
PŮVODNÍ PRÁCE

Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky v ČR

Kališová L.¹, Raboch J.¹, Číhal L.¹, Kitzlerová E.¹ a skupina EUNOMIA^{1,2}

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.¹
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha,
ředitel MUDr. I. David, CSc.²

SOUHRN

Aplikace omezovacích prostředků osobám s akutní duševní poruchou je velmi citlivou problematikou. Indikace, frekvence užití a druh použitého omezovacího prostředku jsou ovlivněny kulturními a zákonnými tradicemi jednotlivé země. Roli hraje také systém zdravotní péče a obecně zavedená praxe v psychiatrických zařízeních. Článek prezentuje národní výsledky mezinárodního projektu EUNOMIA, kdy bylo detailně monitorováno používání omezovacích prostředků u skupiny pacientů přijatých nedobrovolně do psychiatrického zařízení.

Klíčová slova: omezovací prostředky, mechanické omezení pomocí kurtů, medikace bez souhlasu, terapeutická izolace.

SUMMARY

Kališová L., Raboch J., Číhal L., Kitzlerová E. a skupina EUNOMIA: Results of a Detailed Observation Concerning Application of Coercive Measures during Hospitalization – the EUNOMIA Project, Results in the Czech Republic

The application of coercive measures to mentally ill people is a very sensitive topic. The type and frequency of this action is influenced by different cultural or legal traditions, general attitudes toward mentally ill people and the structure and quality of mental health care system. The aim of this article is to present national results of the EUNOMIA international project which focused on detailed monitoring of the use of coercive measures in the group of involuntarily admitted patients.

Key words: coercive measures, restraint, seclusion, involuntary medication.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 2, pp. 52–58.

ÚVOD

Problematika omezovacích prostředků – frekvence a indikace jejich používání - je stále hodně diskutovaným tématem. Zatímco přijetí pacienta do psychiatrického zařízení bez jeho souhlasu (nedobrovolný vstup) je vymezeno zákonem [28, 29], používání omezovacích prostředků je ošetřeno pouze doporučujícími texty /vyhláškou MZ z 1. 1. 2005; doporučenými standardy péče, směrnicemi jednotlivých psychiatrických zařízení/ [2, 19, 22].

Organizace hájící lidská práva stále apelují na co nejmenší užití a případně na rušení omezovacích

prostředků, vnímají právo pacientů na svobodný souhlas za prvořadé a kritizují omezení svobody pacientů psychiatrem aplikujícím omezující prostředek. Na druhé straně zdravotnický odborný personál hájí svůj postup, který je mu zákonně uložen a který vyplývá z celkové atmosféry ve společnosti a zároveň reflektuje snahu o co nejefektivnější léčbu. Obecným faktem je, že na akutních psychiatrických odděleních v naší zemi se občasnému použití omezovacích prostředků dosud nedokážeme vyhnout; a podobně /i když v různé míře frekvence užití/ je to také ve většině evropských zemí [4, 6, 9, 11, 13, 20, 25, 26].

V posledních letech je snaha o sjednocení praxe

Tab. 1. Definice zařazení pacienta do skupiny nedobrovolně přijatých, definice omezovacích prostředků v rámci projektu EUNOMIA.

Definice dle EUNOMIA	Definice
NEDOBROVOLNÉ PŘIJETÍ	Vyžaduje splnění legálních podmínek – tj. přítomnost duševní poruchy + ohrožení pacienta samého nebo jeho okolí, event. když není možné vyžádat si jeho souhlas nebo je ve stavu ohrožení života. A také sem spadá situace, kdy je pacient přivezen k přijetí užitím tělesného nátlaku (za asistence policie apod.), i když do 24 hodin po přijetí podepíše formulář o dobrovolném vstupu.
OMEZENÍ V POHYBU	Fixace nejméně jedné končetiny mechanicky (kurty, držení personálem). a to po dobu nejméně 15 minut.
TERAPEUTICKÁ IZOLACE	Umístění pacienta proti jeho vůli do zamknuté místnosti. V místnosti nejsou přítomny žádné další osoby.
MEDIKACE BEZ SOUHLASU	Aplikace léku proti pacientově vůli nebo bez jeho souhlasu, když je nutné fyzické omezení pacienta personálem, nebo je užit velký psychologický nátlak.

používání omezovacích prostředků tak, aby mohlo být jejich užití minimalizováno a aby byla co nejvíce respektována autonomie a důstojnost pacienta.

V rámci projektu EUNOMIA (*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice*) jsme detailně sledovali u všech nedobrovolně přijatých pacientů zařazených do projektu používání mechanického omezení v pohybu, terapeutické izolace a medikace bez souhlasu pacienta. Jednotlivá omezovací opatření byla v rámci studie přesně definována (tab. 1) [13, 14].

METODA

Použitý dotazník, který byl vytvořen mezinárodní výzkumnou skupinou projektu, hodnotil každé omezovací opatření zvlášť. Podstatou dotazníku bylo získat detailní informaci o použití jednotlivého omezovacího prostředku. Data byla získána z velmi podrobně vedené dokumentace a doplňujícím dotazováním zdravotnického personálu, který se omezení zúčastnil.

V době od 1. 9. 2004 do 31. 8. 2006 byla sledována uzavřená akutní oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Psychiatrické léčebny Bohnice v Praze. Hodnoceny byly jen osoby zařazené do výzkumného projektu EUNOMIA, což předpokládalo splnění vstupních kritérií daných projektem. Vyřazeny byly osoby starší 65 let a mladší 18 let, osoby nesplňující kritérium spádové oblasti, osoby s diagnózou demence a poruchy příjmu potravy a dále nemocní, kteří nebyli schopni při vyplňování dotazníků spolupracovat.

Podmínkou zařazení do studie bylo podepsání informovaného souhlasu [13].

VÝSLEDKY

Hodnocenou skupinu tvořilo 202 nedobrovolně přijatých pacientů. V celkové skupině převládaly ženy, průměrný věk byl 40,3 roku. Omezovací prostředek byl použit u 92 osob (45,5 %). U některých nemocných bylo použito po dobu sledování více druhů omezovacích prostředků, průměrně to bylo 1,7 aplikací na jednoho pacienta.

V podskupině 1 /pacienti, u kterých byl aplikován nějaký omezovací prostředek/ byl vyšší počet mužů a věkový průměr byl nižší ve srovnání s podskupinou pacientů (podskupina 2), u kterých nebyl použit žádný omezovací prostředek (tab. 2). Tento rozdíl nebyl statisticky významný.

Nejčastějším omezovacím prostředkem byla medikace bez souhlasu nemocného – v 61,4 % (N=94), dále mechanické omezení pomocí kurtů 32,7 % (N=50) a v 5,9 % (N=9) to byla terapeutická izolace (graf 1).

Omezovací prostředky byly nejčastěji aplikovány pacientům s onemocněním z okruhu F 2x.x /okruh psychóz/, dále F 1x.x /zejména odvykací stavy s deliriem, toxické psychózy/, F 3x.x /afektivní poruchy – manické stavy/ a F 6x.x /poruchy osobnosti/ (tab. 3).

Pokud jsme srovnávali závažnost psychopatologie /celkový skóre Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS/ v rámci podskupin nedobrovolně přijatých pacientů, vykazovala podskupina nemocných, kterým bylo aplikováno omezovací opatření, statisticky

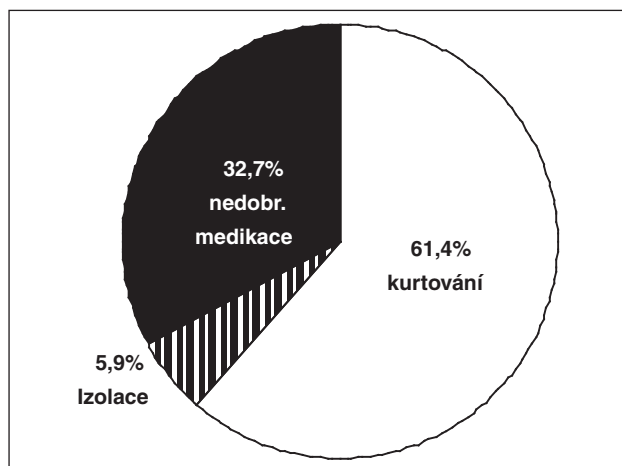
Tab. 2. Obecná charakteristika celé sledované skupiny a podskupin.

	Celá skupina	Podskupina 1	Podskupina 2
Počet	202 (100 %)	92 (45,5 %)	110 (54,5 %)
% žen	53,5	52,0	55,5
Věk	40,3 ± 13,3	38,9 ± 12,6	41,5 ± 13,72
BPRS skóre	49,0 ± 13,3	52,5 ± 13,7*	48,3 ± 12,9

Podskupina 1 – osoby, u kterých byly aplikovány omezovací prostředky.

Podskupina 2 – osoby, u kterých nebyly aplikovány omezovací prostředky.

* statistická významnost na 5% hladině významnosti



Graf 1. Frekvence užití omezovacích prostředků.

Tab. 3. Diagnostický profil sledované podskupiny 1.

Diagnóza	N; %
F 0x.x	4 (4,5 %)
F 1x.x	11 (12 %)
F 2x.x	61 (66 %)
F 3x.x	10 (11 %)
F 4x.x	1 (1 %)
F 6x.x	5 (5,5 %)

ky významně vyšší průměrný skóre /závažnější, akutnější onemocnění/ ve srovnání s podskupinou pacientů, kterým omezovací opatření aplikována nebyla. Mann Whitneyův U test vykázal u podskupiny nemocných, u kterých byly použity omezovací prostředky, vyšší skóre v bodech hodnotících hostilitu, elevovanou náladu, velikášství, neobvyklý myšlenkový obsah a bizarní chování ($p < 0,01$) [20].

Omezení v pohybu – mechanické omezení – detailně

Ve sledovaných zařízeních bylo mechanické omezení prováděno aplikací kurtů – ve většině případů s magnetickým zámekem - v některých případech s mechanickým upevněním. Nejčastějším důvodem mechanického omezení pomocí kurtů byla agrese

Tab. 4. Důvody aplikace omezovacích prostředků.

Důvod	Kurtování	Terapeut. izolace	Nedobr. medikace
Agrese x jiné osobě	41x	6x	61x
Agrese vůči majetku	26x	4x	38x
Autoagrese	22x	2x	33x
Závažné ohrožení zdraví nebo života	17x	3x	41x
Jiné	1x /prevence útěku/	1x /přepíjení vodou/	5x

Poznámka: pro každé omezení mohlo být uvedeno více důvodů, tj. důvody se překrývají.

Tab. 5. Medikace použita jako omezovací prostředek.

MEDIKACE	N	%
Typická antipsychotika	67	68,3
Benzodiazepiny	21	21,5
Atypická antipsychotika	10	10,2

vůči druhým osobám (41x), agrese vůči majetku (26x), autoagrese (22x), závažné ohrožení zdraví s nutností léčby (17x), prevence útěku (1x). Omezení bylo vždy nařízeno lékařem psychiatrem, a to v naprosté většině písemně, provedeno bylo středním zdravotnickým personálem.

Kurty byly v 45 případech aplikovány kontinuálně, v 5 případech s přestávkami /přestávkou se rozumí uvolnění pacienta z kurtů a opětovné upevnění/. Pacientům byl ve 47 případech popsán postup a trvání omezení /před aplikací nebo zpětně/, ve 3 případech takto nebylo učiněno. Vždy byl dotyčnému pacientovi sdělen důvod omezení. U 32 pacientů byly kurty aplikovány pouze jednou /jednorázově/, 18 pacientů bylo takto omezeno opakovaně (tab. 4).

Terapeutická izolace - detailně

Hodnocená terapeutická izolační místnost v PL Bohnice byla modernizovaná, sledována kamerovým systémem. Přesto nebylo její používání příliš časté. Na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN byla terapeutická izolační místnost před několika lety zrušena, ale nyní se opět uvažuje o jejím obnovení.

Terapeutická izolace byla nejčastěji aplikována z důvodu agrese vůči druhým osobám (6x), agrese vůči majetku (4x), autoagrese (2x), závažného ohrožení zdraví s nutností léčby (3x; 1x z důvodu přepíjení vodou). Opatření bylo vždy nařízeno písemně psychiatrem na základě celkového (5x) nebo zběžného psychiatrického vyšetření (4x) a bylo provedeno středním zdravotnickým personálem. Pacient byl vždy informován o důvodu, délce a způsobu omezení. Terapeutická izolace byla aplikována u 7 pacientů kontinuálně, u 2 s přestávkami.

Medikace bez souhlasu pacienta – nedobrovolná medikace - detailně

Nejčastějším důvodem aplikace léku byla opět agrese vůči druhým osobám (61x), agrese vůči majetku (38x), autoagrese (33x), závažné ohrožení zdraví s nutností léčby (41x), jiné důvody (5x).

Tab. 6. Medikace použitá jako omezovací prostředek – podrobně.

MEDIKACE FREKVENCE	
1. haloperidol	46 %
2. diazepam	14 %
3. metotrimeprazin	12 %
4. tiaprid	5 %
5. olanzapin	5 %
6. ziprasidon	4 %
7. chlorpromazin	4 %
8. klonazepam	3 %
9. promethazin	3 %
10. risperidon	1 %
OSTATNÍ	5 %

Opatření bylo vždy nařízeno písemně psychiatrem, provedeno psychiatrem nebo středním zdravotnickým personálem, ve 2 případech byli zákroku přítomni rodinní příslušníci. Pacient byl vždy /někdy zpětně/ informován o důvodu aplikace léku, ve většině případů byli pacienti informováni o formě a postupu omezení (91x). Nedobrovolná medikace byla 54 pacientům aplikována opakovaně.

Nejčastější forma podání byla intramuskulární, nejvíce byla podávána typická antipsychotika (haloperidol) samostatně nebo častěji v kombinaci s benzodiazepiny /nejčastější kombinace byla 5 mg haloperidolu + 10 mg diazepamu/ (tab. 5, tab. 6).

DISKUSE

Výsledky studie EUNOMIA nabízejí zatím největší mezinárodní srovnání četnosti používání omezovacích prostředků. Dosud provedené zahraniční studie byly většinou národní, případně srovnávaly pouze několik sousedících zemí [4, 6, 9, 25, 26]. V České republice nebylo, kromě jednoho malého přehledu, používání omezovacích prostředků v odborném tisku příliš diskutováno [21, 23].

V námi sledovaném souboru nedobrovolně přijatých pacientů byla omezovací opatření použita téměř u poloviny nemocných, tj. poměrně často. Používání mechanického omezení pomocí kurtů je v našich podmínkách mnohem častější než používání terapeutické izolace. V poslední době hojně diskutovaná síťová lůžka se ve sledovaných zařízeních na akutních odděleních nepoužívají.

Naše výsledky naznačují /i když ne na statisticky významné hladině/, že užití omezovacích prostředků je častější u mladších nemocných, což odpovídá řadě dříve provedených zahraničních studií [6]. V našem centru nebyla prokázána signifikantní závislost používání omezení na pohlaví, ale některé zahraniční studie poukazují na vyšší užívání omezovacích prostředků u mužů [4]. Diagnosticky dominovala onemocnění z okruhu psychotických onemocnění. Používání omezovacích prostředků ovlivňují kromě sociodemografických charakteristik také charakteristiky klinické –

například závažnost psychopatologie. Některé studie našly pozitivní korelaci mezi závažností psychopatologie podle BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) a frekvencí použití omezovacích prostředků [27]. Tento nález odpovídá jednoznačně našim výsledkům.

Je zřejmé, že frekvenci aplikace omezovacích prostředků odráží také další faktory jako jsou charakteristiky oddělení (počet lůžek na pokoji), personálu (počet a výcvik ošetřujících osob) a zavedenou praxi v jednotlivých zařízeních [4]. Některé studie dokonce nadřazují tyto faktory charakteristikám sociodemografickým [4, 6, 18]. V jednom severoamerickém zařízení navrhli Jonikas a spol. speciální program, jehož cílem byla redukce použití fyzického omezení na oddělení za pomoci speciálního výcviku personálu, který dokáže dopředu odhadnout násilné chování pacientů, likvidovat spouštěče takového chování a vytvářet tak méně stresující prostředí [10]. Nicméně při snížení frekvence užití omezení použitím obdobného programu došlo zároveň ke zvýšené heteroagresi vůči personálu a spolupacientům [17].

V našich podmínkách hrají tyto faktory nepochybně významnou roli. Pokud vycházíme z mezinárodního srovnání socio-demografických charakteristik v rámci EUNOMIE, nacházíme jednoznačný východo-západní gradient zobrazující počet personálu na lůžko a počet lůžek na pokoji. Česká republika disponuje v námi sledovaných zařízeních 0,7 osobami personálu na lůžko na akutních odděleních a 0,4 osobami / lůžko na odděleních chronických/, (oproti např. 2,0 osobám v centrech v Itálii a Švédsku). Počet lůžek na pokoji na akutním oddělení ve sledovaných centrech v ČR je 4,2 (proti 8 lůžkům v Litvě a 1,2 lůžku v Londýně a Švédském Orebro) [14]. V našich zařízeních se, bohužel, zatím z technických důvodů nedokážeme vyhnout aplikaci omezovacích prostředků za přítomnosti ostatních nemocných /což je dozajista pro ostatní pacienty velmi stresující/.

Celkově je aplikace omezovacích prostředků nepřijemná nejen pro pacienty, ale frustrující efekt má také pro ošetřující personál [7]. V loňském roce byla vytvořena vodítka psychiatrické péče týkající se užití omezovacích opatření, která doporučují jak se má personál chovat, aby byl zákrok co nejméně stresující pro obě zúčastněné strany (schéma 1) [2].

Závěrem bychom se chtěli dotknout také nesmírně sporného tématu aplikace medikace bez souhlasu, protože tím vlastně pacienta neomezujeme, ale hlavně léčíme. Pacienti zamedikovaní, kteří neodmítají aplikaci léků, mají samozřejmě také nižší frekvenci použití ostatních omezovacích prostředků (kurtů nebo izolace). V zahraničí se používání „nedobrovolné medikace“ do omezovacích prostředků zkrátka řadí, protože jde o podání medikace proti vůli pacienta, a tudíž je omezena jeho autonomie (schéma 2) [15].

K tlumení akutního neklidu se ve sledovaných

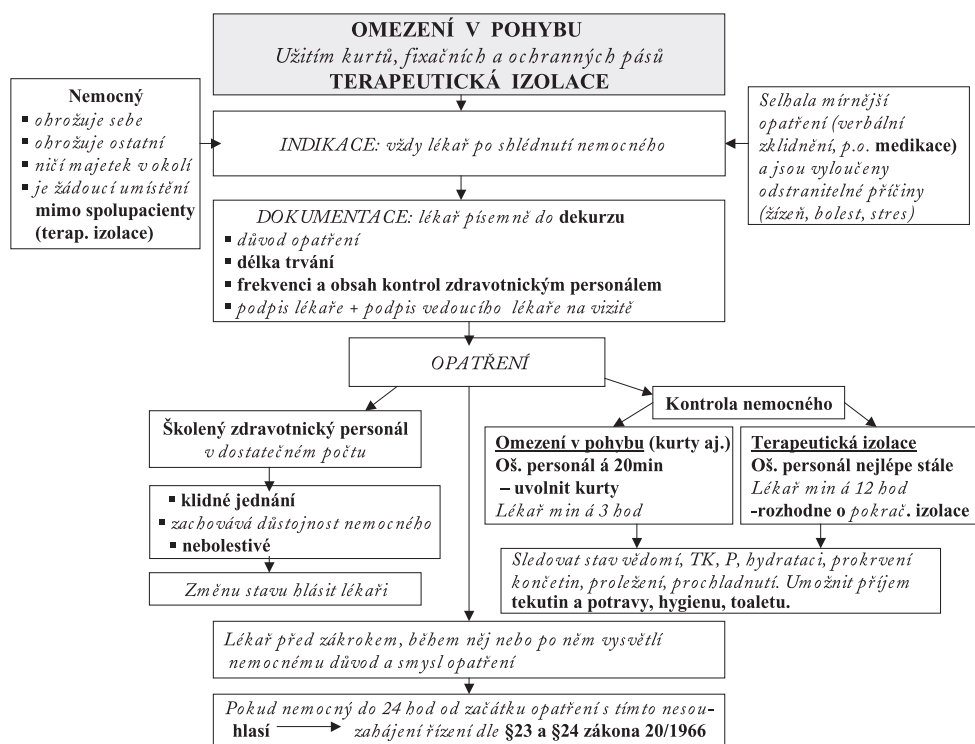


Schéma 1. Doporučený postup aplikace omezení v pohybu a terapeutické izolace.

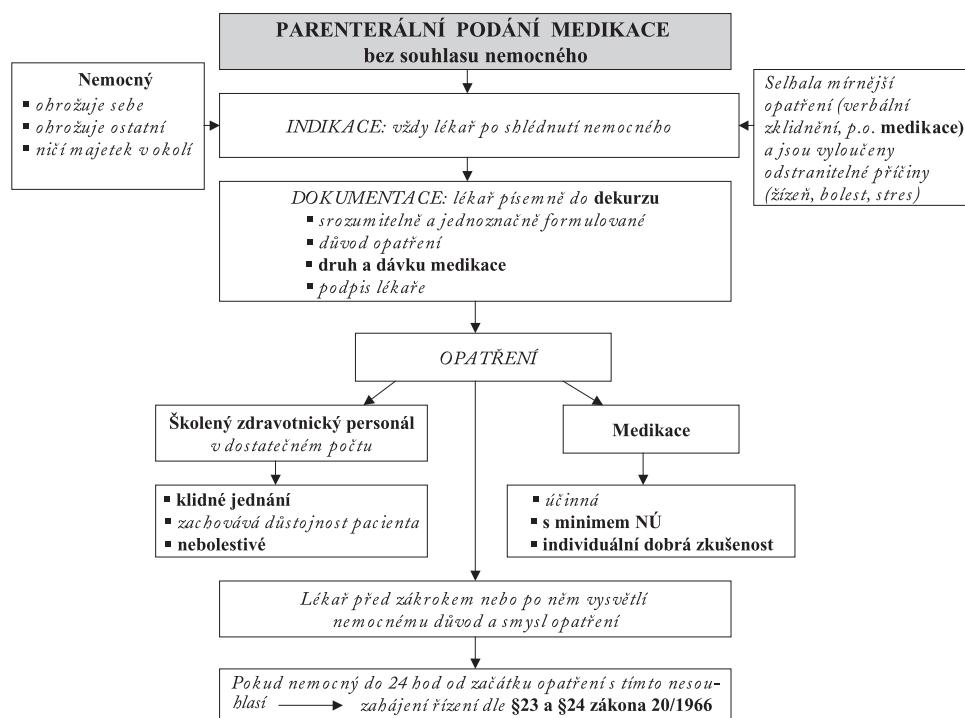
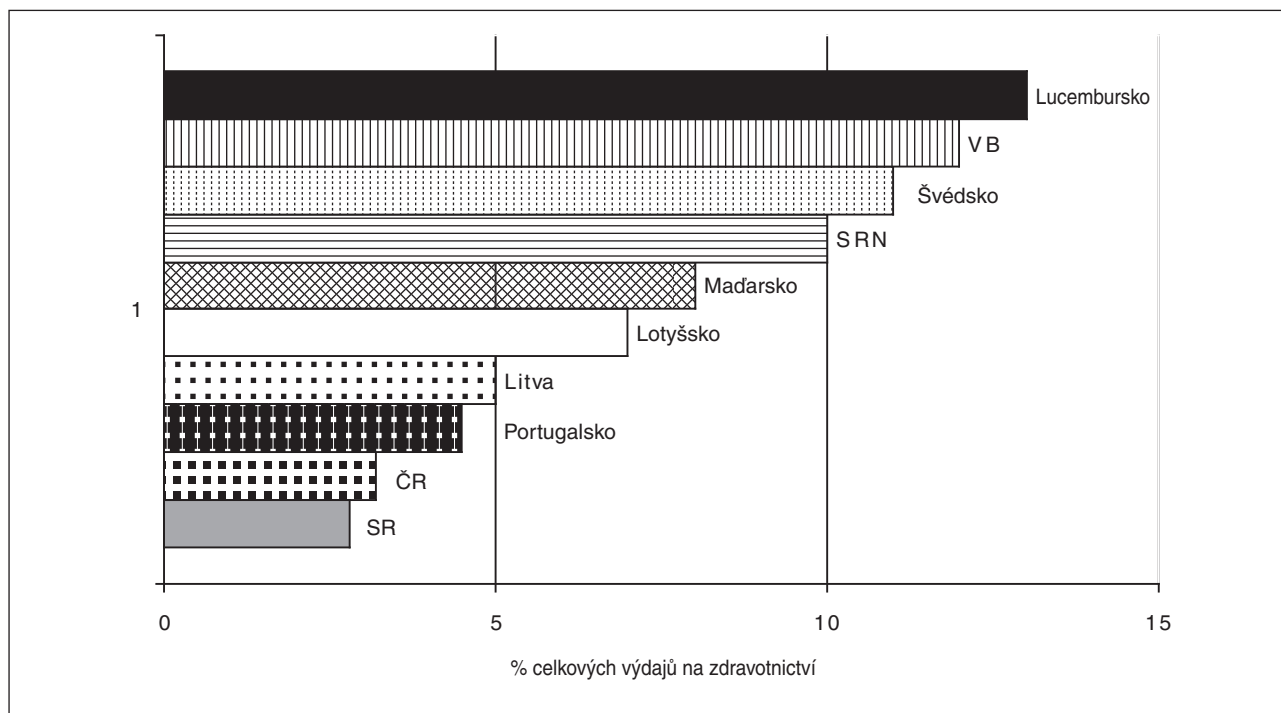


Schéma 2. Doporučený postup parenterálního podání medikace bez souhlasu pacienta.

dvou zařízeních používala nejvíce typická antipsychotika /incisivní i sedativní/. Atypická antipsychotika se v době sledování aplikovala spíše výjimečně. V současné době je však jejich užití v obou sledovaných zařízeních mnohem častější. Nicméně

nejen projekt EUNOMIA, ale také další studie prokázaly osvědčenou účinnost podávání typických antipsychotik v indikaci akutního neklidu, a to také s ohledem na jejich nižší finanční náklady [1, 5, 8, 12].



Graf 2. Výdaje na psychiatrickou péči v evropské ekonomické zóně (Green Paper, EC 2005).

ZÁVĚR

Ze sdělení vyplývá, že omezovací prostředky jsou ve skupině nedobrovolně hospitalizovaných nemocných aplikovány poměrně často. Na akutních odděleních psychiatrických zařízení v České republice se setkává všeobecný zdravotnický personál s užitím omezení v pohybu až 6x denně [21]. V některých zemích je omezení v pohybu prostřednictvím kurtů zakázáno, v situaci akutního neklidu pacienta se užívá manuální omezení spojené s aplikací zklidňujícího léku, kdy je pacient „držen“ pouze do nástupu efektu léku [3]. U nás jsou možnosti humánnějšího manuálního omezení limitovány počtem fyzicky zdatného a dobře proškoleného personálu. Ošetřujícího personálu je obecně v psychiatrických zařízeních v České republice nedostatek, což souvisí dozajista s nízkou finanční státní podporou psychiatrie u nás (graf 2).

Je důležité zmínit, že v posledních letech se začíná sjednocovat praxe používání omezovacích prostředků tak, aby byla co nejvíce chráněna práva a autonomie osob s duševním onemocněním.

Grant EU QL4-CT-2002-01036.

LITERATURA

1. **Allen, M. H.:** Managing the agitated psychotic patient: A reappraisal of the evidence. *J. Clin. Psychiatry*, 61, 2000, 61 (Suppl 14), pp. 11-20.
2. **Baudiš, P., Kališová, L., Kitzlerová, E., Petr, T., Mikláš, T.:** Omezovací prostředky. In. Raboch a spol.: Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II. Infopharm, 2007, s. 152-163.
3. **Beer, M., Pereira, S., Paton, C.:** Intenzivní péče v psychiatrii. Praha, Grada, 2004, 296 s.
4. **Carpenter, M. D., Hannon, V. R., McCleery, G. et al.:** Variations in seclusion and restraints practices by hospital location. *Hosp Community Psychiatry*, 39, 1988, pp. 418-423.
5. **Currier, G. W., Chou, J. C. Y., Fejtek, D. et al.:** Acute treatment of psychotic agitation: a randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. *J. Clin. Psychiatry*, 65, 2004, pp. 386-394.
6. **Fischer, W. A.:** Restraint and seclusion: A review of the literature. *Am. J. Psychiatry*, 151, 1994, pp. 1584-1591.
7. **Greenberg, W. M., Moore-Duncan, L., Herčin, R.:** Patients' attitudes towards having been forcibly medicated. *Bull. Am. Acad. Law Psychiatry*, 24, 1996, pp. 513-524.
8. **Hoge, S. K., Appelbaum, P. S., Lawlor, T. et al.:** A prospective multi-center study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 1990, pp. 949-956.
9. **Hoyer, G., Kjellin, L., Engberg, M. et al.:** Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercive measures in the mental health care system. *Int. J. Law Psychiatry*, 25, 2002, pp. 93-108.
10. **Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, CH. et al.:** A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psych. Services*, 55, 2004, pp. 818-820.
11. **Kališová, L., Raboch, J., Kitzlerová, E., Novotná, I.:** Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice. *Čes a slov Psychiatr*, 101, 2005, 6, s. 303-307.
12. **Kališová, L., Raboch J., skupina EUNOMIA:** Psychofarmaka podávaná při akutním neklidu – mezinárodní srovnání, projekt EUNOMIA. *Psychiatrie*, 12, 2008; (Suppl. 1), s. 39.
13. **Kališová, L., Raboch, J., Novotná, I., Černý, M., Victorinová, K., Kitzlerová, E., Nawka, A., Chudárek,**

- F:** Užití omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. Čes a slov Psychiat, 2004, 7, s. 420-427.
14. **Kallert, T. W., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Salomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-González, F., Priebe, S., Kjellin, L.:** The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. World Psychiatry, 4, 2005, 3, pp. 168-172.
 15. **Kaltiala-Heino, R., Valimaki, M., Korkeila, J. et al.:** Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. European Psychiatry, 18, 2003, pp. 290-295.
 16. **Kasper, J. A., Hoge, S. K., Feucht-Haviar, T. et al.:** Prospective study of patients' refusal of antipsychotic medication under a physician discretion review of procedure. Am. J. Psychiatry, 54, 1997, pp. 483-489.
 17. **Khadivi, A. N., Patel, R. C., Atkinson, A. R., Levine, J. M.:** Association between seclusion and patient-related violence. Psych. Services, 55, 2004, pp. 1311-1312.
 18. **Korkeila, J. A., Tuohimaki, C., Kaltiala-Heino, R. et al.:** Predicting use of coercive measures in Finland. Nord J. Psychiatry, 56, 2002, 5, pp. 339-345.
 19. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. Věstník MZ č. 1/2005.
 20. **Overall, J. E., Gorham, D. R.:** Brief psychiatric rating scale. In: Guy, W. (Ed.): ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland, 1976, pp. 157-169.
 21. **Petr, T.:** Restriktivní metody v psychiatrii – zkušenosti z PL Bohnice. Sestra, 2004, 9, s. 10-11.
 22. **Petr, T., Mikláš, T.:** Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče. Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha, 2004, 40 s.
 23. **Doskočilová, K.:** Ochranné omezovací prostředky v psychiatrických léčebnách. Sestra, 2004, 9, s. 12-13.
 24. **Raboch, J., Kališová, L., Kallert, T.:** Comparison of the clinical use of individual coercive measures during hospitalisation across the EUNOMIA study sites. WPA thematic conference: Coercive Treatment in Psychiatry, June 2008, Dresden, Germany. Abstract book, p. 53.
 25. **Ray, N. K., Rappaport, M. E.:** Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York state. Psychiatr. Serv., 46, 1995, pp. 1032-1037.
 26. **Sailas, E., Fenton, M.:** Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database Syst. Rev., 2000, 2, CD001163.
 27. **Yesavage, J. A.:** Correlates of dangerous behaviour by schizophrenics in hospital. J. Psychiatr. Res., 18, 1984, pp. 225-231.
 28. Zákon 240/1993 Sb. (Občanský soudní řád).
 29. Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 v platném znění (zákon ČNR 86/1992 Sb.)

MUDr. Lucie Kališová, Ph.D.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2
e-mail: lucie.kalisova@yahoo.com



ROSTLINY PRO POSÍLENÍ ORGANISMU A ZDRAVÍ

Ivan Jablonský, Jiří Bajer

Jediná kniha svého druhu od českých autorů na našem trhu, která se komplexně zabývá rostlinami jako prostředkem pro posílení a harmonizaci lidského organismu. Ukazuje, že lze na zahradě pěstovat řadu rostlin, které nejen zpestřují záhony, ale které mohou ve formě výtažků, olejů, tinktur, džemů, šťáv atd. výrazně posílit náš imunitní, hormonální a nervový systém. V knize jsou proto kromě pěstebních postupů také rady, jak sklízet a používat jejich plody a nejrůznější části, jak postupovat při získávání extraktů, jaké látky obsahují a jak tyto látky účinkují. Nechybí ani praktické recepty. Text doprovází množství černobílých ilustrací a barevných fotografií.

Vydalo nakladatelství Grada Publishing, a.s., v roce 2007, formát A5, brožovaná vazba, 112 stran, cena 98 Kč, 198 Sk, ISBN 978-80-247-1745-6, kat. číslo 6115

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz

Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.