1,6 % sester tento výskyt považuje za očekávaný; 0,1 % sester za jistý. Odpověď „nevím“ zvolilo překvapivě 4,7 % sester.

Na základě testování rozdílů průměrných hodnot odpovědí za pomoci testu ANOVA a následného Bonferroniho *post hoc* testu byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi sestrami pracujícími na chirurgických a poté i interních odděleních (zde menší), jež udávaly vyšší pravděpodobnost poškození pacienta během omezování na lůžku než sestry pracující na ostatních odděleních (tab. 4).

Názory sester na pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta během izolace či umístění v síťovém lůžku odrážejí skutečnost, že se jedná z velké míry o problematiku psychiatrických oddělení a většina sester s nimi nemá osobní profesní zkušenost; za zanedbatelnou ji považuje 55,1 % a za nízkou 22,4 % sester, 8,3 % sester ji považuje za možnou. Výsledky ukázaly, že 0,4 % sester považuje tento výskyt za očekávaný. Odpověď „nevím“ zvolilo 13,3 % sester.

Sestry byly dále dotazovány, zda mají v nemocnici předpis nebo standard, který by upravoval postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní či hrozí riziko sebepoškození. Tuto skutečnost jsme zjišťovali otázkou: „Máte v nemocnici předpis nebo standard, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní či hrozí-li riziko sebepoškození?“. Existenci tohoto standardu nebo předpisu potvrdilo 91,3 % sester, 8,5 % sester ji nepotvrdilo. Neodpovědělo 0,1 % sester.

Tabulka 4 – Testování rozdílů (pomocí Anova) průměrných hodnot odpovědí podle typu oddělení, kde respondent pracuje

	Interna	Chirurgie	Intenzivní péče	Ostatní oddělení	Celkem	Sig.
Poškození pacienta během omezení na lůžku	1,65	1,73	1,68	1,42	1,62	0,001

Zda sestry provádějí imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře, bylo zjišťováno otázkou: „Provádíte imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře?“.

Imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře provádí 65,5 % sester, 26,0 % sester zvolilo odpověď „spíše ano“, „spíše ne“ 5,6 % sester. Imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře neprovádí 2,7 % sester.

Dále nás zajímalo, zda sestry provádějí při používání omezovacích prostředků záznam do dokumentace a jaké ošetrovatelské intervence provádí sestra během omezení pacienta (tab. 5).

Záznam do dokumentace při použití omezovacích prostředků provádí 79,3 % sester, odpověď „spíše ano“ zvolilo 14,6 % sester, „spíše ne“ 4,5 % sester, záznam neprovádí 1,4 % sester.

V rámci prevence poškození zdraví pacienta během omezení jsme se sester ptaly: „Jaké ošetrovatelské intervence provádí sestra během omezení pacienta?“. Sestrám byly nabídnuty 4 možnosti variant odpovědí včetně možnosti zvolit odpověď „nevím“. Nejvíce zastoupena byla skupina sester (60,2 %), která uvedla následující intervence: sledování krevního tlaku, pulzu, vědomí každou hodinu, neurčí-li lékař jinak.

Tabulka 5 – Ošetrovatelské intervence prováděné sestrou během omezení pacienta

Znak	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Sleduje krevní tlak, pulz, vědomí každou hodinu, neurčí-li lékař jinak	465	60,2 %
2. Sleduje krevní tlak, pulz, vědomí	194	25,1 %
3. Sleduje krevní tlak, pulz každé 2 hodiny	56	7,3 %
4. Nevím	51	6,6 %
5. Neodpovědělo	6	0,8 %
Celkem	772	100,0 %

V rámci výzkumu byl zjišťován i názor sester na problematiku všeobecné bezpečnosti pacienta na jejich pracovišti. Svůj souhlas anebo nesouhlas s tvrzením „Na našem oddělení máme problémy s bezpečností pacientů“ vyjadřovaly zvolením jedné z 5 nabízených možností (vůbec nesouhlasím, nesouhlasím, částečně souhlasím, souhlasím, plně souhlasím). Testování souvislosti této otázky s oblastí omezování pacienta (kromě otázky na dokumentaci o omezování) potvrdilo existenci jejich vztahu. Lze říci, že s rostoucím souhlasem s tvrzením, že na oddělení mají problémy s bezpečností pacienta, roste současně i pravděpodobnost poškození pacienta během omezení v lůžku či izolaci. U omezování v lůžku/kurtování tím lze vysvětlit 10 % případů a u izolace/umístění v síťovém lůžku 13 % případů. Dále sestry hodnotily bezpečnost pacientů na jejich pracovišti/oddělení na 5bodové stupnici (1 – vynikající až 5 – nedostatečná). Souvislost stupně bezpečnosti a oblasti omezování pacienta byla potvrzena u třech proměnných, opět nejsilnější z nich je u pravděpodobnosti poškození zdraví pacienta během izolace/umístění v síťovém lůžku (vysvětlit tím lze téměř 10 % případů). Tato pravděpodobnost stoupá se zhoršujícím se stupněm bezpečnosti.

V souvislosti s používáním omezovacích prostředků nás zajímaly názory sester na některá vybraná rizika, která hrozí pacientům během hospitalizace (fyzické či slovní napadení pacienta jiným pacientem, problém se získáním

souhlasu pacienta v léčbě či zákroku, pád pacienta, pokus/dokonaná sebevražda pacienta). Sestry hodnotily pravděpodobnost výskytu nežádoucí situace. Jak výsledky analýz ukázaly, statisticky významný a zároveň nejtěsnější vztah s oblastí omezování pacienta má oblast pravděpodobnosti nepředvídatelného chování ze strany pacientů. Se stoupající pravděpodobností napadení jednoho pacienta jiným stoupá i pravděpodobnost poškození pacienta – u kurtování tím lze vysvětlit 21 % a u izolace/umístění v síťovém lůžku 17 % případů. S rostoucí pravděpodobností výskytu problémů v souvislosti s udělením souhlasu k léčbě roste i pravděpodobnost poškození pacientova zdraví u kurtování, čímž lze vysvětlit 21 % případů, a u izolace/umístění v síťovém lůžku (tím lze vysvětlit 14 % případů). Se zvyšující se pravděpodobností pádu pacienta se zvyšuje i jeho poškození při kurtování (vysvětluje 17 % případů) a při izolaci/umístění v síťovém lůžku (vysvětluje 13 % případů). Vůbec nejvyšší podíl vysvětlené variability analýza ukázala u pravděpodobnosti pokusu/dokonané sebevraždy v souvislosti s poškozením pacienta; tj. se stoupající pravděpodobností pokusu či dokonané sebevraždy roste i pravděpodobnost poškození během omezování. A to by u kurtování vysvětlilo 31 % a u izolace/umístění na síťovém lůžku 45 % případů. Hodnoty asociačního koeficientu Gamma týkající se problematiky omezování pacienta a s tím spojených rizik blíže popisuje tabulka 6.

Tabulka 6 – Míra asociace u problematiky pravděpodobnosti poškození zdraví pacienta během izolace a kurtování

	Poškození během kurtování			Poškození během izolace		
	Gamma test	Podíl vysvětlené variability (v %)	Sig.	Gamma test	Podíl vysvětlené variability (v %)	Sig.
Problémy s bezpečností pacienta	0,326	10,6	0,000	0,361	13,1	0,000
Stupeň bezpečnosti pacienta	0,214	4,6	0,000	0,303	9,2	0,000
Pravděpodobnost napadení pacienta pacientem	0,459	21,0	0,000	0,411	16,9	0,000
Pravděpodobnost problému se souhlasem pacienta v léčbě	0,457	20,9	0,000	0,379	14,4	0,000
Pravděpodobnost pádu pacienta	0,419	17,5	0,000	0,364	13,2	0,000
Pravděpodobnost pokusu/dokonané sebevraždy pacienta	0,561	31,4	0,000	0,675	45,5	0,000

Diskuse

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit názory sester na problematiku bezpečnosti při používání omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích v České republice. Ze zjištěných údajů vyplynulo, že sestry považují pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při užití omezovacích prostředků (konkrétně při kurtování pacienta) za zanedbatelnou (48 %) a nízkou (36,9 %). Sestry pracující na chirurgických a interních odděleních udávaly vyšší pravděpodobnost poškození zdraví pacienta během omezování na lůžku než sestry pracující na ostatních odděleních. Další výsledky testování vztahů mezi nemocničním oddělením, na kterém sestra působila, a otázkami spojenými přímo s omezením pacienta neprokázaly závislosti použitelné k vysvětlení souvislostí. Totéž platí i pro stupeň dosaženého vzdělání sestry. Doba ošetrovatelské praxe a rovněž délka, v rámci níž sestra pracuje na současném pracovišti, se na základě testů ukázaly jako nesouvisející s otázkami ohledně omezování pacienta.

Potřebnost a důležitost řešené problematiky potvrzují i výzkumy uskutečněné v zahraničí. Výzkum, jehož cílem bylo určit frekvenci a typy fyzických omezení, které používají sestry na jednotkách intenzivní péče, pohotovosti a neurochirurgických odděleních, pochopení postojů sester vůči fyzickému omezení a identifikování komplikací u fyzicky omezených pacientů byl realizován u 254 sester ve čtyřech tureckých nemocnicích. Sestry, které pracovaly na chirurgických jednotkách intenzivní péče a pohotovosti, používaly omezovací prostředky ve větší míře než sestry z jiných oddělení. Pouze třetina sester rozhodla o fyzickém omezení spolu s lékaři a tři čtvrtiny sester se snažily o alternativní metody [14]. Odůvodnění použití omezovacích prostředků, jako jsou v případě fyzického omezení kontrola psychomotorického neklidu a nebezpečí pádu, je stále častěji zpochybňováno [15]. Krüger et al. [15] zjišťovali míru výskytu fyzických omezení a další souvislosti spojené s použitím fyzického (mechanického) omezení ve čtyřech nemocnicích poskytujících akutní péči v Severním Porýní-Vestfálsku v Německu. Jeden pozorovatel navštívil každé nemocniční oddělení ve třech náhodně přidělených časových úsecích v náhodně vybraných dnech v intervalu tří měsíců. Bylo odebráno celkem 3 434 přímých pozorová-

ní ve stavu fyzického omezení. Prevalence užití fyzických omezovacích prostředků mezi nemocnicemi byla v rozmezí 6,2 až 16,6 %. Multivariační regresní analýza prokázala statisticky významné charakteristiky použití fyzických omezovacích prostředků: věk 80–99 let ve srovnání s 18–54 roky (upravený poměr rizik 4,34, 95% CI 2,18–8,64), zavedená gastrická sonda (2,70, 1,40–5,22), zavedený permanentní močový katétr (6,52, 3,75–11,34) a pobyt respondenta na jednotce intenzivní péče (3,39, 1,29–8,92). „U nemocných se závažným stupněm psychiatrických a neurologických příznaků, kdy nemocný ohrožuje sám sebe (vytrhává si zavedené katetry, sondy, pro neklid hrozí pád z lůžka a zranění) nebo své okolí (napadání spolupacientů a personálu), není možné se na určitou omezenou dobu, danou obvykle zvládnutím akutní fáze onemocnění, vyhnout použití omezovacích prostředků“ [16]. V souvislosti s použitím omezovacích prostředků je nutné zmínit důležitost komplexního posouzení zdravotního stavu pacienta. To by mělo odhalit zdravotní problémy, jako jsou např. hypoxie, hypoglykemie, elektrolytová nerovnováha, lékové interakce a nežádoucí účinky léků, které mohou způsobit zmatenost, neklid a agresivní chování pacienta.

Řešení těchto zdravotních problémů může často eliminovat nutnost jejich používání.

Sestry byly dále dotazovány, zda mají v nemocnici předpis nebo standard, který by upravoval postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní či hrozí-li riziko sebepoškození. Dle Kareše a kol. [17] standardním ošetrovatelským postupem rozumíme písemně stanovenou minimální úroveň poskytované péče. Existenci tohoto standardu nebo předpisu potvrdilo 91,3 % sester, 8,5 % sester ji nepotvrdilo. Neodpovědělo 0,1 % sester. Podobné výsledky potvrdil i výzkum Polívkové et al. [18], ve kterém drtivá většina sester (92,7 %) uvedla, že na oddělení mají k dispozici standard „Omezení pacienta v lůžku“. Nicméně Papoušková et al. [19] zdůrazňují důležitou kontrolní úlohu vedoucích sester, které prostřednictvím ošetrovajícího auditu zjišťují, zda sestry daný standardní postup znají a v praxi se jím řídí. „Po dobu použití omezovacího prostředku je povinnost zajistit zdravotnickými pracovníky dohled odpovídající závažnosti zdravotního stavu pacienta. Musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození jeho zdraví“ [20]. „Nesmí se v žádném případě stát, že pacient, u něhož jsme použili omezovací prostřed-

ky, bude ponechán bez dozoru“ [9]. Další otázka byla zaměřena na kompetence personálu při používání omezovacích prostředků. Imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře provádí 65,5 % sester, 26,0 % sester zvolilo odpověď „spíše ano“, „spíše ne“ 5,6 % sester. Imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře neprovádí 2,7 % sester. Dle zákona č. 372/2011 Sb. použití omezovacího prostředku indikuje vždy lékař [11]. Výše zmíněné výsledky lze vysvětlit tím, že ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen. Lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení [11]. Využívá se až po vyčerpání jiných možností a zásadou je, že nikdy nesmí být ordinováno pro případ potřeby s předstihem [21]. V dalších případech se může jednat o odpovědi sester z pracovišť, pro které není používání omezovacích prostředků typické, nebo také o odpovědi sester s neznalostí dané problematiky.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, uvádí náležitosti záznamu o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi. V záznamu by měla být uvedena indikace omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu, čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení, v případě výskytu komplikací jejich popis, jméno, popřípadě jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval. V případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy jej potvrdil, informaci o tom, že byl zákonný zástupce pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilého pacienta informován o použití omezovacích prostředků [22]. Z našeho šetření vyplynulo, že záznam do dokumentace při použití omezovacích prostředků provádí 79,3 % sester, odpověď „spíše ano“ zvolilo 14,6 % sester, „spíše ne“ 4,5 % sester, záznam neprovádí 1,4 % sester. Zde se nabízí otázka, proč sestry záznam do dokumentace neprovádějí. Může se jednat o nedodržování standardů platných pro daná zařízení či jejich absenci, dále pak o odpovědi sester z pracovišť, pro které není používání omezovacích prostředků typické nebo také o odpovědi sester s neznalostí dané problematiky.

Dokumentace o užití omezovacích prostředků zároveň slouží jako cenný zdroj informací pro management kvality péče vlastní zdravotnické instituce [23].

logických, neurochirurgických a odděleních následné péče. Použití těchto prostředků je často spojováno s negativními pocity jak ze strany zdravotnického personálu, tak pacientů a jejich rodinných příslušníků i veřejnosti. Vzhledem k faktu, že za provedení omezení a komplexní ošetrovatelskou péčí je zodpovědná sestra, zajímá nás názor sester na pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při jejich užití.

Ze zjištěných údajů vyplynulo, že sestry považují pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při užití omezovacích prostředků (konkrétně při kurtování pacienta) za zanedbatelnou (48 %) a nízkou (36,9 %). Sestry pracující na chirurgických a interních odděleních udávaly vyšší pravděpodobnost poškození zdraví pacienta během omezování na lůžku než sestry pracující na ostatních odděleních. To lze vysvětlit vyšší frekvencí použití omezovacích prostředků na těchto odděleních ve srovnání s ostatními odděleními (kromě psychiatrických).

Existenci standardu nebo předpisu, který by upravoval postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní či hrozí-li riziko sebepoškození, potvrdilo 91,3 % sester. Tyto výsledky potvrzují, že zdravotnická zařízení mají vypracovaný vnitřní předpis, který řeší otázku používání omezovacích prostředků.

V rámci výzkumu byly sestry také dotazovány na otázky související s problematikou všeobecné bezpečnosti pacienta na jejich pracovišti. Výsledky ukázaly, že s rostoucím souhlasem s tvrzením, že na oddělení mají problémy s bezpečností pacienta, roste současně i pravděpodobnost poškození pacienta během omezení v lůžku či izolaci. Sestry také hodnotily bezpečnost pacientů na jejich pracovišti/oddělení na 5bodové stupnici. Souvislost stupně bezpečnosti a oblasti omezování pacienta byla potvrzena u třech proměnných, nejsilnější z nich je u pravděpodobnosti poškození zdraví pacienta během izolace/umístění v síťovém lůžku. Tato pravděpodobnost stoupá se zhoršujícím se stupněm bezpečnosti.

Za důležité v souvislosti s používáním omezovacích prostředků považujeme kontinuální proškolení zdravotnického personálu o zásadách, které je nutno respektovat nejen během samotného výkonu (omezování) pacienta, ale i před výkonem a po jeho skončení včetně záznamu do dokumentace; dále pak pravidelné ošetrovatelské audity dodržování standardů ošetrovatelské péče a tím předcházení komplikací spojených s užitím restriktivních postupů.

Prvním krokem v prevenci rizik a komplikací je jejich včasná identifikace. Zde sestry mají nezastupitelnou úlohu. Samozřejmostí by mělo být používání těchto prostředků jen v nezbytně nutných a odůvodněných případech s cílem poskytovat bezpečnou a humánní péči. Otázkou pak je navýšení počtu zdravotnického personálu, vhodná úprava prostředí, tak aby mohly být využívány i jiné zdroje zajištění bezpečnosti pacienta.

Závěr

Použití omezovacích prostředků se nevztahuje pouze na psychiatrická oddělení a nemocnice, ale setkáváme se s ním např. i na odděleních interních, chirurgických, traumatologických, neurochirurgických a odděleních následné péče.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autorky deklarují, že studie nemá žádný konflikt zájmu a při jejím zpracování byly dodrženy etické aspekty výzkumu. Výzkumný záměr byl odsouhlasen Etickou komisí

ZSF JU v Českých Budějovicích. Management oslovených nemocnic souhlasil s výzkumem. Respondenti byli informováni o účelu výzkumu a souhlasili se zařazením do výzkumného souboru.

Poděkování

Výzkum byl realizován za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci projektu reg. č. NT 14133 s názvem „Zvyšování bezpečnosti ošetrovatelské péče“.

LITERATURA

- [1] Dohnalová H. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi* 2011;8(2):86–8.
- [2] Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs* 2007;16(3):486–94.
- [3] Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs* 2012;68(6):1198–210. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x.
- [4] Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Med Health Care Philos* 2013;16(4):983–91. doi: 10.1007/s11019-012-9455-z.
- [5] Kontrola používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví je stále prioritou ochrany práv pacientů v České republice. [online] [cit. 2015-02-09]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2014/kontrola-pouzivani-omezovacich-prostredku-ve-zdravotnictvi-je-stale-prioritou-ochrany-prav/>
- [6] Holmerová I. Používání omezujících prostředků ve zdravotnictví a sociální péči. In: Postavení a diskriminace seniorů v České republice. Sborník z mezinárodní konference, kterou uspořádalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Českou geriatrickou a gerontologickou společností v rámci XI. celostátního gerontologického kongresu v Hradci Králové dne 25. listopadu 2005. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí; 2006, pp. 69–75.
- [7] Tošnerová T. Diagnóza demence – možné přístupy a následná rizika; 2004. [online] [cit. 2015-02-09]. Pečující on-line. Dostupné z: <http://www.pecujici.cz/cz/prirucky/demence-3>
- [8] Venglářová M. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing; 2007.
- [9] Doporučení Alzheimer Europe k použití omezujících prostředků u pacienta s demencí. Madridský plán a jiné strategické dokumenty; 2007. [online] [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/doporučení-cal>
- [10] Petr T a kol. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada; 2014.
- [11] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky; 2011, částka 131, s. 4730–801. [online] [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [12] ÚZIS. Všeobecné sestry v nemocnicích ČR. Stav k 31. 12. 2011. Praha; 2013.
- [13] Škrála P, Škrlová M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada; 2008.
- [14] Demir A. Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *J Nurs Scholarsh* 2007;39(1):38–45. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00141.x.
- [15] Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(12):1599–606. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005.
- [16] Matějovská H. Oficiální vyjádření výboru České gerontologické a geriatrické společnosti k používání omezovacích prostředků v akutní, následné a dlouhodobé péči. *Zdravotnictví a medicína* 2013; 62(18):9.
- [17] Křeš J, Drlíková M, Brabcová I. Moderní metody v řízení. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity; 2006.
- [18] Polívková E, Brabcová I, Otásková J. Dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů v Nemocnici České Budějovice, a. s. *Kontakt* 2009; 11(2):292–300.
- [19] Papoušková P, Otásková J, Brabcová I. Vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče v českobudějovické nemocnici pomocí vybraných indikátorů. *Kontakt* 2009; 11(1):9–22.
- [20] Švarc D. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* 2008; 9(5):243–5.
- [21] Nepokojová J, Nováková B. Fyzické omezení pacienta na akutním psychiatrickém oddělení. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* 2011;21(2):79–80.
- [22] Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. In: Sbírka zákonů. 2012, částka 39, s. 1667.
- [23] Lužný J, Ivanová K. Je ještě možné zlepšit kvalitu života těchto seniorů? Příspěvek k problematice kvality života seniorů trpících duševní poruchou hospitalizovaných na gerontopsychiatrických lůžkách. *Vojenské zdravotnické listy* 2010;79(3):96–104.