



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

UPORABA OVIRNIC KOT METODE ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI PACIENTA

Mentor: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidat: Gregor Zihlerl

Jesenice, junij 2012

ZAHVALA

Najprej se zahvaljujem svoji mentorici dr. Saši Kadivec, pomočnici direktorja za področje zdravstvene nege v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Zahvaljujem se Katji Vrankar, vodilni medicinski sestri na Oddelku za intenzivno nego in terapijo Klinike Golnik, vodstvu Klinike Golnik za odobritev raziskave ter vsem pacientom, ki so sodelovali v raziskavi. Zahvaljujem se tudi sodelavkam in sodelavcem za razumevanje, pomoč in nadomeščanje moje odsotnosti zaradi študijskih obveznosti.

Posebna zahvala gre tudi mojemu dekletu, družini ter ostalim prijateljem, ker so me podpirali in spodbujali skozi celotno študijsko obdobje.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje varnosti v zdravstveni oskrbi pacienta je nujno potrebno za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Spremljanje pacientov v ovirnicah nam omogoča spremljanje in obvladovanje obsega in primernosti uporabe ovirnic in služi za optimalno zagotavljanje pacientovih pravic .

Cilj: Glavni cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, kakšno je psihofizično doživljanje tistih pacientov, pri katerih so bile uporabljene ovirnice. Hkrati smo ugotavljali jasnost predpisa za uporabo ovirnic in seznanjenost pacientov z namenom uporabe le-teh.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljeni sta bili metodi kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja. Uporabljen je bil anketni vprašalnik in polstrukturiran intervju za paciente. V drugem delu pa smo pregledali pacientovo dokumentacijo. Skupaj je v raziskavi sodelovalo 35 pacientov, ki so bili ovirani s telesnim pasom oz. bili v manšetah. Uporabili smo program SPSS verzija 18.00.

Rezultati: Pacienti so se zaradi fizičnih ovirnic počutili večinoma neprijetno (68,6 %). Zabeležke glede predpisovanja ovirnic s strani zdravnika so bile nepopolne v vseh devetih primerih. Pri intubiranih pacientih (26) na Oddelku za intenzivno nego in terapijo v nobenem primeru ovirnice s strani zdravnika niso bile zabeležene, ampak so bile vedno nameščene po njihovem ustnem naročilu. Delež tistih pacientov, ki jih je zdravstveno osebje prepričalo, da so ovirnice nameščene v njihovo dobro, je bil visok (v 77,1 %) in večina (88,6 %) se je strinjala, da je za dobro sodelovanje potreben temeljit pogovor.

Razprava: Z rezultati raziskave smo ugotovili, da ovirnice pacientu ne predstavljajo pozitivnih občutkov in večje varnosti, saj to izkušnjo opisujejo kot neprijetno. Potrebno bo več terapevtske komunikacije in razlage pacientom o vzrokih oviranja ter več vključevanja in izobraževanja svojcev o tem področju. V drugem delu smo ugotovili, da se ovirnice premalo oziroma nepravilno predpisujejo, kar kaže na potrebo po izobraževanju zdravstvenega kadra o pomembnosti dokumentiranja oviranja.

Ključne besede: pacient, varnost, varnostni zaplet, ovirnice, psihično doživljanje, padci, negovalna dokumentacija.

ABSTRACT

Theoretical starting points: Ensuring safety in patient health care is necessary for quality and safe health care. Monitoring patients who have been restrained allows us to monitor and control the extent and the appropriate use of these restraints and serves as the optimal assurance of patient's rights.

Objectives: The main objective of our diploma work was to determine psychophysical perception of the patients who have been restrained. At the same time we were trying to identify the clarity of regulations on prescribing restraints and patients' awareness of the purpose of their prescription.

Method: The research was based on the descriptive method of empirical observation. Quantitative and qualitative methods of researching were used. In the first part, a questionnaire and semi-structured interview for the patients were used as the research tools. In the second part, hospital records of the interviewed patients were reviewed. In total, the study included 35 patients who were applied with various types of restrains. We used SPSS program version 18.00 for statistical data analysis.

Results: Due to restraints, the patients were most commonly feeling uncomfortable (68.6 %). From the reviewed documentation, which was incomplete in all 9 cases we observed that the doctors were not following the regulations for prescribing restrains. In the intubated patients at the Intensive Care Department (26), the application of restraints was not documented in any case; they were applied only upon the doctors' oral request. The percentage of patients who were persuaded by health care providers to be restrained for their own safety was high (77.1 %) and most (88.6 %) agreed about the importance of conversation for their compliance.

Discussion: The research shows, that restraints do not increase positive feelings and feelings of greater safety in patients, since they describe the experience as uncomfortable. More therapeutic communication is needed to make patients aware about the purposes of using restraints. It is also necessary to include patients' relatives in patient treatment and educate them on the topic. The second part of the research shows that restraints are insufficiently or improperly prescribed, which shows the need for further education of health care providers about the relevance of the restraints documentation.

Key words: Patient, Safety, Adverse Event, Restraints, Psychological Perception, Falls, Nursing Documentation

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 VARNOST IN KULTURA VARNOSTI	3
2.1.1 Pogoji za zagotavljanje kulture varnosti	4
2.1.2 Strategija za preprečevanje in zmanjševanje neželenih dogodkov	4
2.1.3 Strategija za izboljšanje kakovosti in varnosti	5
2.2 NEŽELENI DOGODEK	6
2.2.1 Vzroki neželenih dogodkov	7
2.2.2 Poročanje o neželenih dogodkih	8
2.3 PADCI	9
2.3.1 Intervencije za zmanjševanje tveganja za padec	10
2.4 OVIRNICE	11
2.4.1 Vrste ovirnic:	11
2.4.2 Etične dileme z vidika bolnika/osebja	12
2.4.3 Predpisovanje ovirnic.....	16
2.4.4 Pravice oviranih pacientov.....	17
3 EMPIRIČNI DEL	18
3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	19
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2 Opis instrumentarija.....	19
3.3.3 Opis vzorca	20
3.3.4 Opis obdelave podatkov.....	21
3.4 REZULTATI	22
3.5 RAZPRAVA	36
4 ZAKLJUČEK	40
5 LITERATURA	41
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	
6.1.1 Anketni vprašalnik	

6.1.2 Orodje za pregled pacientove dokumentacije

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz vzrokov namestitve bolnika v ovirnice	11
Tabela 2: Opis vzorca	21
Tabela 3: Zanesljivost vzorca po sklopih.....	21
Tabela 4: Zadovoljstvo pacientov glede komunikacije v času oviranja.....	22
Tabela 5: Občutki pacientov v času oviranja	23
Tabela 6: Psihično doživljanje oviranih pacientov	24
Tabela 7: Zadovoljstvo pacientov z obravnavo zdravstvenega osebja	25
Tabela 8: Najpogostejše diagnoze	27
Tabela 9: Čas zdravljenja v bolnišnici	27
Tabela 10: Bolniški oddelki oviranih pacientov	28
Tabela 11: Vrste oviranja.....	28
Tabela 12: Vrste fizičnega oviranja	28
Tabela 13: Vzrok uporabe ovirnic	29
Tabela 14: Trajanje oviranja v času hospitalizacije pacienta.....	29
Tabela 15: Vrste apliciranih kemičnih ovirnic.....	29
Tabela 16: Predpis aplikacije kemičnih ovirnic.....	30
Tabela 17: Način aplikacije kemičnih ovirnic	30
Tabela 18: Količina prejetih kemičnih ovirnic v celotni hospitalizaciji	31
Tabela 19: Zabeležen začetek in konec fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani zdravnika.....	31
Tabela 20: Zabeležen začetek in konec fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani medicinskih sester.....	31
Tabela 21: Načrt oviranja na listi zdravstvene nege	32
Tabela 22: Vodenje protokola - obrazca za nadzor bolnika s fizično omejitvijo, ki se izvaja vsakih 15 minut	32
Tabela 23: Primerjava med psihičnim doživljanjem oviranih pacientov, ki so intubirani in pacientov oviranih z namenom preprečevanja padca.	34

1 UVOD

Varnost je stanje (procesa, sistema, okoliščin, okolja), v katerem so z neprestanim procesom ugotavljanja nevarnosti in obvladovanja tveganj, tveganja za poškodbe ljudi, premoženjsko škodo in škodljiv vpliv na okolje, zmanjšana na najnižjo možno mero (Ražman in Krivec, 2009).

Varnost pacienta je primarno opredeljena z izogibanjem, preprečevanjem in izboljševanjem posledic neželenih dogodkov ali poškodb, ki nastanejo zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe. Povezana je tudi s kakovostjo v zdravstveni obravnavi, vendar ta dva koncepta nista sinonima. Varnost je pomembna podskupina aktivnosti v sklopu kakovostne zdravstvene oskrbe (Vincent, 2010).

Evropska komisija za varnost pacientov ocenjuje, da se varnostni zapleti zgodijo v 8 do 14 % vseh hospitalizacij v Evropi. Mednarodno priznane organizacije so oblikovale številna priporočila o načinih, kako povečati varnost zdravstvene obravnave. Prispeva lahko vsakdo, ki je udeležen v sistemu zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje, 2011).

Čeprav so se raziskave na evropskem področju na temo neželenih dogodkov šele začele izvajati, kažejo na to, da se v Angliji letno 850 000 hospitalizacij konča s posledicami neželenega dogodka. V Italiji pomanjkljiva zdravstvena oskrba povzroči do 30 % prezgodnjih smrti. Podatki tudi kažejo, da je vsak deseti pacient v Evropi izkusil posledice neželenih dogodkov v bolnišnici, ki bi jih lahko preprečili (WHO, 2007). To povzroča trpljenje tako pacientu kot svojcem in dodatno bremeni finančno stanje zdravstvenega sistema. Glede na poročila iz Anglije so dodatni stroški bolnišnične obravnave zaradi neželenih dogodkov ocenjeni na 200 milijonov funtov letno (WHO, 2007).

Eden izmed neželenih dogodkov, do katerih prihaja v bolnišnicah, je padeč, ki negativno vpliva na bolnikovo počutje in lahko povzroča dodatne poškodbe ter celo podaljša bolnišnično zdravljenje (Prah, 2008).

Rizične skupine pacientov za padeč so predvsem majhni otroci, starostniki, dementni pacienti, slabše pomični pacienti in drugi, vzroki zanje pa so različni. Pojav padcev pacientov lahko zmanjšamo z ovirnicami, ki pa lahko zaradi nepravilne uporabe celo povečajo tveganje za padeč. Kljub ovirnicam pa moramo pacientu zagotavljati izvajanje

življenjskih aktivnosti in ga pri tem ne omejevati pri njegovi dejavni vlogi. Zavedati se moramo, da omejevanje svobode z ovirnicami lahko vodi tudi v izgubo zaupanja in pozitivne samopodobe (Vrankar, 2011).

Ovirani pacienti pogosto izražajo jezo, izgubljajo nadzor in se počutijo nemočne (Elk in Fershau, 2000). Medicinske sestre morajo na prvem mestu upoštevati želje in potrebe pacienta, če želijo izvesti optimalno zdravstveno nego. Zavedati se je treba, da vsako oviranje, tudi le prehodno, človeka oropa prostosti (Marinšek in Kramar, 2011).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 VARNOST IN KULTURA VARNOSTI

Pred manj kot stoletjem je bila medicina enostavna, neuspešna in relativno varna. Zdaj je kompleksna, uspešna in potencialno nevarna. Čeprav zdravniki in drugi zdravstveni strokovnjaki nenehno sledijo napredku medicinske znanosti, predvsem pri tehničnih veščinah, pa zanemarjajo druge splošne kompetence, kot so komunikacija, osredotočanje na pacienta, timsko delo, kakovost, varnost pacientov in informacijska tehnologija (Robida, 2008; cit. po Robida 2010, str. 18).

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo članice Evropske unije, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti kot uporabniki zdravstvenih storitev pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti (Žvab, Kramar in Rajgelj, 2006).

Kakovost in varnost sta vsebinsko različna koncepta. Kakovost je značilnost sistema, varnost pa je niz aktivnosti, s katerimi prepoznavamo škodo in tveganja s ciljem preprečevanja neželenih dogodkov. Visoka kakovost sama po sebi še ne zadošča za zagotavljanje varnosti, vsekakor pa se varnost najbolje razvija na njenih temeljih. Lahko tudi trdimo, da se visoka kakovost prične z varnostjo oziroma varnostno kulturo (Šprajcar, 2011).

Kultura varnosti je skupek vrednot, pristopov, stališč, zaznav, usposobljenosti in vzorcev vedenja posameznikov in skupin ter njihove zavzetosti, načina in strokovnosti za obvladovanje varnosti pacientov. Kultura varnosti je kultura, pri kateri se vsakdo nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti zapleta. Vsebuje Hipokratov izrek »Prvo ne škodovati«, ki je vpet v norme in delovanje celotne ustanove in je zanjo najvišja prioriteta (Coper, 2000; cit. po Robida, 2007, str. 179).

Vzpostavitev in razvoj kulture varnosti je prednostna naloga vsake zdravstvene organizacije na primarnem, terciarnem in sekundarnem nivoju. Vlada in politika morata podpirati ukrepe, ki omogočajo zdravstvenim organizacijam delovati odkrito in pravično v vsem, kar delajo. Vzpostavitev kulture varnosti je zahteven in dolgotrajen proces, ki privede do zavedanja vsakega posameznika o lastnem prispevku k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari narobe (Tušar, 2010).

2.1.1 Pogoji za zagotavljanje kulture varnosti

Občutek varnosti je za pacienta poglavitni in najpomembnejši, ker se boji bolečine. Zdravstveni delavci imamo tako zadosten razlog, da želimo preprečiti vsako škodo, ki bi jo s svojim delom lahko povzročili (Vincent, 2010). Še vedno se držimo globoko zakoreninjenega starega modela pristopa k varnosti pacientov. Kadar pride do napake s škodo za zdravje pacienta, prevladuje kultura obtoževanja posameznika (korektivni ukrepi so naperjeni proti posamezniku), sistema ali procesa, latentnih napak in pomanjkljivosti ali odsotnih varoval pa ne popravimo. Posledica takega pristopa je kultura strahu namesto kulture varnosti, zato ne čudi, da se napake skrivajo in pripisujejo zapletom bolezni in se izvaja vedno več defenzivne medicine (Robida, 2010).

Za zagotavljanje kulture varnosti je nujno sprotno ocenjevanje varnosti pacientov, vpeljava učeče se zdravstvene ustanove, prikazovanje nenehnih izboljšav varnosti in ugotavljanje pomanjkljivosti na področju pacientove varnosti. Pri ocenjevanju varnosti procesov uporabljamo kvalitativne in kvantitativne metode, na primer pregledovanje različnih dejavnosti vsakdanje zdravstvene prakse, sistematično zbiranje in analiziranje kazalnikov varnosti (Tušar, 2010). Kakovost in varnost lahko tudi merimo. Pogoj za uporabo teh meril so standardi, smernice, klinične poti in norme, ki veljajo v delovnem in družbenem okolju (Mlakar, 2009). Vincent (2010) navaja nekaj lastnosti zdravstvenih delavcev, ki pripomorejo k večji varnosti. Med njimi so najbolj pomembni: odkritost, samozavedanje, zaupanje, timsko delo, komunikacija in vodenje.

2.1.2 Strategija za preprečevanje in zmanjševanje neželenih dogodkov

Obstaja več metod za spremljanje neželenih dogodkov. Ena od njih so varnostne vizite. To je proces, v katerem poteka neformalna metoda pogovora med vodstvom zavoda oziroma med vodjo medicinskih služb in zdravstvenim osebjem posameznega oddelka. Pogovor se nanaša na dogajanje v zavodu in je pomoč in podpora pri poročanju o tveganjih in neželenih dogodkih – nastalih zapletih (Ražman in Krivec, 2009).

Bistveno za zdravstveni zavod je, da ima izdelano strategijo za preprečevanje in zmanjševanje neželenih dogodkov:

- strokovno usposabljanje;
- prepoznavanje varnostnih zapletov;

- priznanje neželenih dogodkov;
- poznavanje ukrepov za obvladovanje varnostnega zapleta;
- kontinuirano izobraževanje zaposlenih na vseh nivojih;
- poudarjanje kulture organizacije dela;
- delo v timu;
- delo v skladu s sprejetimi standardi in navodili (Prišenk in Rebernik Milič, 2006).

Z ustreznim ukrepanjem je možno neželene dogodke preprečiti ali zmanjšati, zato je Svetovna zdravstvena organizacija leta 2005 izdala dveletni program, kako povečati pacientovo varnost. Med prednostnimi nalogami so vzpostavitev učinkovitega sistema spremljanja neželenih dogodkov, kakovost zdravstvene oskrbe, pravilno ravnanje z zdravili, medicinsko opremo in tehnologijo. Pričakujemo, da bodo zdravstvene organizacije zagotovile postopke za sistemske varnostne procese. V Sloveniji zakon določa, da ima pacient pravico do ugovora na organ nadzora, če meni, da niso bila uporabljena dovolj učinkovita sredstva za zdravljenje ali če so bila kršena etična načela (Čuk, 2008).

2.1.3 Strategija za izboljšanje kakovosti in varnosti

Namen strategije je doseganje zanesljive in s tem varne zdravstvene obravnave. Strukture, ki so za doseganje namena strategije potrebne v večjih organizacijah, so: odbori in komisije za kakovost in varnost, pooblaščenca za varnost pacientov ter koordinatorji kakovosti in varnosti po posameznih enotah (Robida, 2010).

Strateški cilji:

- vzpostaviti strukture za kakovost in varnost pacientov;
- razvijati kulturo varnosti pacientov in vzpostaviti standarde profesionalnega obnašanja, ki bodo podpirali visokokakovostno in varno zdravstveno obravnavo;
- izobraziti vse osebe za varno zdravstveno oskrbo pacientov;
- uvesti proaktivni pristop za obvladovanje tveganj zdravstvene obravnave pacientov in retroaktivno analizo napak, s škodo za zdravje pacientov, in skorajšnjih napak;
- meriti kakovost in varnost z vzpostavitvijo kazalnikov in ciljnih vrednosti;

- izboljšati in vzdrževati sistem sporočanja napak in izboljšati morbiditetne in mortalitetne konference tudi s pomočjo globalnega orodja za retrospektivno odkrivanje možnih napak in njihovih posledic;
- postaviti vsakoletne programe kakovosti in varnosti pacientov z merljivimi cilji;
- v vsakoletnem poslovnem načrtu zagotoviti vire za izvajanje kakovosti in varnosti pacientov;
- na bolniških oddelkih uvesti orodja za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov;
- strategijo pregledati najmanj enkrat na leto in z vprašalnikom ugotavljati vlogo vodstva pri varnosti pacientov (Robida, 2010).

Najpomembnejši sistemi in orodja za uresničevanje strateških ciljev so:

- ugotavljanje in spremljanje kulture varnosti z že preizkušenim vprašalnikom;
- orodja za izobraževanje in usposabljanje ter promocijo varnosti;
- orodje za proaktivni pristop za obvladovanje tveganj zdravstvene obravnave pacientov;
- sporočanje napak;
- merjenje kakovosti in varnosti z vzpostavitvijo kazalnikov in doseganje ciljnih vrednosti (Robida, 2010).

2.2 NEŽELENI DOGODEK

Neželeni dogodek je nenormalen ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval:

- pacientu med zdravstveno obravnavo, ampak ne nastane zaradi narave bolezni;
- zaposlenim in obiskovalcem (Ražman in Krivec, 2009).

V literaturi najdemo kar nekaj poimenovanj neželenega dogodka:

Zdravstveno napako lahko definiramo kot dejanje, ki je spodletelo. Končalo se je v nasprotju s tistim, kar smo v načrtovanju nekega dejanja želeli doseči (napaka izvršitve), ali pa smo uporabili napačen načrt (napaka pri načrtovanju) (Robida, 2004).

Skorajšnja napaka je varnostni zaplet, ki bi lahko povzročil zdravstveno škodo za pacienta, a do nje zaradi pravočasne ugotovitve napake in preprečitve možnih posledic ne pride (Svet Evrope, 2006; cit. po Robida, 2007, str. 179).

Opozorilni nevarni dogodek je nepričakovan dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode za pacienta. Opozorilni se imenuje zato, ker

zahteva takojšnjo analizo in ukrepe, da se prepreči njegova ponovitev. Opozorilni nevarni dogodek ni sinonim za varnostni zaplet pri pacientu. Vsi opozorilni nevarni dogodki ne nastajajo zaradi varnostnega zapleta in vsi varnostni zapleti niso opozorilni nevarni dogodki (Joint commission for a creditation of health care organizations, 2007; cit. po Robida, 2007, str. 179).

V poročilu ameriškega Institute of Medicine »To Err is Human« so število smrti zaradi zapletov, ki so posledica zdravstvenih postopkov in ne osnovne bolezni (t. i. varnostni zapleti), v ZDA ocenili na med 44 000 in 98 000 letno. V Sloveniji to področje ni raziskano. Če podatke iz omenjene raziskave prenesemo na slovenske razmere, bi dobili številke, ki so veliko višje od smrti v prometnih nesrečah – 410 do 890 umrlih zaradi neželenih dogodkov v akutnih bolnišnicah glede na število hospitaliziranih v letu 2005 (Robida, 2010).

Zaradi neželenih dogodkov se pacientom podaljša ležalna doba v bolnišnicah, povečajo se stroški zdravljenja, zaradi nesposobnosti dela se poveča izguba delovnih dni. Tuje raziskave navajajo, da pacienti zaradi neželenih dogodkov trpijo bolečine, zaradi nezmožnosti za delo ali aktivnosti doživljajo psihološke travme, predvsem pa doživijo negativno izkušnjo in izgubijo zaupanje. Tudi izvajalci oziroma zaposleni zaradi napak in neželenih dogodkov doživljajo izkušnjo sramu in krivde. Pogosto se pacienti tudi pritožijo (ICN, 2006; cit. po Čuk, 2008, str. 3).

2.2.1 Vzroki neželenih dogodkov

Smits idr. (2010) v literaturi navajajo, da so raziskovalci na Nizozemskem v 21 bolnišnicah pregledali 744 kartonov pacientov, da bi identificirali najpogostejše vzroke, ki pripeljejo do neželenih dogodkov, in sicer so našli naslednje: tehnične težave, človeške napake, dezorganizacija zdravstvene oskrbe ter vzroki, povezani s pacientovim počutjem in obnašanjem. Najpogostejši vzroki, ki vodijo v neželene dogodke, so: tehnične težave, prenos informacij, pomanjkljivost protokolov, slaba usposobljenost zaposlenih in pomanjkanje koordinacije znotraj zdravstvenega tima. Priporočene strategije za odpravo tovrstnih vzrokov pa so izboljševanje kakovosti dela, pregled in analiza dela znotraj kolektiva, vrednotenje stopnje varnosti ter usposabljanje za zagotavljanje večje varnosti. Za odpravo neželenih dogodkov, ki so povezani s

človeškimi napakami, ter tistih, ki so povezani s pacientom, predlagajo pregled in analizo dela vseh zaposlenih na določenem oddelku (Smits idr., 2010).

Raziskava v UKC Ljubljana (Mlakar, 2009) je pokazala, da je bilo v letu 2008, med evidentiranimi varnostnimi zapleti, največ padcev (575), razjed zaradi pritiska (479), nesreč pri delu (230) in incidentov (108).

V Splošni bolnišnici Maribor so na osnovi zbranih podatkov v letu 2005 zabeležili 413 neželenih dogodkov pri pacientih. Najpogostejši so padci, ki so v letu 2005 predstavljali 45,9 % vseh neželenih dogodkov pri pacientih. Skoraj polovico (22,5 %) predstavljajo padci z bolniških postelj, sledijo udarci in zvini (8,4 %), pogrešani pacienti (7,7 %), pogrešana lastnina pacientov (5,1 %), razjede zaradi pritiska (2,6 %) idr. (Koban, 2006). Forster, Murff, Peterson, Gandhi in Bates (2003) so v prospektivni kohortni študiji, ki je bila izvedena s strani kanadske in harvardske univerze pokazali, da se je pri 76 % pacientov v času hospitalizacije zgodil neželen dogodek, od tega bi jih 23 % lahko preprečili, 24 % dogodkov pa bi se lahko izognili. 3 % vseh neželenih dogodkov se je nanašalo na laboratorijske napake. V 30 % napak je bila škoda za pacienta reverzibilna, v 3 % pa je šlo za ireverzibilno omejitev pacientovih zmožnosti. Neželeni dogodki v povezavi z zdravili so bili najpogostejši varnostni zaplet, in sicer s 66 %, sledile pa so napake, ki so bile povezane z nepravilnostmi v izvajanju diagnostično terapevtskega programa.

2.2.2 Poročanje o neželenih dogodkih

Zakon o zdravstveni dejavnosti v Sloveniji opredeljuje obveznost zdravstvenega delavca o poročanju pooblaščenca za kakovost in varnost o dogodku, ki ima znake varnostnega zapleta. Podatki o pacientu in zdravstvenih delavcih, udeleženih pri posameznem varnostnem zapletu, so zaupni. Razlog za omejeno ureditev je v zasledovanju cilja, da bi dosegli kar se da visoko raven zagotavljanja kakovosti in varnosti ter preprečili ponovitve zapletov pri posameznem izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Omenjeno utegne biti ogroženo, če bi bili podatki o posameznem dogodku, ki ima naravo varnostnega zapleta, dostopni širši skupini ljudi (Simčič, 2010).

Prvi namen poročanja o zapletih je povečanje varnosti pacientov z učenjem na napakah in neželenih dogodkih. Poročanje in zbiranje podatkov o zapletih je smiselno samo takrat, kadar jih analiziramo, ocenimo in damo povratno informacijo osebju, ki je bilo

udeleženo pri zapletu, in vsem drugim, ki bi se lahko iz tega učili. O varnostnem zapletu lahko poročajo zdravstveno osebje, pacienti, svojci in drugi. Namen poročanja ni in ne sme biti kaznovanje udeleženih v varnostnem zapletu. Sistem poročanja mora biti prostovoljen, anonimen, zaupen, nekaznovalen do poročevalcev in udeleženih, objektivni, spodbuden, neodvisen od regulatornih in akreditacijskih procesov (Tušar, 2010).

2.3 PADCI

Padec je definiran kot nenačrtovan dogodek, pri katerem se pacient neprostovoljno znajde na tleh, tudi če ga nismo neposredno videli pasti (Šmitek, 2007).

Danes predstavljajo padci javnemu zdravstvu zelo resen problem, predvsem so izpostavljeni starejši. Izvedenih je bilo že veliko intervencij z namenom preprečevanja in zmanjševanja padcev v bolnišnici. Padec, ki se zgodi v bolnišnici, je označen kot neželeni dogodek (Haines, Hill, Walsh in Osborne, 2007).

Padci so pogosti tako v bolnišnicah kot domovih za starejše, kjer je statistično 3–13 padcev na 1000 ležalnih dni. V letih 2004–2005 je bilo iz bolnišnic v Veliki Britaniji poročano o 275000 padcih, kar predstavlja 60 % vseh prijavljenih neželenih dogodkov. Kohortne študije (Oliver idr., 2006) v Veliki Britaniji so pokazale, da varovanci v domovih za ostarele padejo 2–6-krat letno. 30 % padcev v bolnišnicah in domovih za ostarele se konča s poškodbo in v 3–5 % so to zlomi. Padci lahko vodijo tudi v izgubo neodvisnosti, zaskrbljenost, v depresijo, počasnejšo rehabilitacijo, podaljšano ležalno dobo v bolnišnici, nesposobnost vrnitve v prejšnje psihofizično stanje ter še dodatne stroške zdravstvenega in socialnega zavarovanja. Vse to pa vodi v zaskrbljenost zdravstvenega osebja, ki naj bi zagotavljalo najboljše pogoje varnosti. Padci so pogosto posledica slabosti oziroma bolezni, kar zahteva predvsem obravnavo pacienta v postelji. Dokazi kažejo, da je najboljši način preprečevanja padcev z zmanjšanjem ali odstranitvijo slabosti ter stabilizacija ogroženih, tako bodo lahko živeli doma (Oliver idr., 2006).

Padci so tudi vzrok približno 2/3 vseh nepričakovanih zapletov, ki se končajo s smrtjo. Poleg fizičnih poškodb prihaja še do socialnih problemov (AGS, 2001).

2.3.1 Intervencije za zmanjševanje tveganja za padec

V literaturi (Hook in Winchel, 2006) avtorji medicinske sestre pogosto spodbujajo k sprotnemu ocenjevanju tveganja posameznega pacienta za padec, naj se o tveganju razpravlja multidisciplinarno, pomembno je izobraževanje pacienta, njihovih svojcev ter izboljšanje varnosti okolja s standardi, ki vključujejo minimalno uporabo fizičnih in kemičnih ovirnic. Preventivni programi prav tako vključujejo strategije za prepoznavanje visokih tveganj za padec pri pacientu. Če strategije preprečevanja padca niso zadosti uspešne, se je treba usmeriti v zdravstveno oskrbo po padcu. Uporabljamo:

- posteljne ograjice – Pri uporabi posteljnih ograjic se tveganje za poškodbe lahko še poveča, ker npr. kadar ima postelja nameščene ograjice, lahko oseba skuša plezati čeznje (Vrankar, 2011). Z namenom preprečevanja nepravilne rabe posteljnih ograjic, so bile izdelane smernice o uporabi ograjic, ki bi jih morali imeti na vseh bolniških oddelkih (Barnett in House, b. l.);
- vidna znamenja – predaja stopnje tveganja posameznika za padec znotraj kolektiva zdravstvenih delavcev in ostalih članov tima je zelo pomembno. Vsak od zaposlenih tako ustrezno dopolni strategijo preprečevanja padca. Tako so bili dogovorjeni znaki za označevanje tveganja pacienta za padec: rdeča – visoko tveganje, rumena – srednje tveganje, zelena – nizko tveganje. Ti simboli so lahko nameščeni na bolnikovi postelji (Barnett in House, b. l.);
- alarmne naprave – so naprave, ki delujejo na dotik in so nameščene na posteljo ali stol. S pritiskom pacient sproži alarm, ki ga slišijo tako zaposleni kot pacient. Alarm opomni pacienta, da počaka na pomoč in pogosto to tudi stori (ibid., str. 14);
- ščitniki kolka – zlom kolka pri starejših ljudeh je pogosto posledica padca. Ščitniki kolčne kosti so običajno plastični ter so nameščeni na ustrezen predel sklepa s pomočjo posebnega spodnjega perila. Rezultati raziskav že kažejo pozitivne učinke ščitnika v preučevani populaciji z visokim tveganjem za padec (ibid., str. 14).

Oliver idr. (2006) so izvedli 115 študij na temo analize strategij za preprečevanje padcev in zlomov v bolnišnicah in negovalnih domovih v Veliki Britaniji. 11 študij je preučevalo vpliv pasov preko bokov v negovalnih domovih na stopnjo zmanjšanja padcev in poškodb (zlomov), kar pa ni pokazalo statistično pomembnega učinka

intervencij. Merjenje našega dela je nujno za vrednotenje delovne učinkovitosti, omogoča poznavanje dobrih praks in priložnosti za izboljšave. Ministrstvo za zdravje je v sodelovanju s partnerji v sistemu zdravstvenega varstva v ta namen izdalo priročnik o kazalnikih kakovosti, ki je pomemben mejnik v razvoju tega področja. S pomočjo kazalnikov kakovosti se na 1000 oskrbnih dni spremlja število padcev pacientov in padcev pacientov s postelje, medtem se v povezavi z različnimi dejavnostmi za varnost pacientov zmanjšujejo padci, tako se dosega večja kakovost v zdravstvu. Potrebno je sprotno spremljanje in beleženje padcev (Robida, 2004).

2.4 OVIRNICE

Ovirnice naj bodo uporabljene le v primeru, ko ni drugih praktičnih alternativ in predvsem ko obstajajo razumljivi razlogi za uvedbo ovirnic (Gastmans in Milisen, 2006; cit. po Kadivec, 2012, str. 38). Vsaka uporaba ovirnic mora temeljiti na tehtanju oziroma individualni oceni za uporabo ovirnic in na ponovni oceni potreb po uporabi ovirnic (Bray idr., 2004; cit. po Kadivec, 2012, str. 38).

Tabela 1: Prikaz vzrokov namestitve bolnika v ovirnice

Zagotavljanja neposredne fizične varnosti in zaščite pacienta.
Zagotavljanja neposredne fizične varnosti in zaščite zdravstvenega osebja.
Zagotavljanje zaščite pacienta zaradi zdravljenja ali določenih terapevtskih postopkov.
Zagotavljanje neposredne fizične varnosti in zaščite ostalih.

Vir: (McCabe, Alvares, McNult in Fitzpatrick, 2011; cit. po Kadivec, 2012 str. 37; Tittler, Shever, Kanak, Picone, Quin, 2011; cit. po Kadivec 2012, str. 37; NIAHO; cit. po Kadivec, 2012, str. 37)

2.4.1 Vrste ovirnic:

- FIZIČNE OVIRNICE – omejijo ali kontrolirajo gibanje ali določene navade. Lahko so pritrjene na telo ali pa ustvarjajo fizične ovire;
- KEMIČNE OVIRNICE – to so npr. zdravila, ki vplivajo ali spremenijo navade. Npr. sedativi. Zmanjšajo pacientovo fizično aktivnost;
- OKOLJSKE OVIRNICE – spremenijo ali oblikujejo pacientovo okolje za omejitev ali kontroliranje gibanja. Npr. zaklenjena vrata (Vrankar, 2011).

Fizične ovirnice:

Ovirnica je fizična ali mehanska prepreka, namenjena omejevanju pacientovega gibanja, fizične aktivnosti ali normalnega dostopa do telesa, z namenom zaščititi pacienta pred samim sabo oziroma njegovo okolico pred poškodovanjem (Green, 2010).

Fizične ovirnice se uporabljajo v bolnišnicah v izogib težavnim kliničnim situacijam, še posebno v akutni fazi bolezni. Uporabljajo se zato, da zavarujejo paciente in njihove svojce pred povzročitvijo poškodbe. Prav tako pred padcem zaščitijo paciente, ki so zmedeni ali dementni. V mnogih državah namestitev fizičnih ovirnic pacientu ureja zakonodaja. Civilno in kazensko pravo določata, kdaj je namestitev fizičnih ovirnic prepovedana ali celo kaznivo. V Sloveniji do zdaj le Zakon o duševnem zdravju zaposlene v psihiatričnih ustanovah zavezuje k doslednemu upoštevanju določil. V vseh ostalih zavodih pa je fizično oviranje prepuščeno zaposlenim samim, razviti varnostni kulturi v ustanovah, izobraževanju s področja varnosti in sprejetim standardom ter protokolom, ki urejajo to področje (Bower in McCullaugh, 2000; cit. po Marinšek in Kramar, 2011, str. 110).

Najpogosteje omenjene ovirnice so manšete za fiksacijo zapestja in gležnjev, ki pacientu preprečujejo gibanje z nogami in uporabo rok, in »boksarske rokavice« ali rokavice, ki omogočajo prosto uporabo prstov, razen palca. Pogosto uporabljena ovirnica je tudi blazina (vzglavnik), ki se polaga čez pacientovo roko in mu tako onemogoča prost dostop do medicinskih naprav, cevk ali kablov. Pri uporabi posteljnih ograjic obstaja tveganje za poškodbe, saj oseba, ki leži na postelji z nameščenimi ograjicami, skuša splezati čeznje. Možni razlogi za neželene dogodke so: nepravilna uporaba ovirnic, nepravilna velikost (manšete, pasovi), nepravilno predpisovanje ovirnic, nezadostno opazovanje pacienta in negativni učinki na pacienta, ko so ovirnice nameščene (Vrankar, 2011).

2.4.2 Etične dileme z vidika bolnika/osebja

Ob uporabi fizičnih ovirnic nastaja veliko etičnih dilem. Povzročajo razvrednotenje bolnikove samopodobe, v strokovni prostor prinašajo vznemirjenje in lahko povzročijo poškodbe bolnika in zdravstvenega osebja (Gastmans in Milisen, 2006; cit. po Kadivec, 2012, str. 37; Jones in Stenfert, 2008; cit. po Kadivec, 2012, str. 37). Bolniki v ovirnicah so doživljali jezo in žalost, bili so zmedeni, pod pritiskom in prestrašeni. Strah, jeza in

žalost so ostali tudi po tem, ko niso bili več ovirani, saj ovirnice izzovejo močne čustvene reakcije. Da se izognemo neželenim učinkom, naj bodo ovirnice uporabljene le v primeru, ko drugih praktičnih alternativ za fizične ovirnice ni in predvsem ko obstajajo razumljivi razlogi za uvedbo (Jones in Stenfert, 2008; cit. po Kadivec, 2012, str. 37, 38). Vsaka uporaba ovirnic mora temeljiti na tehtanju oziroma individualni oceni in na ponovni oceni potreb po uporabi ovirnic. Nalogi vodstva sta razviti vizijo in smernice za uporabo ter poskrbeti za izobraževanje in komunikacijo. Etična dilema se ob uporabi ovirnic pojavi tudi med osebjem. Za reševanje težav se priporoča stalno izobraževanje s področja etičnih dilem v zdravstveni negi in spodbujanje k soočanju s problemom uporabe ovirnic pri starostnikih z demenco (Bray idr., 2004; cit. po Kadivec, 2012, str. 38).

Fizične ovirnice tako, ne samo da preprečujejo možnost poškodbe pacienta, predstavljajo zanj tudi tveganje. V retrospektivno kontrolno študijo (Chang, Wang in Chao, 2008), ki je bila izvedena v intenzivni enoti splošne bolnišnice za veterane v Tajvanu, je bilo vključenih 100 pacientov po neplaniranih ekstubaciji, še enkrat več pa jih je bilo v kontrolni skupini. Incidenca neplaniranih ekstubacij je bila 8,7%. Delež je bil povezan z večjim tveganjem neplanirane ekstubacije pri fizično oviranih – do trikrat, večjim tveganjem razvoja bolnišničnih infekcij – do dvakrat, ter oceno 9 ali več po Glasgow Coma Scale pri odpustu iz bolnišnice. Daljše kot je bilo obdobje hospitalizacije v intenzivni enoti, večja je bila verjetnost neplanirane ekstubacije. V preteklosti so bile za preprečevanje samoekstubacij in padcev uporabljene različne vrste ovirnic. Poročila o incidencah neplaniranih ekstubacij, tudi ob nameščenih fizičnih ovirnicah, se zadnjih nekaj let niso izboljšala. Študija (Chang, Wang in Chao, 2008) pokaže, da je bila pri oviranih pacientih stopnja samoekstubacije višja ter doba hospitalizacije v intenzivni enoti daljša kot pri drugi skupini, kjer pacienti niso bili fizično ovirani. Psihološki in kognitivni učinki fizičnega oviranja so znani predvsem kot občutek kaznovanja in negativnosti s posledično možnimi travmatskimi posledicami.

V raziskavo (Happ, Tuite, Dobbin, Divirgilio-Thomas in Kitutu, 2004), ki je bila izvedena v univerzitetnem medicinskem centru v Pittsburghu, je bilo zajetih 396 pacientov, ki so bili mehansko ventilirani ter zdravljeni v enotah intenzivne terapije terciarne zdravstvene ustanove. Rezultati so pokazali, da je večina pacientov, 72 %, med mehansko ventilacijo imelo zabeleženo komuniciranje. Večina pogovorov je potekala

med medicinsko sestro in pacientom. Večina komuniciranja je bila zabeležena v času, ko fizične ovirnice niso bile nameščene, v 62,9 %.

Podatki za ZDA (Bray idr., 2004; cit. po Kadivec, 2012, str. 38) kažejo, da se ovirnice ne uporabljajo optimalno in da lahko vodijo v povečanje bolnikove vznemirjenosti. Raziskave navajajo, da v primeru zmanjšanja razmerja med medicinsko sestro in pacientom število ovirnic (fizičnih in kemijskih) naraste. Boljše razmerje med njima pomeni boljši izidi za bolnika. Avtorji (Bray idr., 2004; cit. po Kadivec, 2012, str. 38) kot alternativo ovirnicam navajajo še masažo, glasbo, akupunkturo, dobro komunikacijo, terapevtske dotike, vključevanje svojcev in melatonin. Menedžment bi moral uporabiti alternative ovirnicam z distribuiranjem pripomočkov, ki na noben način ne ovirajo pacienta, ter ostale metode, ki zagotavljajo mirno terapevtsko okolje, vključno s sprostitvenimi tehnikami, terapijo z živalmi, glasbeno terapijo ter terapijo slikovnih posnetkov (Green, 2010).

Študija (Janelli, Kanski in Wu, 2002) je raziskovala uporabo glasbe kot alternativne možnosti fizičnim ovirnicam pri hospitaliziranih pacientih. Tisti pacienti, ki so poslušali njim všečno glasbo, so bili v primerjavi s tistimi, ki glasbe niso poslušali, vedenjsko bolj umirjeni, tudi ko niso bili v ovirnicah (Janelli, Kanski in Wu, 2002).

Ameriške zdravstvene komisije uporabo ovirnic dovoljujejo samo, kadar obstaja ustrezno klinično potrdilo oziroma nobena od ostalih intervencij ni bila uspešna. Namestitev ovirnic povzroča visoka tveganja tudi za ohromitev življenja. Časopis Hartford Courant iz Connecticuta, letno poroča o 50–150 smrtih, povzročenih zaradi omejevanja. Večina jih nastane zaradi tromboze in zadušitve. Odrgrnine ter modrice pa nastanejo, ko si pacient trudi ovirnice odstraniti (Green, 2010).

V primeru uporabe prisilnega sredstva ali osamitve je treba pacienta osebno oceniti v roku 1 ure od začetka izvajanja ukrepa, in sicer s strani ustrezno usposobljenega člana osebja. Ocenjevanje v živo mora vsebovati:

- pacientovo trenutno stanje;
- pacientovo reakcijo na ukrep;
- pacientovo zdravstveno in vedenjsko stanje;
- potrebo po nadaljevanju ali prekinitvi uporabe prisilnih sredstev ali osamitve (Det Norske Veritas, 2011).

Pacienta, pri katerem se uporabljajo prisilna sredstva ali osamitev, mora nadzirati in oceniti zdravnik ali usposobljeno osebje vsaj vsakih 24 ur. Bolnišnica mora pisno definirati pogostost ocenjevanja in parametre vrednotenja (npr. vitalne znake, preverjanje krvnega obtoka, potrebe po hidraciji, potrebe po izločanju, raven stiske in vznemirjenosti, duševno stanje, kognitivne funkcije, nepoškodovanost kože). Ustrezen interval za ocenjevanje in nadziranje mora temeljiti na pacientovih individualnih potrebah, pacientovem stanju in vrsti uporabljenih prisilnih sredstev (Det Norske Veritas, 2011).

Kemične ovirnice:

Objavljena literatura (Hofsø in Coyer, 2007), ki se nanaša na temo sedacije in kemičnega oviranja, kaže na trend blažje sedacije, uporabo orodij za oceno stopnje sedacije ter uporabo protokolov pri izvajanju sedacije pri nemirnih pacientih. Kemične ovirnice se v enotah intenzivne terapije pogosto uporabljajo pri nadzorovanju nemirnih pacientov, z namenom preprečitve boleče in nenačrtovane samoekstubacije. Pacient, ki ogroža sebe ali okolico, mora biti na nek način oviran. Fizične in kemične ovirnice so zadnja možnost izbire, ki zdravstvenemu delavcu še lahko pomagajo vzdrževati nadzor nad nasilnim pacientom. Pri kemičnih ovirnicah se uporabljajo tri glavne vrste zdravil, to so: benzodiazepini ter tipični ali atipični antipsihotiki. Po pogovoru s pacientom je treba natančno določiti stopnjo njegove vznemirjenosti. Paciente, ki ne predstavljajo neposredne grožnje sebi in okolici, lahko pomirimo po verbalni poti z odprto komunikacijo. Pacienti, ki pa niso sposobni sodelovati z zdravstvenim timom, so zelo nemirni in kažejo znake neposrednega nasilja, pa potrebujejo takojšnje oviranje (Hofsø in Coyer, 2007).

Če stanje ni urgentno in je pacient sposoben sodelovanja z zdravstvenim timom, bi morala biti oralna pomirjevala prva možnost izbire, sledijo intramuskularna ter intravenozna pomirjevala (Mattingly, 2011).

Podatki iz literature in iz kliničnih izkušenj (Drnovšek in Novak Grubič, 2001) kažejo, da imajo pacienti v primeru ukrepanja raje zdravilo, osebno prepričevanje in pogovor kot pa fizično oviranje. Fizični ukrep mnogokrat doživijo kot travmatičen, poniževalen in nehuman.

Uporaba sedativov preprečuje, da bi se pacienti (samo)poškodovali. Sedativi jih pomirjajo v nasprotju s fizičnimi ovirnicami, ki lahko razburjenje pri pacientu povečajo (Vrankar, 2011).

2.4.3 Predpisovanje ovirnic

Odločitev o namestitvi ovirnic največkrat predlagajo medicinske sestre. Kljub spoznanju, da ukrep nima dobrega psihičnega in fizičnega izida, se ga uporablja še naprej (Chuang in Huang, 2007; cit. po Marinšek in Kramar, 2011, str 111).

Ovirnice mora predpisati zdravnik. Osebo se mora prepričati o potrebnosti ukrepa. Odredba mora biti zabeležena na temperaturnem listu in podpisana (Naka, 2011).

Ukrep v primeru, da zdravnik ni prisoten, lahko izvede tudi drug zdravstveni delavec, ampak o tem takoj obvesti zdravnika z natančno opredelitvijo ukrepa. V primeru, da se zdravnik odloči, da se ukrepa ne odredi, se izvede ukrep za takojšnjo opustitev (Šemrl, 2011).

Pogosto se pojavlja vprašanje o potrebnosti fizičnih ovirnic. Glede uporabe ovirnic pri intubiranih pacientih je cilj jasen: zmanjšanje uporabe ovirnic. Alternativne možnosti tako vključujejo psihološke intervencije, ena od njih je prisotnost svojcev, vzdrževanje udobja in toplotnega ugodja pacienta, primerna osvetlitev sobe, tehnike za zmanjševanje zaskrbljenosti, masaže in toplotne kopeli. Prav tako mora potekati komunikacija s pacientom in svojci z namenom zmanjševanja uporabe ovirnic. Emocionalno oporo bi bilo treba nameniti tudi medicinskim sestram ter zagotoviti ustrezno število le-teh, da bi lahko izvajale ustrezen nadzor in opazovanje pacientov (Elk in Ferchau, 2000).

Eksperimentalna študija (Yeh idr., 2004), izvedena v intenzivnih enotah medicinskega centra v Tajvanu, je raziskovala vpliv izobraževanja na novo zaposlene medicinske sestre glede zmanjšane uporabe ovirnic. Raziskovali so njihovo znanje, dožemanje, odnos in klinično prakso uporabe ovirnic v intenzivnih enotah. Izobraževanje povečuje znanje medicinskih sester ter spreminja odnos glede uporabe ovirnic in tako povečuje kakovost zdravstvene oskrbe v intenzivnih enotah.

Prav tako je za zmanjšanje konfliktnih situacij glede uporabe ovirnic pomemben dogovor med medicinsko sestro, zdravnikom, svojci, fizioterapevtom in ostalimi zdravstvenimi delavci. S tako urejenimi odnosi znotraj zdravstvenega tima, bi se

medicinske sestre počutile udobneje in bi se bolj samozavestno odločale za alternative ovirnicam (Yeh idr., 2004).

2.4.4 Pravice oviranih pacientov

Osnovne človekove pravice se ob vstopu v bolnišnico spremenijo. Aplikacija ovirnic omejuje svobodo in pravico do samoodločanja. Ovirnice morajo biti na splošno uporabljene skladno s splošnimi cilji terapije pacienta: ovirnice so lahko uporabljene samo v nujnih primerih in samo toliko časa, kot nujno stanje traja;

- ne smejo biti uporabljene kot kazni;
- pacienti so, preden pride zdravnik in jih pregleda, lahko ovirani samo 30 minut;
- varnost pacienta mora biti zagotovljena;
- zaradi oviranja pacient ne sme biti prikrajšan za obroke, oviranje ne sme povzročiti popolne nesposobnosti gibanja in nezmožnosti uporabe stranišča in kopalnice. Prav tako je pacient med oviranjem lahko oblečen, če je to dopustno iz ostalih zdravstvenih razlogov;
- pacient ima med oviranjem pravico do odvetnika;
- bolnišnica mora dokumentirati, kakšen dogodek je povzročil oviranje, kdo je bil priča, datum in uro. Bolnišnica mora dati kopijo poročila pacientu in odvetniku naslednji dan po dogodku. Pacient ima možnost pritožbe na zabeleženo;
- ko je urgentno stanje mimo, je treba ovirnice odstraniti in zdravstveno obravnavo po predvidenem načrtu nadaljevati (Disabilities Rights Center, 2008).

Nekatere evropske države (Švedska) pacientov nikoli ne fiksirajo. Za nemirne in agresivne paciente skrbijo prostovoljne službe. Vsakemu pacientu, ki se svojega vedenja ne zaveda, dodelijo prostovoljca, ki je ob pacientu tako dolgo, kot to zahteva njegovo zdravstveno stanje. Mogoče bi bilo smiselno razmisliti o vpeljavi podobne oblike varovanja pacientov v naš zdravstveni sistem (Stepanovič, 2011).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti psihofizično doživljanje oviranega pacienta, jasnost naročila za uporabo ovirnice, psihične in fizične lastnosti pacienta ob uporabi ovirnic, njihovo seznanjenost z namenom uporabe in sodelovanje oviranih pacientov z zdravstvenim osebjem.

Cilji diplomskega dela:

- Ugotoviti, ali je psihično doživljanje pacientov, pri katerih so bile uporabljene ovirnice (strah pacientov v ovirnicah), še bolj stresno zaradi same ovirnice.
- Ugotoviti, ali pacienti, ki so v ovirnicah zaradi invazivne mehanične ventilacije doživljajo večji stres zaradi ovirnic, kot ostali pacienti.
- Ugotoviti, ali so bili pacienti seznanjeni z namenom uporabe ovirnice.
- Ugotoviti razsežnost uporabe ovirnic v bolnišnici.
- Ugotoviti jasnost predpisa (naročila) s strani zdravnika.
- Ugotoviti vpliv uporabe ovirnice na pojav padca pacienta.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane tuje in domače strokovne literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne vrste izkušenj predstavlja ovirnica (pozitivno, negativno) in učinek uporabe ovirnic na zdravljenje in počutje pacienta?
- Raziskovalno vprašanje 2: Ali intubirani pacienti doživljajo večji stres pri uporabi ovirnic kot pacienti, ki so ovirani z namenom preprečevanja padcev?
- Raziskovalno vprašanje 3: Na kakšen način (kdo, kako) se predpiše uporabo ovirnic?
- Raziskovalno vprašanje 4: Kakšen je bil delež pacientov, ki so padli in so imeli glede na oceno stopnje tveganja visoko ogroženost za nastanek padca?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljeni sta bili metodi kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja. Najprej smo zaprosili za soglasje o izvedbi raziskave s strani Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinike Golnik) ter Komisije za medicinsko etiko (št. odločbe 47/10/11). Podatke smo nato zbrali z anketnim vprašalnikom ter polstrukturiranim intervjujem. Paciente smo obiskali na domu oziroma jim anketo poslali po pošti. Ostale podatke (vrste oviranja, razlog oviranja, trajanje oviranja, način predpisa ovirnic, idr.) smo pridobili s pregledom bolniške dokumentacije. Za potrebe empiričnega dela je bila zbrana strokovna literatura iz podatkovnih baz: PubMed, Cinahl, Medline. Za iskanje literature smo uporabili ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: varnost kot kakovost, safety, quality, varnostni zaplet, patient safety, adverse events, ovirnice, restraints, padci, falls, quality indicators, physical restraints.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za zbiranje podatkov v empiričnem delu diplomskega dela smo uporabili dva merska instrumenta – strukturiran anketni vprašalnik in polstrukturiran intervju. Vprašanja so bila izdelana in zastavljena na osnovi pregleda strokovne literature (Vrankar, 2011; Green, 2010; Hofso in Coyer, 2007; Shani in Ferchau, 2000; Koenig, 2003). Zanimali so nas psihično in fizično doživljanje pacientov v ovirnicah, komunikacija med pacienti in zdravstvenim osebjem ter nekaj splošnih podatkov o ovirnicah. Vprašalnik je sestavljen iz treh delov. Prvi del vsebuje demografski podatek, kjer nas je zanimal spol. Drugi del vsebuje trideset trditev na temo komunikacije, občutkov ter psihičnega doživljanja s ponujenimi tremi možnostmi odgovora: DA, NE ali NE, NI PRIŠLO V POŠTEV ter osem trditev z uporabo petstopenjske Likertove lestvice (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – neodločen, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam), s katero smo merili mnenje anketiranih glede splošnih trditev o fizičnem oviranju. V tretji del vprašalnika pa so zajeta tri vprašanja odprtega tipa (anketiranci so odgovarjali prosto). Zanimala so nas mnenja ter predlogi, kako bi področje fizičnega oviranja lahko čim bolj približali željam in doživljanjem oviranih pacientov.

Drugi del raziskave je vseboval pregled bolniške dokumentacije pacientov, ki so bili ovirani. Podatke smo pridobili s pomočjo pregledne tabele, ki smo jo sestavili na podlagi raziskovalnih vprašanj in študije literature o ovirnicah. Pregledno tabelo smo osnovali na podlagi raziskovalnih vprašanj. Zanimalo nas je dvajset različnih vprašanj. Za jasna merila odločanja smo si izdelali dopolnilo k pregledni tabeli, kjer smo pod posamezno vprašanje navedli možne odgovore.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na Kliniki Golnik. Vzorčenje je potekalo v mesecih januarju in februarju 2011. V vzorcu, vključenem v raziskavo, so bili pacienti ovirani v obdobju od 1. 1. 2011 do 15. 10. 2011. Oviranje je bilo izvedeno z uporabo manšet (pasovi preko rok in nog) ter pasov pasov (telesni pas preko trebuha). Vseh vključenih pacientov je bilo 146. Z namenom preprečevanja nenačrtovane ekstubacije na Oddelku za intenzivno nego in terapijo je bilo v tem obdobju oviranih 64 pacientov, 26 jih je v raziskavi sodelovalo, ostali so umrli, bili nedosegljivi ali niso mogli sodelovati zaradi bolezni (demenca). Na ostalih bolniških oddelkih je bilo v raziskavo v enakem časovnem obdobju vključenih 54 pacientov, ki so bili ovirani s pasovi segufix z namenom preprečevanja padca. Od tega je 5 pacientov sodelovalo, ostali pa so sodelovanje odklonili, niso bili dosegljivi ali so umrli. V raziskavo smo vključili tudi podatke o pacientih, oviranih z manšetami na bolniških oddelkih. Vključeni so bili pacienti v času od 1. 11. 2011 do 29. 2. 2012, saj so na Kliniki Golnik takrat vzpostavili register oviranih pacientov z manšetami. Vzorec je tako vključeval 28 pacientov, od tega so samo 4 sodelovali, ostali so umrli ali zaradi bolezni (demence) ni bilo možno pridobiti realnih podatkov. Razlog oviranja je bila zmedenost pacientov ter s tem možnost poškodovanja sebe in drugih. Velik vpliv na realizacijo vzorca so imele različne raziskovalne omejitve, ki so še posebej izražene pri pacientih, oviranih z manšetami in pasovi segufix, na bolniških oddelkih. Skupaj je v raziskavi sodelovalo 35 pacientov (tabela št. 2).

Tabela 2: Opis vzorca

	n = 35	%
Spol		
ženski	13	37,1
moški	22	62,9
Starost		
14–49 let	2	5,7
50–64 let	11	31,4
65–74 let	11	31,4
75–80 let	5	14,3
81 let ali več	6	17,1
Zaposlitveni status		
zaposlen	3	8,6
upokojen	29	82,9
neznani nazivi	3	8,6

n = število pacientov

Pri vseh sodelujočih je bila s pomočjo pregledne tabele pregledana tudi bolniška dokumentacija. Predvsem smo se osredotočili na terapevtske liste, listo zdravstvene nege, listo ocene pacienta za padec in pri fizično oviranih tudi protokol opazovanja pacienta na 15 min.

Test zanesljivosti vzorca je bil napravljen na podlagi metode izračuna koeficienta Cronbach alfa. Rezultati v tabeli prikazujejo, da je koeficient Cronbach alfa pri vseh štirih merjenih sklopih presegal vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag, da lahko govorimo o zanesljivem vzorcu (Nunnally in Bernstein, 1994) (tabela št. 3).

Tabela 3: Zanesljivost vzorca po sklopih

Sklop	število vprašanj	koeficient Cronbach alfa
Komunikacija	6	0,712
Občutki	12	0,734
Psihično doživljanje	12	0,815
Splošno	8	0,773

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Podatke, pridobljene s pomočjo anketnega vprašalnika in polstrukturiranega intervjuja za paciente ter pregledno tabelo za pregled podatkov iz pacientovih popisov, smo marca 2012 kvalitativno in kvantitativno obdelali z računalniškim programom Microsoft Excel. Podatkovna zbirka je anonimna. Raziskovalni vzorec je bil opisan na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve, prav tako tudi rezultati glede fizičnega oviranja pacientov. Primerjava med skupino pacientov, ki so bili ovirani zaradi preprečevanja

nenapravljene ekstubacije, in skupino pacientov, oviranih zaradi preprečevanja padca, je bila napravljena s testom hi-kvadrat. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

3.4 REZULTATI

Rezultate smo razdelili na dva dela. Za prvi del raziskave smo uporabili dva merska instrumenta – strukturiran anketni vprašalnik in polstrukturiran intervju.

Prvi del vprašalnika vsebuje demografski podatek, v drugem delu pa smo skušali ugotoviti komunikacijo oviranih pacientov, njihove občutke, psihično doživljanje in nekaj na splošno o ovirnicah. Ti rezultati so prikazani v tabelah 2, 3, 4 in 5.

Vsi pacienti (100 %) so navedli, da se oviranja med zdravljenjem spominjajo in 88,6 % vprašanih se strinja, da je za dobro sodelovanje med pacienti in zdravstvenim osebjem potreben temeljit pogovor. Navajali so, da so bili s strani zdravstvenega osebja v času oviranja deležni dovolj pozornosti (v 71,4 %), zdravstveno osebje jih je prav tako uspelo prepričati, da so ovirnice nameščene v njihovo dobro (v 77,1 %). Hkrati so pacienti navedli, da se niso počutili izključene pri soodločanju in sodelovanju pri zdravljenju (v 74,3 %). Kot najbolj negativno pa so izpostavili, da so zdravstvenemu osebju zaradi ovirnic težje povedali, kaj želijo (v 57,1 %) (tabela št. 4).

Tabela 4: Zadovoljstvo pacientov glede komunikacije v času oviranja

Trditve	da v %		ne v %		ni prišlo v pošte v %	
	n	%	n	%	n	%
Spominjam se, da sem bil/-a med zdravljenjem oviran/-a.	35	100,0	0	0	0	0,0
Imel/-a sem občutek, da mi je zdravstveno osebje v času oviranja namenilo dovolj pozornosti.	25	71,4	10	28,6	0	0,0
Menim, da je za dobro sodelovanje med pacienti in zdravstvenim osebjem potreben temeljit pogovor.	31	88,6	4	11,4	0	0,0
Zaradi ovirnic sem zdravstvenemu osebju težje povedal/-a kaj želim.	20	57,1	15	42,9	0	0,0
Zdravstveni delavci so me prepričali, da so ovirnice nameščene v moje dobro.	27	77,1	7	20,0	1	2,9
Ker sem bil/-a oviran/-a, sem se počutil/-a ne vključen v soodločanje in sodelovanje pri zdravljenju.	9	25,7	26	74,3	0	0,0

n = število pacientov

Pacienti so (v 60,0 %) navedli, da so se zaradi oviranih rok in nog počutili zelo neprijetno. Oviranih preko trebuha je bilo pet (14,3 %), trije pacienti (5,7 %) so se počutili zelo neprijetno. Prav tako so navedli, da jih je motilo, ker niso mogli svobodno spreminjati lege v postelji (v 48,6 %), osemnajst (51,4 %) jih je navedlo, da so se želeli odvezati. V 51,4 % so pacienti navedli, da so morali ostati privezani tudi v času obiska svojcev, 80 % jih je odgovorilo, da svojci zato, ker bi bili takrat pacienti lahko odvezani, niso bili dlje časa na obisku. Kot bolj pozitivno so pacienti navedli, da ovirnice niso bile nameščene pretesno (v 68,6 %) in jim niso povzročale bolečin (v 74,3 %). Tudi zaradi posteljnih ograjic se niso počutili omejene (v 71,4 %), pacienti (v 60,0 %) so navedli, da so se tako počutili varnejše in (v 77,1 %) ograjice niso imeli namena preplezati. Na trditev, da so se počutili nelagodno, ko so bila vrata sobe zaprta, je z odgovorilo sedem pacientov (20 %) in z ne štirje pacienti (11,4 %), pri štiriindvajsetih pacientih (68,6 %) trditev ni prišla v poštev, ker so ležali v sobi za intenzivno terapijo, kjer je prisoten stalni nadzor zdravstvenega osebja (tabela št. 5).

Tabela 5: Občutki pacientov v času oviranja

Trditve	da v %		ne v %		ni prišlo v poštev v %	
	n	%	n	%	n	%
Oviran/-a za roke/noge sem se počutil/-a zelo neprijetno.	21	60,0	9	25,7	5	14,3
Oviran/-a preko trebuha sem se počutil/-a zelo neprijetno.	3	8,6	2	5,7	30	85,7
Želel/-a sem se odvezati.	18	51,4	17	48,6	0	0,0
Imel/-a sem občutek, da so bile manšete za roke/noge oziroma pasovi preko trebuha nameščeni pretesno.	11	31,4	24	68,6	0	0,0
Ovirnice so mi povzročale bolečine.	9	25,7	26	74,3	0	0,0
Posteljne ograjice so bile moteče. Počutil/-a sem se omejeno.	10	28,6	25	71,4	0	0,0
Ko so bile nameščene posteljne ograjice, sem se počutil varneje.	21	60,0	13	37,1	1	2,9
Želel/-a sem preplezati posteljne ograjice.	8	22,9	27	77,1	0	0,0
Zdelo se mi je neprimerno, da sem oviran/-a, saj nisem mogel/mogla svobodno spreminjati lege v postelji.	17	48,6	18	51,4	0	0,0
Počutil/-a sem se nelagodno, ko so bila vrata sobe zaprta.	7	20,0	4	11,4	24	68,6
V času obiskov svojcev je zdravstveno osebje omogočilo, da sem bil/-a lahko odvezan/-a.	17	48,6	18	51,4	0	0,0
V času oviranja so bili svojci dlje na obisku, ker sem bil/-a takrat lahko odvezan/-a.	7	20,0	28	80,0	0	0,0

n = število pacientov

Pacienti so kot najbolj negativno psihično doživljanje navedli, da se zaradi ovirnic niso počutili varneje (v 65,7 %) in da so slabše spali (v 48,6 %). V 34,3 % so navedli, da so imeli med oviranjem negativne občutke. Navedena sta bila strah in stres (v 31,4 %). Kot pozitivno je bilo s strani pacientov navedeno, da zaradi ovirnic niso ostali brez volje do zdravljenja (v 91,4 %) niti se niso počutili osramočene (v 85,7 %). Prav tako so pacienti v veliki večini navedli, da zaradi ovirnic niso bili agresivni do sebe (v 94,3 %) ali do zdravstvenega osebja (v 80,0 %). Da bi bilo bolje, da ovirnice sploh ne bi obstajale, je navedlo le 20,0 % pacientov in na trditev, da jih občutek nemoči, ko so bili ovirani, spremlja še danes, jih je 85,7 % odgovorilo z ne. Kemične ovirnice (zdravila za pomiritev) so prišle v poštev pri 23 pacientih (65,7 %), od tega je 13 pacientov (37,1 %) imelo občutek, da so postali pomirjeni (tabela št. 6).

Tabela 6: Psihično doživljanje oviranih pacientov

Trditve	da v %		ne v %		ni prišlo v poštev v %	
	n	%	n	%	n	%
Ko sem prejel/-a zdravila za pomiritev, sem imel/-a občutek, da sem postal/-a bolj pomirjen/-a.	13	37,1	10	28,5	12	34,2
Zaradi oviranja sem bil/-a agresiven/agresivna do zdravstvenega osebja.	7	20,0	28	80,0	0	0,0
Zaradi oviranja sem bil/-a agresiven/agresivna do sebe.	2	5,7	33	94,3	0	0,0
Zaradi oviranja sem se počutil/-a osramočeno.	5	14,3	30	85,7	0	0,0
Ovirnice so mi povzročale stres.	11	31,4	24	68,6	0	0,0
Želel/-a sem si, da ovirnice sploh ne bi obstajale.	7	20,0	28	80,0	0	0,0
Zaradi oviranja sem bil/-a brez volje do zdravljenja.	3	8,6	32	91,4	0	0,0
Namestitve v ovirnicah me je bilo strah.	11	31,4	24	68,6	0	0,0
Ko sem bil/-a oviran/-a, sem se počutil/-a varno.	12	34,3	23	65,7	0	0,0
Zaradi ovirnic sem slabše spal/-a.	17	48,6	18	51,4	0	0,0
Med oviranjem sem imel/-a negativne občutke.	12	34,3	23	65,7	0	0,0
Občutek nemoči, ko sem bil/-a oviran/-a v bolnišnici, me spremlja še danes.	5	14,3	30	85,7	0	0,0

n = število pacientov

Pacienti so si bili enotni v tem, da so bili v času oviranja popolnoma odvisni od zdravstvenega osebja (PV 4,4). Ocena 5 (zelo se strinjam) je bila navedena najpogosteje, in sicer v 62,9 %. Največje nestrinjanje so pacienti navedli pri trditvah, da so namerno odklanjali sodelovanje z zdravstvenim osebjem in da so zaradi oviranja imeli občutek, da jih zdravstveno osebje ne spoštuje. Povprečna ocena je bila v obeh primerih 1,6, najpogostejša ocena pa 1 (sploh se ne strinjam), v 60,0 in v 57,1 %. Najmanj enotni so bili pacienti o tem, da so jasno razumeli, zakaj sploh potrebujejo ovirnice, standardni odklon je znašal 1,4, najpogostejša je bila ocena 4 (se strinjam), v

45,7 %, navedena je bila tudi ocena 1 (sploh se ne strinjam), v 17,1 %. Najpogostejša ocena pacientov, da je zdravstveno osebje razumelo njihove želje, je bila 4 (se strinjam), v 40 %. Pri trditvi, da so bili ovirani zato, da se zdravstvenemu osebju ni bilo treba ukvarjati z njimi, je bila najpogosteje navedena 1 (sploh se ne strinjam), v 62,9 %. Zelo zadovoljiv je tudi odgovor na trditev, da so pacienti izgubili zaupanje v zdravstveno osebje, ker so bili ovirani, 60 % anketiranih je odgovorilo z 1 (sploh se ne strinjam). Manjkraj pa so pacienti navajali, da so jih med oviranjem spreletavali neprijetni občutki in travme iz preteklosti, saj je bila povprečna ocena 2 (se ne strinjam) (tabela št. 7).

Tabela 7: Zadovoljstvo pacientov z obravnavo zdravstvenega osebja

	min.	maks.	PV	SO	modus
Vsa pojasnila, zakaj potrebujem ovirnice, sem jasno razumel/-a.	1	5	3,5	1,4	4 (45,7 %)
Zdravstveno osebje je razumelo moje želje.	2	5	3,7	1,0	4 (40,0 %)
Imel/-a sem občutek, da sem oviran/-a tudi z razlogom, da se zdravstvenemu osebju ni bilo treba ukvarjati z mano	1	4	1,7	1,1	1 (62,9 %)
V času oviranja sem bil/-a popolnoma odvisen/odvisna od zdravstvenega osebja.	1	5	4,4	1,1	5 (62,9 %)
Ker sem bil/-a oviran/-a, sem izgubil/-a zaupanje v zdravstveno osebje.	1	5	1,7	1,1	1 (60,0 %)
Ker sem bil/-a oviran/-a, sem namerno odklanjal/-a sodelovanje z zdravstvenim osebjem.	1	4	1,6	0,9	1 (60,0 %)
Zaradi oviranja sem imel/-a občutek, da me zdravstveno osebje ne spoštuje.	1	4	1,6	0,9	1 (57,1 %)
V obdobju oviranja so me spreletavali neprijetni občutki in travme iz preteklosti.	1	5	2,0	1,2	1 (48,6 %)

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon; modus: najpogostejša ocena

Zadnji del vprašalnika vsebuje vprašanja odprtega tipa, kjer so pacienti prosto pisali o svojih občutkih, neprijetnostih in predlogih, kako povečati stopnjo varnosti.

Kakšne občutke ste imeli, ko ste bili v ovirnicah?

Pri pregledu odgovorov na vprašanja, kjer so anketirani pacienti lahko izrazili svoje mnenje glede uporabe ovirnic, po pričakovanjih prevladujejo negativne misli. Odgovori so bili vsebinsko enaki in se niso razlikovali glede na način oviranja (manšete, pasovi segufix), prav tako ne glede na hospitalizacijo na bolniškem oddelku oz. oddelku za intenzivno terapijo ter tudi ne glede na to, ali je bil pacient intubiran ali ne. V času oviranja so bili pacienti prestrašeni, fizične ovirnice so bile v nekaterih primerih zategnjene premočno, nekateri so imeli celo občutek, da jih zdravstveno osebje na ta način kaznuje. Ena izmed anketiranih pacientk, ki je bila v času hospitalizacije ovirana,

je menila, da bi morali biti taki postopki v moderni medicini zgodovina in da se je počutila kot na električnem stolu. Drugi anketirani pacient, ki je bil vključen v raziskavo, je izkušnjo z oviranjem primerjal s počutjem v 2. svetovni vojni, saj je menil da je bilo zelo trpeče, spet tretji pa je videl pred sabo samo temo, kot da je nekje v globini, ko pa se je zavedel ovirnic, je mislil, da je v zaporu. Kljub začetnemu negativnemu mnenju glede uporabe ovirnic pa je v drugem delu odgovora na vprašanje kar nekaj pacientov menilo, da so po razlagi zdravstvenega osebja razumeli, da so ovirnice nameščene v njihovo dobro, da ne bi poskušali izvleči cevke ter za njihovo varnost – z namenom preprečevanja padca.

Kaj je bilo za vas najbolj neprijetno, ko ste bili v ovirnicah?

Pri drugem opisnem vprašanju smo paciente spraševali, kaj je bilo v obdobju oviranja za njih najbolj moteče. Ponovno med vsemi tremi skupinami anketiranih pacientov ni bilo vsebinsko pomembnih razlik, zato so odgovori povzeti skupaj. Večina se jih je nanašala na fizične posledice oviranja, to so bile otekline in bolečine na rokah in nogah zaradi pretesno nameščenih manšet, pri enem od anketirancev so se v oviranih okončinah pojavili celo mravljinci. Mnoge je motila tudi prisilna lega na hrbtu, niso si mogli obrisati oči ali se popraskati, motila sta jih nezmožnost menjavanja položaja v postelji ter nezmožnost samostojnega opravljanja osnovnih življenjskih potreb, kot je osebna higiena. Nekateri pa so bili kritični tudi do komunikacije z zdravstvenim osebjem, saj so navedli nerazumevanje in nepotrpežljivost ter celo arogantnost.

Na kakšen način bi po vašem mnenju lahko povečali stopnjo varnosti pacientov?

Ponovno so vsi odgovori zajeti skupaj, saj so si vsi anketiranci želeli boljše komunikacije z zdravstvenim osebjem, predvsem več pogovora o varnosti ter razlage, čemu so ovirnice namenjene in zakaj so aplicirane pri posameznem pacientu. En od predlogov anketiranca pa je bil tudi ta, da bi bilo treba zagotoviti osebo, ki bi bila v času oviranja stalno pri pacientu in zato ovirnice sploh ne bi bile potrebne.

Drugi del raziskave smo izvedli s pomočjo pregledne tabele, s katero smo pregledali bolniško dokumentacijo pacientov, ki so sodelovali v raziskavi. Rezultati so prikazani v tabelah 8–22.

Najpogostejša primarna diagnoza oviranih pacientih je bila pljučnica, v kar 42,9 %. Nato sledita kronično obstruktivna pljučna bolezen s 17,1 % in pljučnica skupaj s KOPB v 11,4 %. Akutna respiratorna odpoved in respiratorna insuficienca sta z 8,6 % na četrtem mestu. Dva ovirana pacienta (5,7 %) sta imela primarno diagnozo anafilaktični šok. S primarno diagnozo pljučni edem je bil sprejet en pacient in prav tako en pacient z arterijsko hipertenzijo (tabela št. 8).

Tabela 8: Najpogostejše diagnoze

	n = 35	%
KOPB	6	17,1
pljučnica, KOPB	4	11,4
anafilaktični šok	2	5,7
pljučnica	15	42,9
akutna respiratorna odpoved	3	8,6
respiratorna insuficienca	3	8,6
pljučni edem	1	2,9
arterijska hipertenzija	1	2,9

n = število pacientov

Rezultati so pokazali, da je bilo petnajst pacientov (42,9 %) hospitaliziranih 3–4 tedne, pet (14,3 %) 1–2 tedna in manj kot en teden dva pacienta (5,7 %). Kar devet pacientov (25,7 %) je bilo hospitaliziranih 5–6 tednov, štirje pacienti (11,4 %) celo več kot 6 tednov (tabela št. 9).

Tabela 9: Čas zdravljenja v bolnišnici

	n = 35	%
manj kot 1 teden	2	5,7
1–2 tedna	5	14,3
3–4 tedne	15	42,9
5–6 tednov	9	25,7
več kot 6 tednov	4	11,4

n = število pacientov

Največ sodelujočih v raziskavi, to je šestindvajset (74,3 %), je bilo hospitaliziranih na Oddelku za intenzivno nego in terapijo, kjer se ovirnice tudi najpogostejše uporabljajo, predvsem zaradi preprečevanje nenačrtovanih samoekstubacij pacientov. V več kot 5 % tega vzorca so bili pacienti ovirani še na bolniškem oddelku 300, 600 in na negovalnem oddelku. V 2,9 % vzorca so bili ovirani hospitalizirani na bolniškem oddelku 200 in 700 (tabela št. 10)

Tabela 10: Bolniški oddelki oviranih pacientov

	n = 35	%
200	1	2,9
300	2	5,7
600	3	8,6
700	1	2,9
oddelek za intenzivno terapijo in nego	26	74,3
negovalni oddelek	2	5,7

n = število pacientov

Vsi pacienti so bili fizično ovirani (100,0 %), poleg tega pa 65,7 % še kemično (tabela št. 11).

Tabela 11: Vrste oviranja

	n = 35	%
fizične ovirnice	35	100,0
fizične in kemične ovirnice	23	65,7

n = število pacientov

Vsi pacienti so bili ovirani s posteljnimi ograjicami, poleg tega pa še trideset pacientov z manšetami (85,7 %) in pet pacientov s pasovi segufix (14,3 %) (tabela št 12).

Tabela 12: Vrste fizičnega oviranja

	n = 35	%
manšete	30	85,7
pasovi segufix	5	14,3
posteljne ograjice	35	100,0

n = število pacientov

Pacienti so bili primarno ovirani zaradi preprečevanja padca (100,0 %), poleg tega še v 74,3 % primerov zaradi preprečevanje nenačrtovane ekstubacije (izvlek cevke iz grla), v 8,6 % zaradi vpliva alkohola in ostalih psihoaktivnih sredstev ter v 2,9 % zaradi agresivnosti do sebe in drugih (tabela št. 13).

Tabela 13: Vzrok uporabe ovirnic

	n = 35	%
preprečevanje padca	35	100,0
preprečevanje nenačrtovane ekstubacije (izvlek cevke iz grla)	26	74,3
agresivnost do sebe in drugih	1	2,9
vpliv alkohola in ostalih psihoaktivnih sredstev	3	8,6
fiksacija roke, med aplikacijo infuzije pred medicinskimi posegi in preiskavami	0	0,0

n = število pacientov

Rezultati so pokazali, da je bilo petnajst pacientov (42,9 %) oviranih več kot sedem dni, deset pacientov (28,6 %) 4–7 dni in prav tako deset (28,6 %) 1–3 dni. Manj kot 24 ur ni bil oviran noben pacient (tabela št. 14).

Tabela 14: Trajanje oviranja v času hospitalizacije pacienta

	n = 35	%
manj kot 24 ur	0	0,0
1–3 dni	10	28,6
4–7 dni	10	28,6
več kot 7 dni	15	42,9

n = število pacientov

Največkrat sta se kot kemični ovirnici uporabila Haldol in Dormicum (v 34,3 %). V petih primerih (14,3 %) so pacienti prejeli kombinacijo spodaj navedenih zdravil (tabela št. 15).

Tabela 15: Vrste apliciranih kemičnih ovirnic

	n = 35	%
Haldol	12	34,3
Dormicum	12	34,3
Apaurin	0	0,0
Distraneurin	0	0,0
Meprobamat	5	14,3
niso bile uporabljene	11	31,4

n = število pacientov

Zdravniki pogosto spreminjajo način in pogostost aplikacije kemičnih ovirnic (zdravil). V največji meri se je predpisovala aplikacija enkrat dnevno (v 34,3 %) in po potrebi (v 31,4 %). Predpis po potrebi je bil zmeraj v kombinaciji z enkrat dnevno, dvakrat dnevno, trikrat dnevno ali štirikrat dnevno (tabela št. 16)

Tabela 16: Predpis aplikacije kemičnih ovirnic

	n = 35	%
enkrat dnevno	12	34,3
dvakrat dnevno	3	8,6
trikrat dnevno	8	22,9
štirikrat dnevno	2	5,7
po potrebi	11	31,4
kontinuirano	6	17,1
ni prišlo v poštev	11	31,4

n = število pacientov

Kemične ovirnice so bile pretežno aplicirane per os (54,3 %), nato intravensko (25,7 %) in intramuskularno (2,9 %). V petih primerih (14,3 %) je bila intramuskularna ali intravensko aplikacija v kombinaciji s per os (tabela št. 17).

Tabela 17: Način aplikacije kemičnih ovirnic

	n = 35	%
intramuskularno	1	2,9
intravensko	9	25,7
per os	19	54,3
subkutano	0	0,0
ni bilo aplicirano	11	31,4

n = število pacientov

V 31,4 % kemične ovirnice niso prišle v poštev. Rezultati so pokazali, da je bilo pri devetih pacientih (25,7 %) kemična ovirnica aplicirana več kot osemkrat in (v 20 %) dva- do štirikrat. Samo enkrat v hospitalizaciji sta kemične ovirnice prejela dva pacienta (5,7 %) in prav tako dva pacienta pet- do osemkrat. Več dni kontinuirano so bili kemično ovirani trije pacienti (8,6 %) in en pacient (2,9 %) kontinuirano do 24 ur (tabela št. 18).

Tabela 18: Količina prejetih kemičnih ovirnic v celotni hospitalizaciji

	n = 35	%
enkrat	2	5,7
dva do štirikrat	7	20,0
pet do osemkrat	2	5,7
več kot osemkrat	9	25,7
kontinuirano več dni	3	8,6
kontinuirano do 24 ur	1	2,9
ni prišlo v poštev	11	31,4

n = število pacientov

Zabeležke zdravnikov so bile prisotne na terapevtskem listu v 11 primerih (31,5%), ampak v vseh primerih pomanjkljivo. Začetek oviranja s strani zdravnika je bil zabeležen popolno samo v enem primeru (2,9 %), pomanjkljivo pa v osmih primerih (22,9 %). Pri 26 pacientih predpisa začetka oviranja s strani zdravnika ni bilo. Tu so zajeti tudi pacienti z Oddelka za intenzivno nego in terapijo, kjer zdravniki na terapevtski list nikoli ne predpišejo ovirnic, saj na Kliniki Golnik velja dogovor, da je pri vsakem intubiranem pacientu predvidena uporaba manšet. Konec oviranja je bil zabeležen dvakrat (5,7 %), toda nepopolno, v 33 primerih (94,3 %) konec ni bil zabeležen (tabela št. 19)

Tabela 19: Zabeležen začetek in konec fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani zdravnika

	začetek		konec	
	n = 35	%	n = 35	%
na terapevtski list	1	2,9	0,0	0,0
nepopolno zabeleženje na terapevtskem listu	8	22,9	2	5,7
ni bilo zabeleženo	26	74,3	33	94,3

n = število pacientov

Rezultati prikazujejo, da so medicinske sestre v veliki večini (85,7%) zabeležile začetek fizičnega oviranja pacientov, zaključek pa je bil zabeležen redko (25,7%) (tabela št. 20)

Tabela 20: Zabeležen začetek in konec fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani medicinskih sester

	začetek		konec	
	n = 35	%	n = 35	%
v načrt zdravstvene nege	30	85,7	9	25,7
ni bilo zabeleženo	5	14,3	26	74,3

n = število pacientov

Medicinske sestre so vedno dokumentirale vrsto uporabe fizičnih ovirnic, v 97,1 % je bilo zabeleženo vrednotenje opazovanja pacienta in v 54,3 % je bil dokumentiran opravljen pogovor o varnosti (tabela št. 21).

Tabela 21: Načrt oviranja na listi zdravstvene nege

	n = 35	%
vrednotenje opazovanja pacienta	34	97,1
dokumentiranje vrste fizičnih ovirnic	35	100,0
pogovor o varnosti	19	54,3

n = število pacientov

Medicinske sestre so v 11,4 % obrazec za nadzor bolnika s fizično omejitvijo vsakih 15 minut vodile po protokolu, v 2,9 % obrazec ni bil pravilno voden in v 11,4 % obrazec sploh ni bil voden. Pri šestindvajsetih pacientih, to so intubirani pacienti in s tem tudi ovirani na Oddelku za intenzivno nego in terapijo, je bil zagotovljen stalni nadzor, kar predstavlja 74,3 % (tabela št. 22).

Tabela 22: Vodenje protokola - obrazca za nadzor bolnika s fizično omejitvijo, ki se izvaja vsakih 15 minut

	n = 35	%
obrazec je bil voden po protokolu	4	11,4
obrazec ni bil voden po protokolu	1	2,9
obrazec ni bil voden	4	11,4
zagotovljen je bil stalni nadzor	26	74,3

n = število pacientov

RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne vrste izkušenj predstavlja ovirnica (pozitivno, negativno ...) in učinek uporabe ovirnic na zdravljenje in počutje pacienta?

Odgovor na 1. raziskovalno vprašanje se nanaša na tabele 2, 3, 4, 5 in odgovore na vprašanja odprtega tipa, ki so bila zastavljena v anketnem vprašalniku. Večina oviranih pacientov (68,6 %) se je počutila v ovirnicah zelo neprijetno. Vsi se spominjajo ovirnic in kot je razvidno iz rezultatov tabele št. 4 je bilo 25 pacientov (71,4 %) z obravnavo s strani zdravstvenega osebja zadovoljna in menijo, da je za dobro sodelovanje potreben temeljit pogovor, čeprav jih več kot polovica odgovarja, da so zaradi ovirnic težje sodelovali z zdravstvenim osebjem. V tabeli št. 5 smo ugotovili, da jim je zdravstveno osebje razložilo, da so ovirnice nameščene zaradi varnosti in da so to pacienti razumeli.

V 51,4 % pa vseeno navajajo, da so se želeli odvezati, nekaj jih navaja tudi bolečine zaradi pretesno zategnjenih manšet. Zadovoljiv je odgovor glede posteljnih ograjic, saj v 60 % pacienti navajajo, da so se počutili varneje, ko so bile ograjice nameščene, nekateri pa so želeli ograjice tudi preplezati. Za 17 pacientov (48,9 %) je bilo zelo moteče, da se v postelji niso mogli samostojno obračati. Skoraj polovica je navedla, da jim je zdravstveno osebje v času obiskov omogočilo, da so bili odvezani. Ovirnice pri nekaterih pacientih vplivajo na spanje, to jih je potrdilo 48,6 %. Občasno navajajo še stres, strah, negativne občutke ter tudi, da so se počutili varneje. Predvsem so to izrazili intubirani pacienti, ki se stanja zavedajo in imajo strah pred tem, da bi si nenamerno izvlekli endotrahealni tubus. Redko pacienti navajajo, da bi bili agresivni do sebe in bi izgubili voljo do zdravljenja ter da jih občutek, ko so bili v ovirnicah, spremlja še danes (tabela 6). Pojasnila glede ovirnic, so pacienti ocenili zelo pozitivno, dejali so, da je zdravstveno osebje razumelo njihove želje, jih spoštovalo in s tem pridobilo zadostno zaupanje. Redki so tisti, ki so zaradi oviranja namerno odklanjali zdravljenje (tabela št. 7). Zelo zanimive odgovore smo pridobili tudi na podlagi treh odprtih vprašanj. Med pacientovimi občutki prevladujejo negativne misli, veliko jih je prestrašenih in navajajo premočno zapete manšete. Ena pacientka je ovirnice celo primerjala z električnim stolom, drugi pacient z dogajanjem v drugi svetovni vojni, tretji je pisal, da je imel občutek, da je nekje v globini, in ko se je zavedel, se je počutil, kot v zaporu. V 2. vprašanju smo paciente povprašali o najbolj neprijetnih dogodkih v času oviranja. Nekaj jih je navedlo otekline in bolečine v rokah, pri enem pacientu so se pojavili celo mravljinici. Kar nekaj pacientov je motilo, ker se v postelji niso mogli samostojno obračati in so bili pri izpolnjevanju osnovnih življenjskih potreb popolnoma odvisni od zdravstvenega osebja. Nekateri so bili kritični do zdravstvenih delavcev, saj so navajali nerazumevanje, nepotrpežljivost in celo arogantnost pri komunikaciji. Na koncu pa so dodali še nekaj predlogov, kako izboljšati varnost. Predvsem si želijo več komunikacije s temeljitimi razlagami, zakaj so ovirnice potrebne.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali intubirani pacienti doživljajo večji stres pri uporabi ovirnic kot pacienti, ki so v ovirnicah zaradi preprečevanja padcev?

Rezultati v tabeli prikazujejo, da intubirani pacienti niso navedli večje agresivnosti do zdravstvenega osebja kot pacienti, ki so imeli ovirnice zaradi preprečevanja padcev,

prvi so navedli agresivnost do zdravstvenega osebja v 19,2 %, drugi pa v 22,2 %. Podoben rezultat je bil še pri agresivnosti do sebe (3,8 % in 11,1 %). Tudi pri trditvi, da so ovirnice pacientom povzročale stres, je bil s 26,9 % pri intubiranih pacientih ta odstotek nižji kot pri pacientih v nevarnosti zaradi padca (44,4 %). Popolnoma enako razmerje je bilo pri trditvi, da je bilo paciente namestitve v ovirnice strah. Intubirani pacienti so spet navedli nižji odstotek glede negativnih občutkov pri oviranju (26,9 % v primerjavi s 55,6 %). Kot bolj negativno psihično doživljanje so intubirani pacienti v primerjavi s pacienti v nevarnosti padca navedli, da so se zaradi oviranja počutili osramočene (v 15,4 % glede na 11,1 %), v želji, da ovirnice sploh ne bi obstajale (23,1 % glede na 11,1 %), in v navedbah, da jih občutek nemoči, ko so bili ovirani, spremljajo še danes (19,2 % glede na 0,0 %). V skupini trditev psihičnega doživljanja je bila tudi trditev v pozitivnem smislu uporabe ovirnic, kjer so intubirani pacienti v 42,3 % navedli, da so se ovirani počutili bolj varno, to je potrdilo le 11,1 % pacientov v nevarnosti zaradi padca. Test hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike pri trditvah o psihičnem doživljanju stresa zaradi uporabe ovirnic med skupino intubiranih pacientov in skupino pacientov v nevarnosti zaradi padca ($p =$ večji od 0,05) (tabela št. 23).

Tabela 23: Primerjava med psihičnim doživljanjem oviranih pacientov, ki so intubirani in pacientov oviranih z namenom preprečevanja padca.

Trditve	ovirnice zaradi ekstubacij (n = 26) da v %		ovirnice zaradi padca (n = 9) da v %		X ²	p
	n	%	n	%		
Zaradi oviranja sem bil/-a agresiven/agresivna do zdravstvenega osebja.	5	19,2	2	22,2	0,037	0,847
Zaradi oviranja sem bil/-a agresiven/agresivna do sebe.	1	3,8	1	11,1	0,665	0,418
Zaradi oviranja sem se počutil/-a osramočeno.	4	15,4	1	11,1	0,100	0,752
Ovirnice so mi povzročale stres.	7	26,9	4	44,4	0,952	0,329
Želel/-a sem si, da ovirnice sploh ne bi obstajale.	6	23,1	1	11,1	0,598	0,439
Zaradi oviranja sem bil/-a brez volje do zdravljenja.	1	3,8	2	22,2	2,881	0,090
Namestitve v ovirnicah me je bilo strah.	7	26,9	4	44,4	0,952	0,329
Ko sem bil/-a oviran/-a, sem se počutil/-a varno.	11	42,3	1	11,1	2,888	0,089
Zaradi ovirnic sem slabše spal/-a.	13	50,0	4	44,4	0,083	0,774
Med oviranjem sem imel/-a negativne občutke.	7	26,9	5	55,6	2,433	0,119
Občutek nemoči, ko sem bil/-a oviran/-a v bolnišnici, me spremlja še danes.	5	19,2	0	0,0	2,019	0,155

X²: hi-kvadrat

Raziskovalno vprašanje 3: Na kakšen način (kdo, kako) predpiše uporabo ovirnic?

Na Oddelku za intenzivno nego na Kliniki Golnik zdravniki pri intubiranih pacientih nikoli ne predpisujejo ovirnic, ampak se po njihovem ustnem naročilu vsakega pacienta, ki je intubiran, zaradi pacientove varnosti oziroma preprečitve nenačrtovane ekstubacije pritrudi z manšetami. Na ostalih bolniških oddelkih se ovirnice predpisujejo redno. Rezultati v raziskavi (tabela št. 19) so pokazali, da zdravniki le v redkih primerih pravilno predpišejo namestitev ovirnic na bolniškem oddelku. Pravilno zabeležen predpis mora vsebovati datum in uro odredbe ovirnice, vrsto ovirnice, vzrok namestitve ter zdravnikov podpis (Standard NIAHO). Najpogosteje se predpišejo samo pritrditve po potrebi, segufix po potrebi ali fiksacija ob nemiru. Z namenom, da se aktivnost predpisovanja ovirnic natančneje beleži, smo na Kliniki Golnik s 1. 11. 2011 pričeli uporabljati pisno soglasje in obrazec, kjer morajo biti zabeleženi podatki odredbe ovirnic s strani zdravnika (vrsta ovirnice, datum, ura, vzrok odredbe in podpis). Ob namestitvi ovirnice mora medicinska sestra zabeležiti še uro in datum namestitve ter to potrditi s podpisom. Postopek je enak tudi ob prekinitvi oviranja pacienta, tako s strani zdravnika kot medicinske sestre. Pisno soglasje vključuje vzrok uporabe ovirnic, ki ga je treba zabeležiti, in pisno obrazložitev, v večini primerov se ga izpolni skupaj s svojci pacienta, če zdravnik ugotovi potrebo po namestitvi v ovirnice. V primeru, da moramo pacienta namestiti v ovirnice in svojcev takrat ni, obrazec izpolni zdravnik. Ob naslednjem obisku svojcev pa se z njimi pogovorimo, jim razložimo pomen ovirnic in vzroke zanje ter jih prosimo za pisno privolitev.

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšen je bil delež pacientov, ki so padli in so bili glede na oceno stopnje tveganja visoko ogroženi za nastanek padca?

V elektronskem sistemu Birpis smo zbrali vse paciente, ki so bili na Kliniki Golnik ocenjeni po Shemi za oceno tveganja, da bolnik pade, in sicer od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2011. Shema tveganja, da bolnik pade, je bila interno sestavljena iz možnih dejavnikov tveganja za padec. Po shemi je možna ocena od 0 do 19 točk. Kadar je pacient ocenjen z več kot petimi točkami, to pomeni, da je pri njem tveganje za padec. Na Kliniki Golnik se beležijo padci in zdrsi. Skupaj je bilo v letu 2011 narejenih 11 062 ocen tveganja za padec, v 2 974 (26,8 %) primerih je ocena pokazala ogroženost pacienta za padec. V letu 2011 je skupaj padlo oz. zdrsnilo 108 pacientov. 98 pacientov je padlo oz. zdrsnilo

enkrat (90,7 %), devet pacientov dvakrat (8,33 %) in eden celo trikrat (0,9%). Od 108 pacientov, ki so padli/zdrsnili, je bilo ob sprejemu deset (9,25 %) takšnih, ki so bili po shemi za oceno tveganja za padec, ocenjeni kot neogroženi. Na podlagi takšnih neželenih dogodkov smo v letu 2012 na Kliniki Golnik pričeli uporabljati Morsejino lestvico padca, ki je standardizirana in validirana po zgoraj omenjeni Shemi za oceno tveganja za padec in jo že uporablja tudi večina drugih zdravstvenih ustanov. V vzorcu pacientov (35), ki so bili vključeni v našo raziskavo, je bilo 34 (97,1 %) ocenjenih ogroženih za padec. Od tega so padli štirje pacienti (11,4 %). Vzrok je bil neustrezno prilagojen načrt zdravstvene nege.

3.5 RAZPRAVA

S pomočjo pregleda domače in tuje strokovne literature ter izvedene raziskave opazamo, da je zagotavljanje varnosti zelo širok in kompleksen pojem. Raziskovalni del diplomskega dela je sestavljen iz dveh delov, in sicer iz anketnega vprašalnika, namenjenega oviranim pacientom, ter iz pregleda bolniške dokumentacije sodelujočih v raziskavi. V anketnem vprašalniku smo se še posebej osredotočili na psihično doživljanje oviranih pacientov v času hospitalizacije. S postopkom oviranja posegamo v telesno integriteto pacienta, zato je poleg strokovnega znanja glede tovrstnih postopkov zelo pomembno tudi upoštevanje moralno etičnih načel (Stepanović, 2011). Najboljša izbira je vsekakor neuporaba ovirnic (Vrankar, 2011). Takšno okolje pa bi bilo možno ustvariti z načrtom zdravstvene nege, ki je usmerjeno na vsakega pacienta posebej, potreben bi bil terapevtski odnos in pogovor ter možnost pacientovega odločanja o sebi. Tudi Greenova (2010) je v svojem članku kritična do uporabe ovirnic in zagovarja uporabo pripomočkov, ki pacienta ne ovirajo ter zagotavljajo mirno terapevtsko okolje, vključno z različnimi sprostitvenimi tehnikami, terapijo z živalmi, glasbeno terapijo ter terapijo slikovnih posnetkov.

Pri predpisovanju in nameščanju ovirnic sta potrebna ustrezno strokovno znanje in izkušnost, saj tuja literatura navaja letno tudi od 50 do 150 primerov smrti na račun omejevanja (Green, 2010). Vsi zdravstveni delavci, ki delajo s takimi pacienti, morajo poznati tveganja in ustrezne varnostne ukrepe (Naka, 2011).

Pri opisu vzorca smo ugotovili, da je bil glede na spol večji del oviranih moškega spola (62,9 %), da je bila povprečna starost med 50 in 74 let (62,8 %) ter da so bili glede na

zaposlitveni status večinoma vključeni upokojeni. Podatki iz raziskave glede starosti oviranih pacientov sovpadajo s študijo Sharanove (2007), ki ugotavlja, da so ravno starejši ljudje z demenco, slabovidnostjo, visoko stopnjo obolevnosti ali funkcionalno oslabelostjo predstavniki ranljivih skupin.

V raziskavi smo ugotovili, da se pacienti oviranja spominjajo (100 %) ter da je za dobro sodelovanje med zdravstvenimi delavci in pacienti nujen temeljit pogovor. Kot najbolj negativno so izpostavili, da zdravstvenemu osebju zaradi ovirnic, niso mogli sporočiti, kaj želijo. Greenova (2010) navaja nekaj mnenj oviranih pacientov, ki jih je povzela v svojem članku, in eden izmed oviranih pacientov je bil mnenja, da če bi zdravstveno osebje z njimi govorilo odkrito in bi mu prisluhnili, se njihovo vedenje ne bi spremenilo do te mere, da bi bilo potrebno oviranje. Večino je bilo strah, ker zaradi tubusa niso mogli govoriti. Ta frustracija pa se je še povečala z nezmožnostjo gibanja (Elk in Ferchau, 2000).

Na vprašanje glede občutkov ter psihičnega doživljanja med oviranjem so pacienti v 60 % navedli, da so se počutili zelo neprijetno ter da se zaradi oviranja niso počutili bolj varne (65,7 %), nekateri so se želeli celo odvezati (51,4 %). Takšne rezultate smo pričakovali, saj tudi avtorja Elk in Ferchau (2000) navajata, da so ovirani pacienti pogosto izražali jezo, izgubo kontrole nad samim sabo, nemoč in strah. Tudi Greenova (2010) je v članku navedla, da oviranje povzroči psihološke in emocionalne travme, vključno s proženjem spominov spolne zlorabe in travm iz otroštva. Odgovori, vredni razmisleka, so bili, ko so bili izrečene primerjave oviranja z električnim stolom, s trpljenjem v drugi svetovni vojni ter z zaporom. Literatura pa tudi sicer piše o psihološkem učinku ovirnic, npr. nizka samopodoba, depresija, strah, zmedenost in nesodelovanje (Vrankar, 2011). Najbolj moteča je nezmožnost govorjenja, saj lahko poteka samo preko slik in pisanja na tablico (Elk in Ferchau, 2000). Na vprašanje, ali so bile ovirnice nameščene pretesno oz. so povzročale bolečine, je večina (68,8 % ter 74,3 %) odgovorila negativno. V ostalih primerih so pacienti navajali bolečino, oteklino ter celo mravljinice. Ta podatek kaže na dokaj sistematično in natančno opazovanje zdravstvenih delavcev, kar je v veliki meri preprečilo zaplete pri oviranju. Zapleti pri oviranju so lahko vse od poškodb oviranih ekstremitet, kože, modric, odrgnin, zlomov do hipertenzije, hipoksije, aspiracije in celo zadušitve (Naka, 2011). Zelo pomemben je odgovor na vprašanje, ali so se pacienti počutili tako, kot da so ovirani z namenom, da

se zdravstvenemu osebju z njimi ni bilo treba ukvarjati. Odgovor je nikalen, saj so rezultati v 62,9 % pokazali nestrinjanje s trditvijo. Pravice oviranih pacientov namreč natančno določajo, da je oviranje dopustno samo v nujnih primerih, da ne sme biti uporabljeno kot kazen ter da pacient zaradi oviranja ne sme biti prikrajšan za obroke, sposobnost gibanja ter izvajanja osebne higiene (Diabilities Rights Center, 2008).

Na Kliniki Golnik je bilo največ oviranih pacientov na Oddelku za intenzivno nego in terapijo, kjer so bili zajeti intubirani pacienti, ki so ovirani, ker so takšna zdravnikova navodila. Rezultati naše raziskave kažejo, da sta najpogosteje uporabljeni kemični ovirnici Haldol in Dormicum. V enotah intenzivne terapije se kemične ovirnice uporabljajo najpogosteje, in sicer benzodiazepini ter tipični ali atipični antipsihotiki (Hofsø in Coyer, 2007).

V drugem delu raziskave, pri pregledu bolniške dokumentacije, smo ugotovili, da je bila prva izbira oviranja še vedno fizično oviranje, pri večini pa je bilo to oviranje kombinirano s kemičnim (65,7 %). Trendi pa bi se morali spremeniti, saj podatki navajajo, da imajo v primeru ukrepanja pacienti raje zdravlilo, osebno prepričevanje ter pogovor kot pa fizično oviranje (Dernovšek in Novak Grubič, 2001). Sedativi pacienta pomirjajo v nasprotju s fizičnimi ovirnicami, ki lahko povečajo vzburjenje pri pacientu (Vrankar, 2011). Pacienti, vključeni v našo raziskavo, so bili v prvi vrsti ovirani zaradi preprečevanja padcev ter zagotavljanja varnosti. Tako tudi Elk in Ferchau (2000) v svojem članku navajata, da družina navadno razume, da je bilo treba namestiti ovirnice z namenom zagotavljanja varnosti pacienta, izvajanja meritev in neprekinjenosti zdravljenja, saj svojci pogosto izražajo zaskrbljenost, da bi se njihov svojec/prijatelj/znanec nenačrtovano sam ekstubiral. Najpogostejši predpis aplikacije kemičnih ovirnic glede pogostosti je bil enkrat dnevno oziroma po potrebi. Najpogosteje so bile kemične ovirnice aplicirane per os. Mattingly (2011) v svojem članku navaja, da bi bila najboljša možnost izbire oralna pomirjevala, šele nato intramuskularna in intravenozna aplikacija.

Ovirnice mora predpisati zdravnik. Osebno se mora prepričati o potrebnosti ukrepa. Odredba mora biti napisana na temperaturnem listu in podpisana. Odredba po standardu NIAHO velja štiri ure, nato mora zdravnik ponovno oceniti stanje pacienta in odredbo podaljšati ali ukiniti (Kadivec, 2012). V Sloveniji do zdaj le Zakon o duševnem zdravju zavezuje zaposlene v psihiatričnih ustanovah k doslednemu upoštevanju določil. V vseh

ostalnih zavodih pa je fizično oviranje prepuščeno zaposlenim samim, razviti varnostni kulturi v ustanovah, izobraževanju s področja varnosti in sprejetim standardom ter protokolom, ki urejajo to področje (Bower in McCullagh, 2000; cit. po Marinšek in Kramar, 2011, str. 110). Iz rezultatov raziskave je razvidno, da so bile zabeležke zdravnikov na temperaturni list narejene le v tretjini vseh primerov oviranja. Začetek oviranja je bil pravilno zabeležen le enkrat, konec pa niti v enem primeru. Kar pomeni, da v veliki večini (94 %) začetek in konec oviranja na temperaturnem listu sploh nista bila zabeležena. Tukaj je treba upoštevati tudi dejstvo, da se v enotah intenzivne nege in terapije fizičnega oviranja ne beleži na terapevtski list, saj velja dogovor, da se vsakega intubiranega pacienta fizično ovira. Zdravnik predpiše le kemične ovirnice, kadar so potrebne. S strani medicinskih sester je bil začetek oviranja dokumentiran v 30 primerih, konec pa le v 9. Vrsta fizičnega oviranja je bila v načrt oviranja na listo zdravstvene nege dokumentirana vedno, v 97 % je bilo vrednoteno tudi opazovanje, v več kot polovici primerov pa je bil izpeljan pogovor o varnosti. V vrednotenju ustrezne dokumentacije glede fizičnega oviranja so medicinske sestre bolj dosledne, vsaj kar se tiče začetka oviranja ter vrste ovirnic. Medicinske sestre pa tudi sicer največkrat predlagajo namestitve ovirnic (Chuang in Huang, 2007; cit. po Marinšek in Kramar, 2011, str. 111). Na Kliniki Golnik imamo tudi protokol – obrazec za nadzor bolnika s fizično omejitvijo vsakih 15 minut, če ni zagotovljenega stalnega nadzora. V večini primerov (74 %) naše raziskave gre za paciente, ki so bili hospitalizirani v enoti intenzivne nege in terapije in so imeli zagotovljen stalni nadzor. Sicer pa je bil po bolniških oddelkih obrazec voden po protokolu le v štirih primerih.

V literaturi (Hook in Winchel, 2006) je navedeno, da sta nujna sprotno ocenjevanje tveganja za padec, izobraževanje pacientov in svojcev ter da moramo zagotoviti varno okolje za pacienta. Glede na vključene v našo raziskavo so štirje pacienti tudi padli, vendar v času padca niso imeli predpisanih ovirnic. V enem primeru je pacient padel trikrat. Glavni vzrok je bil neustrezen načrt zdravstvene nege, kar pa bi lahko spremenili z bolj celostnim načrtom zdravstvene obravnave.

4 ZAKLJUČEK

V zdravstveni oskrbi pacienta je varnost poglavitnega pomena, saj ima vsak pacient, ki je hospitaliziran, pravico, do kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Stremimo k čim manjši pojavnosti neželenih dogodkov in poškodb, kar je cilj vsake zdravstvene organizacije. V prvi vrsti je najbolj pomembno preprečevanje oziroma zmanjšanje neželenih dogodkov, kar lahko dosežemo z izobraževanjem zaposlenih, dobrim sodelovanjem v timu, upoštevanjem uveljavljenih standardov (NIAHO) in protokolov ter poročanjem o neželenih dogodkih, v primeru, da do njih pride. Eden najpogostejših neželenih dogodkov je padec, ki je v svetu tudi najbolj pogost nepričakovan zaplet, ki se lahko konča s smrtjo. Zato je izrednega pomena, da ga preprečimo. V ta namen v zdravstvenih ustanovah uporabljamo različne intervencije za zmanjševanje tveganja padca pacienta in najpogostejša tovrstna aktivnost je v svetu še vedno oviranje, ki pa pacientom predstavlja zelo negativne izkušnje. Oviranje v bolnišnicah predstavlja tudi moralne in etične dileme, saj je prepuščeno zaposlenim samim, zato bo treba na tem področju dopolniti tudi zakonodajo. Zdravstveno osebje mora paciente jasno seznaniti o ovirnicah, se z njimi in njihovimi svojci temeljito pogovoriti, saj bomo le na ta način lahko pridobili zaupanje in dobro sodelovanje. Brez ustreznega znanja in veščin to ne bo mogoče, zato bo na področju zagotavljanja varnosti oziroma oviranja pacientov potrebno stalno izobraževanje in izpopolnjevanje zdravstvenega osebja. Tudi iz naše raziskave je razvidno, da sta za dobro sodelovanje potrebna temeljit pogovor ter pacientovo zaupanje zdravstvenemu osebju, sploh da jim pojasnijo, da so ovirani z namenom zagotavljanja njihove lastne varnosti. Menimo, da bo treba to področje še bolj raziskati, ker se pojavljajo dileme in vprašanja, kako pacientu v zdravstveni oskrbi zagotoviti čim višjo stopnjo varnosti brez postopkov oviranja.

5 LITERATURA

- American Geriatrics Society. Guideline for the Prevention of falls in Older Persons. AGS 2001; 49: 664–672.
- Barnett K, House R. Reducing Patient Falls Project. January 2001–March 2002. Mid Yorkshire Hospital NHS Trust. Dostopno na: <https://www.premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-14-falls-project-uk.pdf> (20. 9. 2011).
- Chang LY, Wang KWK, Chao YF. Influence of Physical Restraint Unplanned Extubation of Adult Intensive Care Patients: A Case-Control Study. AJCC 2008; 17 (5): 408–415.
- Čuk V. Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2008.
- Dernovšek MZ, Novak GV. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa, Slovenske psihiatrične publikacije, 2001.
- DET NORSKE VERITAS (DNV). Standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. Verzija 2.0. December 2011: 44.
- Disabilities Rights Center. Restraint and Seclusion While at the Hospital: What are my Rights? 2008. Dostopno na: <http://www.drcnh.org/restraint.pdf> (30. 8. 2011).
- Elk S, Ferchau L. Physical Restraints – Are They Necessary? AJN 2000; 100 (5): 24–27.
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patient after Discharge from the Hospital. ANN INTERN MED 2003; 138 (3): 161–167.
- Green C. Moving Toward a Restraint-free Environment. Am Nurs Today 2010; 5 (8): 1–5.
- Haines TP, Hill K, Walsh W, Osborne R. Design-Related Bias in Hospital Fall Risk Screening Tool Predictive Accuracy Evaluations: Systematic Review and Meta-Analysis. J Gerontol: MEDICAL SCIENCES 2007; 62 (6): 664–672.

- Happ MB, Tuite P, Dobbin K, Divirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication Ability, Method, and Content Among Nonspeaking Nonsurviving Patients Treated With Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *AJCC* 2004; 13 (3): 210–218.
- Hofsø K, Coyer FM. Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factors. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23 (5): 249–255.
- Hook ML, Winchel S. Fall-Related Injuries in Acute Care: Reducing the Risk of Harm. *MEDSURG Nursing* 2006; 15 (6): 370–381.
- Janelli LM, Kanski GW, Wu YM. Individualized music - a different approach to their strain tissue. *Rehabil Nurs* 2002 Nov–Dec; 27 (6): 221–226.
- Kadivec S. Uporaba ovirnic. In: Blažun A, eds. NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik; 2012 Mar 30; Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2012.
- Koban B. Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vpliv na kakovost dela. In: Čuk V, eds. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.
- Marinšek N, Kramar Z. Humana fiksacija pacientov? In: Kramar Z, Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Kraigher A, Skinder-Savič K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, 4. dnevi Angele Boškin; 2011 Apr 7–8; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
- Mattingly BB. Chemical Restraint. 2011. Dostopno na: <http://emedicine.medscape.com/article/109717-overview#aw2aab6b3> (28. 8. 2011).
- Ministrstvo za zdravje. Varnost pacientov. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/varnost_pacientov/ (9. 5. 2011).
- Mlakar J. Uvajanje kulture varnosti in obvladovanje varnostnih zapletov v UKC Ljubljana. In: Božjak M, eds. Varnost in neželeni dogodki v zdravstveni negi.

- Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji; 2009 Okt 2–3; Podčetrtek, Slovenija. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.
- Naka S. Pravne in etične dileme pri izdelavi protokola za oviranje pacientov. In: Kramar Z, Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Kraigher A, Skinder-Savič K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, 4. dnevi Angele Boškin; 2011 Apr 7–8; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
 - Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory (3rd ed). New York: McGraw-Hill; 1994.
 - Oliver D, Connelly BJ, Victor RC, Shaw EF, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospital and care homes and effect on cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2006; 334 (82): 1–6.
 - Prah A. Vzroki in posledice padcev [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2008.
 - Prišenk L, Rebernik-Milić M. Preprečimo napake. In: Rebernik-Milić M, eds. Zagotovimo varnost pacienta. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006 Nov 24; Ljubljana, Slovenija. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.
 - Ražman M, Krivec I. Varnost – Neželeni dogodek v zdravstveni negi – padec pacienta. In: Božjak M, eds. Varnost in neželeni dogodki v zdravstveni negi. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji; 2009 Okt 2–3; Podčetrtek, Slovenija. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.
 - Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. Učimo se varnosti od najboljših, prikaz dobrih praks. Dnevi Angele Boškin; 3. strokovni seminar; 2010 Apr 22–23; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice, Splošna bolnišnica Jesenice; 2010.
 - Robida A. Kultura varnosti. In: Kvas A, Klemenc D, Keršič-Ramšak I, Požun P. Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri ... Ob 80-letnici delovanja medicinskih

- sester v ljubljanski regiji; 2007 Nov 27; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007.
- Robida A. Kultura varnosti pacientov – pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. In: Kramar Z, Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Kraigher A, Skinder-Savič K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, 4. dnevi Angele Boškin; 2011 Apr 7–8; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
 - Robida A. Opozorilni nevarni dogodki. Zdrav. vestn. 2004; 79 (9):681–687.
 - Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse – kako zdravstveni tim sam izboljšuje svoje vsakdanje delo. Management in vodenje v zdravstvu; 2009 Marec 25.–26.; Portorož, Slovenija. Ljubljana GV; 2010: 4–12.
 - Robida A. Splošni standardi zdravstvene obravnave BOLNIŠNICE. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2004.
 - Robida A. Varnostni zaplet pri pacientu – nova znanost, stara praksa. In: Reberšek-Gorišek J, Kraljič S, eds. Medicina in pravo 19. posvetovanje na temo Odgovornost v zdravstvu; 2010 Mar 26–27; Maribor, Slovenija. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor; 2010.
 - Simčič B. Varnost v zdravstvu – pogled ministrstva za zdravje v luči novega zakona v zdravstveni dejavnosti. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. Učimo se varnosti od najboljših, prikaz dobrih praks. Dnevi Angele Boškin; 3. strokovni seminar; 2010 Apr 22–23; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice, Splošna bolnišnica Jesenice; 2010.
 - Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DRM, Zwaan L, van Der Wal G, et al.. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. Qual Saf Health Care 2010; 19 (5): 1–7.
 - Stepanović E. Ali zagotavljamo bolniku varnost s posebnimi varovalnimi ukrepi. In: Škoda-Goričan IK, eds. Hematološki bolnik in medicinska sestra – dolžnosti, odgovornosti, pravice. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji; 2011 Apr 15–16; Podčetrtek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji; 2011.

- Šemrl S. Moralno etični vidiki fiksacije pacienta. In: Kramar Z, Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Kraigher A, Skinder-Savič K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, 4. dnevi Angele Boškin; 2011 Apr 7–8; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
- Šmitek J. Padce bolnikov lahko preprečimo. Interno glasilo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana 2007; (5): 6–7.
- Šprajcar D. Prispevek postopkov akreditacije in certificiranja k zagotavljanju kakovostne in varne obravnave pacientov. In: Kramar Z, Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Kraigher A, Skinder-Savič K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, 4. dnevi Angele Boškin; 2011 Apr 7–8; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
- Tušar S. Učenje skozi obravnavo opozorilnih nevarnih dogodkov. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. Učimo se varnosti od najboljših, prikaz dobrih praks. Dnevi Angele Boškin; 3. strokovni seminar; 2010 Apr 22–23; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice, Splošna bolnišnica Jesenice; 2010.
- Vincent C. Patient safety. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
- Vrankar K. Ovirnice in padci. In: Kramar Z, Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Kraigher A, Skinder-Savič K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, 4. dnevi Angele Boškin; 2011 Apr 7–8; Gozd Martuljek, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
- WHO. Patient safety in Europe. Baseline regional survey 2004–2005; 2007.
- Yeh SH, Hsiao CY, Ho TH, Chiang MC, Lin WL, Hsu YC et al. The Effects of Continuing Education in Restraint Reduction on Novice Nurses in Intensive Care Units. JNR 2004; 12 (3): 246–253.
- Žvab N, Kramar Z, Rajgelj D. Varnost pacienta – zagotovimo jo. In: Rebernik-Milić M, eds. Zagotovimo varnost pacienta. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006 Nov 24; Ljubljana, Slovenija. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik

Spoštovani, sem Gregor Ziherl, izredni študent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in zaposlen v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik na Oddelku za intenzivno nego in terapijo. V okviru diplomskega dela z naslovom Uporaba ovirnic kot metode zagotavljanja varnosti pacienta bom izvedel raziskovalno nalogo s pomočjo spodnjega anketnega vprašalnika. Želim ugotoviti, kakšno je vaše mnenje o ovirnicah, vaše doživljanje, ko ste bili ovirani in na kakšen način bi vi zagotovili večjo varnost, da bi bilo to za vas čim manj stresno. Podatki raziskave bodo uporabljeni izključno samo za analizo in prikazani v diplomskem delu brez vaših osebnih podatkov, zato bi vas zelo lepo prosil, da si vzamete toliko časa in rešite anketni vprašalnik. S tem boste pripomogli k izboljšanju prakse na tem področju. Za vaš trud se vam že vnaprej lepo zahvaljujem.

RAZLAGA:

Ovirnice so različni pripomočki (pasovi preko trebuha – pasovi segufix, manšete za roke in noge, posteljne ograjice), s katerimi se omeji gibanje pacienta, da ne bi prišlo do kakršne koli poškodbe ali samopoškodbe, npr. izpada žilnega katetra, padca, preprečimo izpad dihalne cevke ... Med ovirnice štejemo tudi prejemanje zdravil za pomiritev in omejitev gibanja pacienta v bolniški sobi (primer izolacije zaradi možnosti prenosa okužbe).

- Spol (obkrožite):

1. Ženski
2. Moški

Prosim, da označite posamezno trditve, ki se navezuje na vas, s križcem za DA ali NE oziroma NE, NI PRIŠLO V POŠTEV.

SKLOP A: Komunikacija:

Trditve	1 - DA	2 - NE	3 - NE, NI PRIŠLO V POŠTEV
1. Spominjam se, da sem bil/-a med zdravljenjem oviran/-a.			
2. Imel/-a sem občutek, da mi je zdravstveno osebje v času oviranja namenjalo dovolj pozornosti.			
3. Menim, da je za dobro sodelovanje med pacienti in zdravstvenim osebjem, potreben temeljit pogovor.			
4. Zaradi ovirnic sem zdravstvenemu osebju težje povedal/-a kaj želim.			
5. Zdravstveni delavci so me prepričali, da so ovirnice nameščene v moje dobro.			
6. Ker sem bil/-a oviran/-a, sem se počutil/-a ne vključeno v soodločanje in sodelovanje pri zdravljenju.			

SKLOP B: Pasovi preko trebuha, manšete, posteljne ograjice:

Trditve	1 - DA	2 - NE	3 - NE, NI PRIŠLO V POŠTEV
1. Oviran/-a za roke/noge sem se počutil/-a zelo neprijetno.			
2. Oviran/-a preko trebuha sem se počutil/-a zelo neprijetno.			
3. Želel/-a sem se odvezati.			
4. Imel/-a sem občutek, da so bile manšete za roke/noge oziroma pasovi preko trebuha nameščeni pretesno.			
5. Ovirnice so mi povzročale bolečine.			
6. Posteljne ograjice so bile moteče. Počutil/-a sem se omejeno.			
7. Ko so bile nameščene posteljne ograjice, sem se počutil/-a bolj varno.			
8. Želel/-a sem preplezati posteljne ograjice.			
9. Zdelo se mi je neprimerno, da sem oviran/-a, saj nisem mogel/mogla svobodno spreminjati lege v postelji.			
10. Počutil/-a sem se nelagodno, ko so bila vrata sobe zaprta.			
11. V času obiskov svojcev je zdravstveno osebje omogočilo, da sem bil/-a lahko odvezan/-a.			
12. V času oviranja so bili svojci dlje na obisku, saj sem bil/-a takrat lahko odvezan/-a.			

SKLOP C: Psihično doživljanje:

Trditve	1 - DA	2 - NE	3 - NE, NI PRIŠLO V POŠTEV
1. Ko sem prejel/-a zdravila za pomiritev, sem imel/-a občutek, da sem postal/-a bolj pomirjen/-a.			
2. Zaradi oviranja, sem bil/-a agresiven/agresivna do zdravstvenega osebja.			
3. Zaradi oviranja, sem bil/-a agresiven/agresivna do sebe.			
4. Zaradi oviranja sem se počutil/-a osramočeno.			
5. Ovirnice so mi povzročale stres.			
6. Želel/-a sem si, da ovirnice sploh ne bi obstajale.			
7. Zaradi oviranja sem bil/-a brez volje do zdravljenja.			
8. Namestitve v ovirnicah me je bilo strah.			
9. Ko sem bil/-a oviran/-a, sem se počutil/-a varno.			
10. Zaradi ovirnic sem slabše spal/-a.			
11. Med oviranjem sem imel/-a negativne občutke.			
12. Občutek nemoči, ko sem bil/-a oviran/-a v bolnišnici, me spremlja še danes.			

SKLOP D: Splošno: (Prosim, označite posamezno trditev s križcem (1 – Sploh se ne strinjam, 2 – Se ne strinjam, 3 – Sem neodločen, 4 – Se strinjam, 5 – Zelo se strinjam).

Trditve	<u>1 – Sploh se ne strinjam</u>	<u>2 – Se ne strinjam</u>	<u>3 – Sem neodločen</u>	<u>4 – Se strinjam</u>	<u>5 – Zelo se strinjam</u>
1. Vsa pojasnila, zakaj potrebujem ovirnice, sem jasno razumel/-a.					
2. Zdravstveno osebje je razumelo moje želje.					
3. Imel/-a sem občutek, da sem oviran/-a tudi z razlogom, da se zdravstvenemu osebju ni bilo treba ukvarjati z mano.					
4. V času oviranja sem bil/-a popolnoma odvisen/odvisna od zdravstvenega osebja.					
5. Ker sem bil/-a oviran/-a, sem izgubil/-a zaupanje v zdravstveno osebje.					
6. Ker sem bil/-a oviran/-a, sem namerno odklanjal/-a sodelovanje z zdravstvenim osebjem.					
7. Zaradi oviranja sem imel/-a občutek, da me zdravstveno osebje ne spoštuje.					
8. V obdobju oviranja so me spreletavali neprijetni občutki in travme iz preteklosti.					

1. Kakšne občutke ste imeli, ko ste bili v ovirnicah?

2. Kaj je bilo za vas najbolj neprijetno, ko ste bili v ovirnicah?

3. Na kakšen način bi po vašem mnenju lahko povečali stopnjo varnosti pacientov?

Hvala za vaš trud!

6.1.2 Orodje za pregled pacientove dokumentacije

1. Spol:

1. Ženski

2. Moški

2. Starost:

1. 14–49

2. 50–64

3. 65–74

4. 75–80

5. 81 let ali več

3. Zaposlitveni status:

1. Zaposlen

2. Nezaposlen

3. Študent

4. Upokojen

5. Neznani naziv

4. Diagnoza: _____

5. Čas zdravljenja v bolnišnici:

1. Manj kot en teden
2. Od 1 do 2 tednov
3. Od 2 do 4 tednov
4. Od 4 do 6 tednov
5. Več kot 6 tednov

6. Bolniški oddelek:

1. 100
2. 200
3. 300
4. 600
5. 700
6. Oddelek za intenzivno terapijo in nego
7. Negovalni oddelek

7. Vrste oviranja:

1. Fizične ovirnice
2. Fizične in kemične ovirnice

8. Vrste fizičnega oviranja:

1. Manšete
2. Pasovi segufix
3. Posteljne ograjice

9. Vzrok uporabe ovirnic:

1. Preprečevanje padca
2. Preprečevanje nenačrtovane ekstubacije (izvlek cevke iz grla)
3. Agresivnost do sebe in drugih
4. Vpliv alkohola in ostalih psihoaktivnih sredstev
5. Fiksacija roke, med aplikacijo infuzije pred medicinskimi posegi in preiskavami

10. Trajanje oviranja (manšete, segufix):

1. Manj kot 24 ur
2. Od 1 do 3 dni
3. Od 4 do 7 dni
4. Več kot 7 dni

11. Vrste kemičnih ovirnic:

1. Haldol
2. Dormicum
3. Apaurin
4. Distraneurin
5. Meprobamat
6. Drugo
7. Niso bile uporabljene

12. Predpis aplikacije kemičnih ovirnic:

1. Enkrat na dan
2. Trikrat na dan
3. Štirikrat na dan
4. Dvakrat na dan
5. Po potrebi
6. Kontinuirano
7. Ni prišlo v poštev

13. Način aplikacije kemičnih ovirnic:

1. Intramuskularno
2. Intravensko
3. Per os
4. Subkutano
5. Ni bilo aplicirano

14. Količina prejetih kemičnih ovirnic v celotni hospitalizaciji:

1. Enkrat
2. Od dva- do štirikrat
3. Od pet- do osemkrat
4. Več kot osemkrat
5. Kontinuirano več dni
6. Kontinuirano do 24 ur
7. Ni prišlo v poštev

15. Zabeležen začetek fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani zdravnika:

1. Na terapevtski list
2. Nepopolno zabeleženo na terapevtski list
3. Ni bilo zabeleženo

16. Zabeležen konec fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani zdravnika:

1. Na terapevtski list
2. Nepopolno zabeleženo na terapevtski list
3. Ni bilo zabeleženo

17. Zabeležen začetek fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani medicinskih sester:

1. V načrt zdravstvene nege
2. Ni bilo zabeleženo

18. Zabeležen konec fizičnega oviranja (manšete, pasovi segufix) s strani medicinskih sester:

1. V načrt zdravstvene nege
2. Ni bilo zabeleženo

19. Načrt oviranja na listo zdravstvene nege:

1. Vrednotenje opazovanja pacienta
2. Dokumentiranje vrste fizičnih ovirnic
3. Pogovor o varnosti
4. Ni bilo zabeleženo v načrt zdravstvene nege

20. Protokol – obrazec za nadzor bolnika s fizično omejitvijo vsakih 15 minut:

1. Obrazec je bil voden po protokolu
2. Obrazec ni bil voden po protokolu
3. Obrazec ni bil voden
4. Zagotovljen je bil stalni nadzor

21. Način predpisa fizičnega oviranja (manšete na bolniških oddelkih in pasovi segufix) s strani zdravnika: _____.

