



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

**Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

Přístup zdravotnického záchranáře k psychiatrickému pacientovi

An approach of a paramedic to a psychiatric patient

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jan Pokorný, DrSc.
Konzultant: MUDr. Oto Markovič

Markéta Šmídová

Kladno 2017

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Přístup zdravotnického záchranáře k psychiatrickému pacientovi se zaměřením na práci s duševně nemocnými pacienty vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/200 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně 19. 5. 2017

.....

Markéta Šmídová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doc. MUDr. Janu Pokornému, DrSc. za odborný dohled vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, čas, trpělivost a podporu, kterou mi věnoval během vytváření práce. Dále děkuji panu MUDr. Otu Markovičovi za cenné rady při zpracování výzkumné části a mnoho zkušenostem s psychiatrickými pacienty. V neposlední řadě zdravotnickým pracovníkům z výjezdových stanic Hořovice, Zdice a Beroun, Králův Dvůr, ze ZZSSČK, za ochotu při zpracování údajů z praxe, které jsem zahrnula do praktické části práce.

Název bakalářské práce:

Přístup zdravotnického záchranáře k psychiatrickému pacientovi

Abstrakt:

V mé práci se věnuji přístupu, péči a komunikaci zdravotnických záchranářů s psychiatrickými pacienty. Pacienti s duševním onemocněním jsou na výjezdech ZZS stále častější a podle mě jsou posádky zdravotníků velmi málo proškoleny ohledně tohoto tématu.

V úvodu teoretické části se zabývám historií psychiatrie. Dále psychiatrickými onemocněními, která zahrnují jejich popis, projevy, možnou farmakologickou léčbu a správné zásady přístupu a komunikace zdravotnických záchranářů k duševně nemocným pacientům, se kterými se nejčastěji setkávají na výjezdech ZZS.

V praktické části se věnuji dotazníkovému šetření o přístupu zdravotnických záchranářů ze středočeského kraje z výjezdových základen: Hořovice, Zdice, Beroun z jejich vlastní praxe k psychiatrickým pacientům. Především jejich informovaností o duševně nemocných pacientech, komunikací s nimi, nejčastější farmakoterapií na výjezdech a která ze skupin psychiatrických pacientů je nejčastěji indikována k výjezdu. Náhled bude i na školení pracovníků na záchranných službách o psychiatrických pacientech. Na konec výzkumné práce bude uvedena kazuistika zdravotnických záchranářů s duševně nemocným pacientem. Cílem bakalářské práce je zjistit na jaké úrovni je péče a komunikace s psychiatrickými pacienty na posádkách výjezdových skupin ZZS Středočeského kraje. Získané výsledky budou vyhodnoceny a zpracované do tabulek a grafů.

Klíčová slova:

Psychiatrický pacient, zdravotnický záchranář, přístup, péče, komunikace

Master's Thesis title:

An approach of a paramedic to a psychiatric patient

Abstract:

The bachelor's thesis pictures the issue of approach to the care and communication of rescues with psychiatric patients. In my opinion the rescues are more in touch with patients with psychiatric problems but they have a lack of training how to deal with them.

My thesis is divided into two parts. The first part is focused on theoretical framework consists of explanation of crucial terms, namely, history of psychiatry, psychiatric illness and its description, manifestation and medical treatment. The important part is also a basic principle of approach and communication of rescues with mentally ill patients with whom they are in touch during their emergency medical service.

The follow up practical part contains research, constituted by questionnaire questions of rescues from Central Bohemia from basement in Hořovice, Zdice and Beroun. Questions are related to their own practices with psychiatric patients, their information about psychiatric ill patients, communication with them and more often pharmacotherapy used on emergency medical service and last but not least on specific group of psychiatric patients with whom they are in touch the most. Thesis pays attention also to training of staffers from emergency medical service with regard to psychiatric patients. At the end of research part is mentioned the case interpretation of rescues with psychiatric patients.

The main goal of my bachelor's thesis is find out on which kind of level is medical care and communication with psychiatric patients and emergency medical services from Central Bohemia. The results are evaluated and noted to tables and charts.

Key words:

Psychiatric patient, paramedic, approach, care, communication

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	8
Úvod.....	9
1. Psychiatrie.....	10
1.1. Pojem psychiatrie a psychiatrická porucha	10
1.2. Historické mezníky v psychiatrii.....	10
1.3. Česká psychiatrie pro 21. století.....	11
1.4. Výskyt duševních poruch v ČR.....	12
1.5. Klasifikační systémy v psychiatrii.....	13
2. Komunikace	15
2.1. Verbální komunikace.....	15
2.2. Neverbální komunikace.....	16
3. Obecné zásady a nejčastější chyby komunikace s psychiatrickým pacientem.....	17
3.1. Komunikace s agresivním pacientem.....	17
3.2. Komunikace s pacientem trpící úzkostí.....	18
3.3. Komunikace s pacientem trpící depresí.....	18
3.4. Komunikace s vážně psychiatricky nemocným pacientem	19
3.5. Komunikace s geriatrickým pacientem	20
3.6. Komunikace s pacientem trpící suicidiálními myšlenkami.....	21
4. Nejčastější psychiatrické poruchy na výjezdech ZZS	22
4.1. F00-F09: Organické duševní poruchy včetně symptomatických	22
4.2. F10-F19: Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek	25
4.3. F20-F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.....	28
4.4. F30-F39: Afektivní poruchy (Poruchy nálady)	30
4.5. F40-F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.....	32

4.6. F70-F79: Mentální retardace	35
5. Farmakologické zaléčení psychiatrického pacienta.....	36
5.1. Nejčastěji indikovaná psychofarmaka v PNP.....	38
5.2. Zaléčení akutně neklidného a agresivního pacienta	40
PRAKTICKÁ ČÁST	41
Cíle práce	42
Formulace problému	43
Metodika práce	44
Hypotézy práce	45
Prezentace a interpretace získaných údajů.....	46
Kazuistika psychiatrického pacienta.....	67
Diskuze	69
Závěr	73
Seznam symbolů a zkratk	74
Seznam použitých zdrojů a literatury	75
Seznam příloh	78
Seznam tabulek	82
Seznam grafů	83

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Bakalářská práce pojednává o přístupu zdravotnických záchranářů k psychiatrickým pacientům. Zaměřuje se především na problematiku v přednemocniční neodkladné péči.

Téma jsem si vybrala nejen proto, že mne zajímá, ale především z důvodu ne tak častých, i když v poslední době vzrůstajících indikací k výjezdu ZZS k tomuto tématu. Z vlastní praxe během studia si myslím, že zdravotničtí záchranáři, ale také lékaři nemají komunikaci a přístup k duševně nemocným pacientům tak zažitý a nejednájí zcela správně.

V prvotním kontaktu s psychiatrickým pacientem se častěji setkávají zdravotničtí záchranáři, často bez lékaře než psychiatři, kteří by měli poskytnout pacientovi náležitou péči. Zdravotničtí pracovníci nemohou aplikovat léky bez lékaře, proto je nejdůležitější rozpoznat, o jaký druh psychiatrického pacienta se jedná, a následně dle stavu jednat.

První pomoc u akutních stavů v psychiatrii se velmi komplikuje, zejména tím, že si pacienti neuvědomují závažnost svého stavu a celkově si nepřejí být ošetřeni. Prvotní péče tedy bývá poskytována proti jejich vůli. Záchranář může pouze orientačně uvést správnou diagnózu, pacienta naložit do sanitního vozu a transportovat ho k péči psychiatrů do správného lékařského zařízení. Tím je na záchranáře vztahována vysoká náročnost a zodpovědnost, zda správně diagnostikovali poruchu a správně směřovali pacienty k intervenci psychiatrů.

Záchranáři musejí jednat v časové tísní, často s nedostatečnou anamnézou od okolí. Diagnóza se určuje na podkladu symptomatologickém. V první řadě je tedy rozhodující, zda se jedná o poruchu psychotické nebo neurotické hloubky pacienta.

Cílem bakalářské práce bude posoudit na jaké úrovni je přístup a komunikace zdravotnických záchranářů k psychiatrickým pacientům. Vyhodnotit proškolení zdravotníků ohledně psychiatrických pacientů a kurzů zvládnání agitovaných pacientů v praxi. Dále zjistit, jaká je nejčastější indikace k výjezdu ZZS u psychiatrických pacientů a v neposlední řadě zjistit problém směřování pacientů a samotné převzetí do nemocničního zařízení.

1. Psychiatrie

1.1. Pojem psychiatrie a psychiatrická porucha

Název psychiatrie pochází z řeckého slova psyché=duše, iatreia=léčba. Je to tedy vědní obor medicíny zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch člověka. Obor psychiatrie léčí nemoci mozku, které mají své projevy v myšlení, vnímání a jednání člověka. Hlavní snahou moderní psychiatrie je navrátit člověka do „normálního každodenního“ života a zmírnit jejich utrpení pomocí medikamentů. [1]

Obor psychiatrie je založen na přírodních vědách, nicméně úzce spolupracuje s dalšími vědními obory. Za spojující subspecializaci psychiatrie lze považovat konziliární psychiatrii, pod kterou spadá klinický servis, výuka a výzkum na hranici mezi psychiatrií a ostatními medicínskými obory. V praxi spolupracuje i s vědami jako antropologie, psychologie nebo speciální pedagogika. [10]

Pojem psychiatrické onemocnění znamená narušení psychických procesů, projevující se změnou myšlení, vnímání, prožívání a chování člověka, které mu znesnadňuje jeho vztah k sobě samému a k druhým lidem (společnosti). Jde tedy o opak duševního zdraví. Většina nemocných si neuvědomují narušený stav a nechápou potřebu pomoci lékařů. Jiní jsou si vědomi toho, že s nimi není něco v pořádku, ale vysvětlení přesouvají navenek a příčiny jejich selhání dávají za vinu okolí než sobě samým. [2, 3, 31]

Ze studie WHO „Global Burden of Disease“ lze vyčíst, že po léčbě jiných (infekčních) chorob, se neuropsychiatrické poruchy dostaly do čela nejvýznamnějších skupin nemocí. Celková prevalence těchto chorob dosahuje hodnoty až k 50%. Podle světových expertů budou psychiatrická onemocnění v našem století největší zátěží lidstva. [1]

1.2. Historické mezníky v psychiatrii

Duševní onemocnění od nepaměti postihovalo celé lidstvo a můžeme zcela jistě říci, že je součástí historie populace. Duševní nemoci si svou oběť nevybíraly (nevybírají), ať to byli bohatí, mocní, inteligentní, nebo na straně druhé prostí, chudí a podřízení. [11]

Na zcela nesmyslných a nepodložených základech byli duševně nemocní v minulosti často bití, týráni, izolováni, nezřídka mučeni i vězněni. V nejhorších případech krutě zabíjeni. Mezi dřívější „léčebné metody“ patřilo kupříkladu upalování na hranici. [1]

Celá historie vzniku a vývoje psychiatrických poruch je velmi rozsáhlá a proto uvádím nejvýznamnější mezníky psychiatrie, pokládané za revoluční.

1. První mezník psychiatrie je pokládán za první psychiatrickou revoluci. Hlavní myšlenku nacházíme v přesvědčení, že duševní nemoci mají svůj podklad v medicíně. Hlavním nositelem tohoto objevu byl profesor lékařské fakulty, působící v Kolíně nad Rýnem, *Johannes Weyer* (1515-1588). Ostatní idey byly oproti tomuto přesvědčení posunuty do pozadí. [11]
2. Druhý mezník psychiatrie neboli druhá psychiatrická revoluce, tu vidíme v období francouzské revoluce, roku 1792 díky profesoru *Phillipu Pinnelevi* (1755-1826), který snímal řetězy padesáti psychiatrických pacientů, kteří v tu dobu byli zasazeni do vězení s ostatními trestanci. [11]
3. Třetí psychiatrický mezník zapříčinil *Sigmund Freud* (1856-1939), který zkoumal nevědomé procesy, psychické obranné mechanismy a možné zapříčinění psychiatrických poruch skryté v hloubi lidské psychiky. Vliv Sigmunda Freuda byl nesporný s dalšími objevy psychiatrické péče, které byly často založeny právě na jeho myšlenkách ohledně pochopení, diagnostiky a klasifikaci psychiatrických poruch. [11]
4. Za čtvrtou psychiatrickou revoluci je pokládáno zapojení farmakologické léčby duševně nemocných pacientů. Časově se tato revoluce datuje do 50. let 20. století. Prvním použitým léčebným medikamentem, především v léčbě halucinací a bludů u schizofreniků, byl **chlorpromazin**. První použití je datováno roku 1952 a na to navazující **éra psychofarmakologie** (využívání psychofarmak k léčbě duševně nemocných). Díky použití chlorpromazinu se začali čím dál více prosazovat antidepresiva. [11]

V 70. letech se začala rozvíjet výpočetní technika, hlavně v USA. Tím započaly četné výzkumy ohledně výskytu, průběhu a symptomatologie duševních nemocí. To bylo základem pro vznik nových diagnostických systémů mezinárodní klasifikace nemocí. [12]

1.3. Česká psychiatrie pro 21.století

Obor české psychiatrie prodělává a bude prodělávat zásadní kroky hned v několika oblastech a těmi jsou: koncepce, diagnostika, terapie, výzkum a výuka na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. [10]

V oblasti koncepce dochází ke sblížení jak biologického, tak psychoterapeutického pojetí duševních onemocnění. V praxi to znamená, že i farmakologicky zaměřená psychiatrie

absolvují např. psychotherapeutické (alternativní) tréninky. Mění se tím celá ideologie medicíny. Důraz na povinnou léčbu se přesouvá na osobní zodpovědnost, povinnost žít se mění v právo zemřít, potlačení choroby se mění na zmírnění bolesti a zajištění dostatečné kvality života, pokus vymýtit choroby se mění na um s nemocemi zacházet, nařízení a vyhlášky jsou přeměněny péčí na žádost duševně nemocného. [10]

V oblasti diagnostiky se díky Americké psychiatrické asociaci vyvinout lepší, asociací zanedbané, diagnostické systémy. Budou čerpat poznatky z neurofyziologie, neuroanatomie, neurochemie a genetiky a zařadí se tím tak opět do klasifikace. Bude ovšem zapotřebí jako v jiných zemích globalizace společnosti tohoto století. [10]

Léčba psychiatrických poruch se zlepšuje zejména v oblasti poruch schizofrenních. Nelze opomenout alternativní přístupy k lepšímu zvládnání deprese. Český výzkumný tým se podílí na mnoha výzkumech, týkajících se psychofarmakologických studií a tím přispívající do oboru patofyziologie mozku. Lze předpokládat, že léčebné metody budou častěji kombinovat psychofarmakologii, psychoterapii, ale i fototerapii (užití jinanu dvoulaločného a třezalky tečkované). [10]

Výzkum české psychiatrie se bude jen zlepšovat. Hlavně díky nové generaci, která má četné zkušenosti ze zahraničí a zároveň se postupně zvyšuje vybavenost našich pracovišť. Jako příklad nové pozitronové emisní tomografie v nemocnici Na Homolce. Jediným kritickým bodem ohledně výzkumu v České republice je fakt, že zde chybí metodická brilance a zodpovědnost. Metodika je tedy jednou z oblastí, kterou se bude muset česká věda zaobírat, jinak přijde o svůj potenciál na světové úrovni. [10]

Výuka probíhající na Univerzitě Karlově v Praze se zabývá jako jediná výukou kurikula lékařství, kde se specializují na integraci látky a individuální přístup k problému a praktické dovednosti. Česká medicína tedy rozhodně nezůstává pozadu a všichni věří, že v budoucnu bude tato výuka velmi úspěšná. [10]

Česká psychiatrie v 21. století je pochopitelně na skromné úrovni, ale pokud nedojde k promarnění nadějných mladých psychiatrů našeho století, lze na pokrok nahlížet s optimismem. [10]

1.4. Výskyt duševních poruch v ČR

Informace o výskytu duševních poruch v naší republice vydává Ústav zdravotnických informací. Informace vyplývají z údajů Českého statistického úřadu. V tabulce 1.1 jsou zobrazeny nejčastější diagnózy duševně ošetřených pacientů z roku 2012. [14]

Tab. 1.1. Struktura nejčastěji ošetřených pacientů v roce 2012

Počet obyvatel v ČR	10 505 445
Organické duševní poruchy	65 238
Poruchy vyvolané alkoholem	26 280
Poruchy vyvolané jinými psychoaktivními látkami	17 928
Schizofrenie	46 893
Afektivní poruchy	102 273
Neurotické poruchy	224 345
Poruchy osobnosti	27 416

(14, str. 21)

Z údajů dále vyplývá, že psychiatrickou ambulanci v roce 2012 navštívili častěji ženy (60%) než muži s převažujícími poruchami afektivních a neurotických rozměrů. Nejčastějšími diagnózami u mužů byli sexuální deviace a v neposlední řadě poruchy vyvolané alkoholem.

[14]

1.5. Klasifikační systémy v psychiatrii

Jako jiné odborné disciplíny, i psychiatrie třídí své poznatky a zkušenosti. Jako výsledek vznikají různé klasifikační systémy, které slouží k rozdílným účelům. [12]

První bod spočívá v komunikaci mezi pracovníky v oboru. Umožňuje jim to komunikovat „stejnou řečí“. V praxi to znamená, že nebude dlouze popisovat stav pacienta, jeho klinický obraz a jeho náladu, ale sdělí pouze svému kolegovi, o jakého pacienta se jedná, a s jakou poruchou se léčí (př. maniodepresivní pacient). Stačí tedy zkrácená verze komunikace mezi psychiatry. [1]

Druhým bodem se rozumí stanovení správné diagnostiky pacienta za účelem co nejvhodnější medikace. I v psychiatrii je dokázáno, že na některé typy potíží je účinnější jiná terapeutická metoda než na prodromy jiné. [1]

Uzavírajícím cílem klasifikace je přijít na možné příčiny poruch psychiatrického pacienta. Co nejsnadnější přehlednost a orientace v systému. Konečné názvosloví je důležité jak pro vzdělávání odborníků, tak veřejnosti (pacientů). [1]

V České republice se od roku 1994 používá Mezinárodní klasifikace nemocí a zdravotních problémů (dále MKN-10). Jde o publikaci, která má za úkol klasifikovat lidská onemocnění,

poruchy, problémy apod. a je vytvořena Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO). Ta MKN-10 průběžně aktualizuje, přičemž poslední aktualizace proběhla roku 2013. [13, 10]

MKN-10 je přeložena do 25 jazyků na celém světě a používá se jako oficiální klasifikace duševních poruch ve většině zemí Evropy. [10]

Oboru psychiatrie se zabývá V. kapitola, označována písmenem F. Pod písmenem F se rozumí „Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)“. MKN-10 obsahuje stovky kategorií rozdělených do těchto částí:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

[13, 23]

2. Komunikace

Pojem komunikace je odvozeno z latinského slova „communicare“, což znamená sdílet, stýkat se či se vzájemně dorozumívat. Charakteristika komunikace je velmi obtížná a každý autor ji definuje jinak. Mikuláščík chápe komunikaci jako určitý způsob sociální interakce, s vysvětlením obousměrnosti a vzájemnosti komunikace. Pro záchranáře komunikační dovednost znamená především navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Za efektivní komunikaci mezi záchranářem a pacientem lze považovat komunikaci, která zajišťuje nejen spokojenost pacienta, jeho pochopení a spokojenost s léčbou, ale také přímo ovlivňuje efektivitu realizované léčby. Komunikace je tedy klíčovou součástí interakce mezi klientem a zdravotníkem. [18, 19, 21]

2.1. Verbální komunikace

Slovní neboli verbální komunikaci chápeme jako dorozumívání pomocí slov či jinými znakovými symboly. Verbální složku komunikace doplňuje neverbální složka dorozumívání. [1]

Mezi základní složky verbální komunikace řadíme: rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost embolických slov, délku projevu a intonaci. [19]

Při komunikaci bychom měli udržovat klidný a jasný tón hlasu. Mluvit bychom měli jasně a především srozumitelně, aby nám pacient rozuměl každé slovo z rozhovoru. Na začátku každého setkání s pacientem bychom se měli představit a pacientovi v žádném případě nelhat (mohl by vycítit lež a dojít tak až k agresivnímu chování). Podáváme pacientovi jasné pokyny, hlavně klidným nezvýšeným hlasem („Posaďte se prosím.“). Používáme pouze termíny, které pacient zná, nemluvíme vulgárně a s pacientem se nehádáme. Nesoudíme, nekritizujeme. Důležitá je snaha přesvědčit pacienta o tom, že mu chceme pomoci, nikoliv soudit nebo kritizovat. [21, 3]

2.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je odvozena ze slova „mimos“, znamenající jemně a citlivě napodobující či imitující. V praxi to znamená řeč těla, která je mnohdy považována za upřímnější než verbální komunikace. Základní neverbální projevy jsou totožné na celém světě, lišící se v některých národnostech. Během neverbálních technik si sdělujeme naše emoce, pocity, ale i nálady a celkové sblížování lidí. Právě neverbální komunikace je velmi důležitá při komunikaci s psychiatrickým pacientem. [18]

Mezi prvky neverbální komunikace se řadí: mimika (výraz obličeje), haptika (doteky), proxemika (přiblížení a oddálení mezi komunikanty), kinetika (pohyb), gesta, pohledy a úprava zevnějšku. [19]

Postoj zdravotníků by měl vzpřímený a autoritativní. Ruce by měly viset podél těla, nikoli je křížit či dávat je v bok. Při komunikaci s nemocným bychom měli udržovat stejnou výšku styku, tzn., že oba sedí či stojí. Neverbální komunikace musí být úměrná s komunikací verbální. Od pacienta si držíme dostatečný odstup, u agresivních pacientů až na tři metry, viz dále. [19,32]

3. Obecné zásady a nejčastější chyby komunikace s psychiatrickým pacientem

Čím dál častěji se v posledních letech jezdí k pacientům s psychiatrickou poruchou, proto je velmi důležité znát nejzákladnější principy komunikace. Proto v podkapitolách uvádím komunikaci s agresivním, úzkostným, depresivním, geriatrickým a suicidiálním pacientem. Při kontaktu s psychiatrickými pacienty je prvořadě bezpečí zdravotníků. [21]

Prvním a nejdůležitějším krokem je nikdy s pacientem nezůstávat v uzavřené místnosti o samotě. Vždy mít vedle sebe alespoň jednoho ze spolupracovníků zdravotnické záchranné služby. Přístup k duševně narušeným pacientům by měl být pomalý, ze strany, která pro ně není ohrožující. Na to návazný dostatečný odstup od psychiatrického pacienta (uvádí se na paži, raději dvě paže od pacienta). Odstup je důležitý pro možné napadení posádky ZZS. Nedělat žádné rychlé pohyby, to je další předpoklad správné řeči s pacientem. [14, 2]

Pacienta klidně vyzvěte, aby se posadil. Nejvhodnější je místo, na které dobře uvidíte, když se bude pacient zvedat. Samotní záchranáři by měli sedět klidně, vzpřímeně a psaní záznamu o výjezdu odložit a sledovat chování pacienta. Správně by měl sedící zdravotník nechat nohy na podlaze, v případě, kdyby chtěl pacient zaútočit. Dalším a o nic méně podstatným bodem je komunikace. [4, 20, 21]

3.1. Komunikace s agresivním pacientem

Práce s agresivním pacientem vyžaduje komunikaci, která bude ze strany ošetřujícího personálu klidná, s vyrovnaným hlasem. Pacienta vždy oslovovat jeho jménem, nikdy mu nelhat a mluvit na něj může jen jeden člen z posádky. Měli by se používat pouze jednoduché věty, aby jim agitovaný pacient rozuměl a dokázal je pochopit. Věty by zdravotníci měli několikrát opakovat s cílem pochopení hlavní myšlenky ze strany neklidného. Nechat pacientovi dostatek času a hlavně na něj nespěchat. [14, 20]

Pro správné vyhodnocení míry nebezpečí slouží jednoduché tři vodítka:

1. Pozor na dlouhé, upřené pohledy do očí.
2. Opatrnost při neklidu, rozrušenosti nebo nervozitě.
3. Dávat pozor na předměty kolem nás, které může agresor použít. [21]

Dalším důležitým bodem je s pacientem nevyvolávat hádky, nepopouzet ho. Spíše se zde uplatňuje snaha najít s neklidným společnou řeč a snahou sdělit mu, že se jeho chování vymyká kontrole a je třeba s tím přestat. Návrh dohody mezi posádkou a pacientem. Snaha o bezpečný odvoz pacienta do nemocnice. [4, 12]

Pokud se pacientovo chování nelepší, či naopak zhoršuje, může zkusit komunikaci s ním jiný člen výjezdové skupiny. Reakce pacienta se pak často mění. [4]

Nejčastější chybou v komunikaci s agresivními pacienty je reagování instinktivním způsobem, tzn. protiútokem nebo špatným přesvědčením, že musí zdravotník vyjít z konfliktu jako vítěz. Další neméně podstatnou chybou je, že záchranáři podcení či nepoznají nebezpečí. [21, 32]

3.2. Komunikace s pacientem trpící úzkostí

Pacienty s touto poruchou rozeznáme většinou na první pohled. Jsou často označováni jako duševně nemocní, kterým „strach kouká z očí“, proto je interakce mezi pacientem a zdravotníkem zcela jiná, než byla u agresivního pacienta. Úzkostní klienti vyhledávají pomoc zdravotníků v „roli dotčeného dítěte, jako za rodičem“. Úzkostný pacient musí ze zdravotníků cítit klid, porozumění a především pomoc s jeho nezvladatelným strachem ze stresu a stres zvládat. [15, 18]

Hlas záchranářů by měl být vlídný, přesvědčivý a především klidný. Pacient by měl cítit naději, že mu s jeho strachem ze stresu může zdravotník pomoci i s následným hledáním řešení. Komunikace by měla probíhat bez okřikování a napomínání, s pozorným nasloucháním pacientovi s pouze mírnými a pokojnými gesty. Z neverbální komunikace je zásadním krokem oční kontakt, který by měl být vlídný a neuhýbavý. [15, 6, 18]

Problém u pacientů trpících úzkostí spočívá v nich samých, bojí se své diagnózy. Častým léčebným opatřením, již v péči lékařů, je nabídnout zklidňující lék nebo uměle navozený spánek, pokud nelze pacienta zklidnit jinak. [6]

3.3. Komunikace s pacientem trpící depresí

„Deprese je chorobný smutek, duševní stav s pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, ztrátou zájmu, poklesem sebevědomí, sebeobviňováním, zpomalenou řečí a hlasem, v němž slyšíme trápení. Mohou se objevit poruchy spánku, únava, nechutenství“. [17, str. 35]

Komunikace s pacientem, který trpí depresí, je z uvedených tří skupin, komunikací neobtížnější. Depresivní pacient ve většině případů nemá potřebu s nikým hovořit a utápí se

ve svém smutku. Jeho zájem o léčbu je minimální a upadá, proto se nebude podílet na dodržování léčebného plánu. Pokud se jeden jeho problém vyřeší, přijde hned s druhým, proto by měl od záchranářů cítit pocit trpělivosti a naděje k řešení problému. [15]

Ze strany zdravotníků je prioritní zachování o empatický přístup k pacientovi a být mu v jeho situaci co nejvíc nápomocen. Dávat najevo pochopení pro situaci a stav nemocného. Další obecnou zásadou v komunikaci je umožnit depresivním pacientům reagovat podle jejich aktuálních stavů. Pacienti s depresivní poruchou jsou velmi vztahovační a citliví, proto je důležité vážit vybraná slova. Nevymlouvat mu jeho smutek, nepopuzovat ho, neokřikovat. Být velmi vnímavý k jeho chování a především ho neodsuzovat. Cílem je pacientovu depresivní poruchu zmírnit. [15,4]

Nejčastější chybou v přístupu je zlehčování obtíží pacienta, pacient má pak dojem, že jeho situaci nikdo nerozumí. Doporučování nových aktivit na pacienta zase působí dojmem přetěžování nemocného, což je také velkou chybou. Poslední častým chybováním je nucení pacienta se rozhodovat („tak co vlastně chceš“), jelikož jejich interpretací není lepší náhled do budoucna v současném stavu depresivního léčeného. [19, 8]

3.4. Komunikace s vážně psychiatricky nemocným pacientem

Udržení kontaktu a komunikace s psychotickým člověkem je velmi náročné. Mnohdy záchranářům pomůže rodina nemocného, hlavně s dostatečným uvedením anamnézy. Dále nám může dát určité typy, jak s pacientem správně navázat vztah. [19]

Při komunikaci s pacientem trpícím psychózou se zaměřujeme na charakteristické znaky psychózy, a to především: vnímání sebe, vnímání okolí, psychomotorický neklid, halucinace a poruchy myšlení. Zásadou komunikace s tímto druhem pacientů je pomoci nemocnému získat důvěru v okolí, vyslechnout jeho přání a potřeby a navázat kontakt s ostatními. Postoj by měl být empatický s porozuměním nemocného i s ohledy na psychické změny nemocného, které vnímá jen on. Snažíme se o dostatečnou anamnézu s pátráním po vlivech, které mohou snížit možnost komunikovat s psychiatrickým pacientem. Rozhovor vedeme klidným hlasem s použitím jednoduchých vět. Nemocného se nedotýkáme, udržujeme si odstup a využíváme nenuceného očního kontaktu. [19, 32]

Chybou v komunikaci s psychotickým pacientem je neudržování intimní zóny pacienta, pacient se tudíž cítí ohrožen. Také nedostatečné doptávání se, jestli nám pacient rozumí a chápe naše otázky spojené s dalšími postupy s transportem. [8]

3.5. Komunikace s geriatrickým pacientem

Senioři patří k velmi častým výjezdům posádek ZZS. Komunikace s nimi je zvláště obtížná. Především z toho důvodu, že je velmi specifická. Největší důraz je zde kladen na respektování lidské důstojnosti a úcty ke stáří. Stáří není nemoc. [32]

Staří lidé často osamělí, vnímají jakousi izolaci v dnešním světě a proto zavolání posádky ZZS pro ně může znamenat jakési vytržení z jejich osamocení. U těchto typů pacientů často dochází k týrání a šikanování ze strany pečovatелů či rodiny, proto je důležité, aby záchranáři znali fyzické i psychické změny spojené se stárnutím. Chovat bychom se měli tak, jako by to byl člen naší rodiny. [19]

K základním pravidlům komunikace se seniory tedy patří respektování identity pacienta, tzn. neoslovovat pacienty „babi, dědo“ („vyvarovat se elderspeaku“). Zároveň se snažíme nepoužívat infantilizaci. Celkově chráníme jejich důstojnost ve stáří. Respektujeme jejich zpomalení a důležité věci několikrát zopakujeme. [32]

Dále je zde snaha zabránit komunikačním bariérám, z důsledku neslyšitelnosti nebo poruchy zraku. Nezvyšujeme cíleně hlas, mluvíme pomalu a především zřetelně. Věnujeme pozornost složce neverbální komunikace a sledujeme, zda nám pacient věnuje pozornost. [32]

Jakákoliv intervence se seniory by měla směřovat k podpoře a udržování geriatrických, nikoliv je cíleně utlačovat a předpokládat nezvládnutí ze strany klientů. [31]

3.6. Komunikace s pacientem trpící suicidiálními myšlenkami

Suicidium je velmi intimní věc, a proto hlavním předpokladem správné komunikace je empatie a obezřetnost. Správně bychom měli zůstat klidní a nekritizovat žádné myšlenky a názory pacienta. Vztah zdravotník- pacient by měl být pozitivní, ještě před začátkem komunikace mezi nimi. [29]

Informace se snažíme získat v první řadě od pacienta, aby netrpěl dojmem, že jeho suicidiální myšlenky byly vyzrazeny jeho rodinou a mohl sdělit své myšlenkové pochody zdravotníkům sám. Až následně se můžeme ptát na obtíže nemocného jeho rodiny a přátel. „Skutečně suicidiálními pacientům se často uleví, až se na suicidium zeptáme“. [29, str. 39]

Zároveň se pacientům nesnažíme jejich sebevražednost vymlouvat, z jejich pohledu může dojít k vyložení nízkého pochopení ze strany zdravotníků. [32]

„Naslouchejme, hodnotme pacienta a vedme jej k rozhodnutí o zahájení léčby“. [29, str. 40]

Nejčastější chybou v komunikaci s těmito pacienty je, že zdravotníci mnohdy neberou jejich výhrůžky vážně a mnohdy je zlehčují. [32]

4. Nejčastější psychiatrické poruchy na výjezdech ZZS

Každý psychiatrický pacient je jiný, hlavně ve svém chování. Proto se budeme věnovat v této kapitole popisu skupin psychiatrických onemocnění, se zaměřením na jejich projevy. Jak všichni víme, pacienti s duševním onemocněním jsou indikováni čím dál častěji na výjezdech ZZS, proto se zaměříme na hlavní příznaky psychiatrických poruch u dospělých, jelikož k dětem s duševní poruchou výjezdové skupiny vyjíždí zřídka.

Určit správnou diagnózu v terénu je velmi těžké, zvláště bez pomocných diagnostických metod jako třeba CT, MR apod.

Budeme se tedy zabývat (podle výzkumu ZZS) těmi duševními onemocněními, ke kterým záchranáři vyjíždějí nejčastěji. Ke každé podkapitole proto uvedeme jen to nejdůležitější.

4.1. F00-F09: Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Jako organické poruchy, vznikající na podkladě morfologického poškození mozku.

Může jít o :

1. *Primární poruchy CNS* mezi něž patří: traumatický úraz, nádory mozku, encefalitidy, meningitidy nebo atroficko-degenerativní proces centrálního nervového systému. [11, 16]
2. *Projevy celkového onemocnění* jako např. ateroskleróza, stavy zmatenosti při infekčních nemocech nebo dehydrataci, infarkt myokardu a další srdeční choroby či hormonální onemocnění. V neposlední řadě v důsledku nedostatku vitaminů. [11, 16]

Do skupiny organických duševních poruch tedy spadá skupina demencí, delirií, lehké poruchy poznávání, emoční poruchy, organické psychotické poruchy a organické změny osobnosti. Dle délky trvání poruchy lze skupinu dělit na akutní a chronickou. Pod skupinu akutní spadají deliria, emoční poruchy a krátkodobé psychotické příznaky. Do chronické skupiny spadají demence či probíhající organická a afektivní onemocnění. [10]

Ke klinickému obrazu této skupiny poruch patří nejvíce poruchy kognitivních funkcí (paměť, učení, myšlení, vědomí, pozornost). Projevem organických poruch jsou ale také

halucinace, bludy, deprese, úzkost a emoční poruchy. Onemocnění pod názvem F00-F09 mohou vznikat v každém věku, ale incidence roste s věkem. To znamená, že vyšší ročníky jsou náchylnější k propuknutí organických duševních poruch. [16]

4.1.1. Demence

Za demence jsou považovány choroby, jejich základními projevy je vyskytující se ztráta úbytku poznávacích funkcí (paměť, pozornost, motivace). Je nejběžnější chorobou ve vyšších věkových skupinách následkem poškození mozkové části. Demenci lze diagnostikovat už od 2-4 let věku, kde dojde k premorbidnímu poškození kognitivních funkcí. Statistiky uvádějí, že až 5% populace ve věku 65 let trpí demencí. Procento stoupá s věkem a to až dvojnásobně. [16]

Ve většině kazuistik je nejdříve poškozena paměť. Dále bývá postižen úsudek a orientace, až nakonec dochází k obrazu těžké intelektové deteriorace. Z nekognitivních poruch se často vyskytují poruchy emotivity, nálady až úbytek vyšších citů. Mohou se přechodně vyskytnout poruchy myšlení jako třeba bludy nebo vnímání. U některých typů demencí se mohou vyskytovat afázie, apraxie apod. Agrese je také velmi častým příznakem demenčních pacientů. V nejtěžších fázích demence dochází k těžkému úpadku osobnosti. Všechny kognitivní i nekognitivní funkce a jejich narušení vedou ke ztrátě soběstačnosti a schopností vykonávat denní režim samostatně. [33]

Demence často vede pacienty k umístění do ústavů či psychiatrických léčeben. Ač se některé typy demencí dají za předpokladu včasné diagnostiky a léčby vyléčit, demence stále vede přímo či nepřímo ke smrti postiženého. [10]

Demence se dá rozdělit na dvě základní skupiny:

- a) *Demence primárně degenerativní*, mezi něž řadíme nejznámější Alzheimerovu chorobu. [10]
- b) *Demence sekundární a symptomatické*, u kterých je příčina vyvolaná jiným onemocněním postihující CNS. Příklad: Neuroinfekce, intoxikace CNS, vaskulární onemocnění, demence při Huntigtonově chorobě. [10]

4.1.2. Organický amnestický syndrom

Tento syndrom je charakteristický poruchou dlouhodobé a střednědobé paměti, ale je zachováno vybavení paměti. V nejčastějších případech se vyskytuje u postižení hypotalamo-diencefalické oblasti. Amnestický syndrom charakterizují konfabulace, chorobně nadnesená nálada a chybný náhled na daný stav. [16, 33]

Postižení nejsou schopni si vštípit nové obsahy a jsou následně dezorientováni místem a časem. Amnézie má anterográdní charakter a často jsou postiženi apatií či bradypsychizmem. Etiologicky se vyskytuje u chronických alkoholiků a při traumatech mozku. [10]

Je velmi nutné odlišit amnestický syndrom od demence, deliria, asociativní poruchy a deprese. Často se jejich projevy prolínají. Při léčbě syndromu se používají v popředí nootropní farmaka a neuropeptidy. [12]

4.1.3. Delirium

Za deliria označujeme kvalitativní poruchy, většinou krátkodobého nebo přechodného charakteru vznikající jako reakce na různé noxy. U delirií může docházet k narušení pozornosti, myšlení, ale také k poruchám emotivity či spánku. To celé se dále propaguje v poruchy chování. [16, 27]

Dle MKN-10 musí být přítomny tyto znaky k diagnostice deliria:

- Zhoršení vědomí a pozornosti
- Celková porucha chování a chápání
- Poruchy psychomotoriky
- Poruchy cyklu spánek-bdění
- Poruchy emocí [10]

Deliria mývají bouřlivý průběh, spojený s halucinacemi i iluzemi a jsou doprovázeny psychomotorickým neklidem. Jsou deliria krátké délky (hlavně v noci než přes den), ale také dlouhé délky. Krátké deliria nazýváme stavy zmatenosti. Deliria si postižení buď pamatují úryvkovitě, nebo na ně úplně zapomínají. Není zde vyloučena agresivita ze strany pacienta. [30, 31]

Odlišení deliria a demence je vcelku prosté. Delirium mývá krátký nástup a konec a výrazně kolísá během dne. Opatrnost si ale musíme dát v případě, že delirium nasedá na demenci, to je ale předmětem péče odborníků využívajících speciálních metod a laboratorních výsledků. [10, 27, 33]

Na vzniku delirií se podílejí i různé faktory. Jsou to např. organické poškození CNS, hypoxie CNS (ICHS, anémie...), infekční faktory jako horečky, abstinenční syndromy po vynechání alkoholu a v neposlední řadě poruchy adaptace. [16, 33]

Optimální léčbou delirií je odstranění vyvolávající příčiny. Nutnost kompenzace ZŽF. Nejběžněji indikovaná farmaka jsou neuroleptika, z léků *Tiapridal*. V případě selhání

zahájíme léčbu *Buronilem* či *Risperdalem*. Tam, kde přetrvává neklid, použijeme *Haloperidol*. [10]

4.2. F10-F19: Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek

Skupina duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek zahrnuje rozmanité poruchy. Od lehkých nekomplikovaných intoxikací, až po závažnější komplikace včetně psychotických poruch. Společnou vlastností zmiňovaných poruch je užívání minimálně jedné psychoaktivní látky. [12]

Pojem psychoaktivní neboli psychotropní látka rozumíme látku, která je schopna ovlivnit psychickou činnost. Některé psychoaktivní látky tedy mohou vyvolat závislost. K závislosti může dojít po různě dlouhém užívání psychotropní látky. [28]

Užíváním antipsychotických látek může docházet k zvýšené kriminalitě a zvýšenému počtu sebevražd. Jednání jedinců pod těmito látkami jsou mnohdy nebezpečná nejen sobě, ale i druhým. [10]

4.2.1 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu (F10)

Alkohol je v naší republice nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Patříme k zemím s největší konzumací alkoholu ve světě. Dle zdrojů je uváděno, že až 70% vražd je spácháno pod vlivem alkoholu. [33]

Intoxikace alkoholem je stav, kde se kombinují projevy nenormálního chování se somatickými, zejména neurologickými příznaky. Akutní intoxikace může probíhat pod obrazem nekomplikované opilosti (*ebrietas simplex*), projevující se především neklidem a agresivitou. Závažná intoxikace může končit až komatem, depresí dechového centra, aspirací zvratků, hypertenzí, hypoglykemií a jinými komplikacemi. [12]

Mezi diagnostické metody k určení intoxikace alkoholem (dle MKN-10) jsou:

1. Jasný důkaz užití alkoholu v dostatečně vysoké dávce.
2. Příznaky intoxikací musí odpovídat známým účinkům alkoholu.
3. Příznaky není možné vysvětlit jinak. [29]

Příznaky intoxikace závisí především na vypité dávce, ale také na individualitě pacienta. Při *ebrietas simplex* pozorujeme zvýšené sebevědomí pacienta, hovornost a nejsnadněji překonává společenské zábrany. Typické je zhoršení soustředění, alkoholový zápach z úst, rudě červený nos, otok obličeje a následná agrese. Při závažné opilosti dochází k pádům,

vrávorání, pacient se pomoci i pokáli a typická je ataxie. Na proběhlý stav má postižený převážně amnézii. [29]

Intoxikace alkoholem mnohdy překrývá příznaky jiných poruch. Nejčastěji to bývají úrazy hlavy s nitrolebním krvácením. Těžké intoxikace posádky ZZS musí proto neprodleně odvést na ARO. [10]

4.2.2. Poruchy způsobené užíváním opioidů (F11)

K přirozeným alkaloidům opia můžeme zařadit morfin a kodein. Jsou to látky užívané v medicíně pro své analgetické a antitusické účinky. Vzhledem k evidenci morfia a kodeinu, se stavy intoxikací opioidem ustoupili do pozadí.[30]

Mezi hlavní příznaky intoxikace patří euforie, psychomotorická inhibice, pocity klidu, lehká ospalost, mióza, obstipace, žlutavé zbarvení pokožky a průjmy. Celková závislost na opioidech vede k chátrání organismu. [28]

V současné době je nejnebezpečnější z opioidů užívání heroinu, který si závislí aplikují převážně nitrožilně nebo šňupáním. Závislost vzniká během pár týdnů. K odvykacím příznakům patří výrazná třesavka, slzení, pocity chladu, rýma, slzení očí a další příznaky. U intoxikace opioidy je nejdůležitější zajištění životních funkcí a podání specifického antidota-Naloxonu (0,4 mg i.v.) Poločas rozpadu je 1 hodina, proto musíme podávat naloxon opakovaně. [12, 10]

4.2.3. Poruchy způsobené užíváním kanaboidů (F12)

Hlavním alkaloidem z konopí je tetrahydrokanaboid (THC), který se obsahuje v pryskyřici květů (hašiš) nebo v rostlinné nati (marihuana). [31]

Intoxikace kanaboidy způsobuje pocity uvolnění a výrazně zvyšuje sexuální libido. Při kouření marihuany nejdříve dochází k pálení v hrdle, nepříjemnému kašli a následně se dostaví chtěná euforie, výrazný smích a stav psychického sebevědomí. Za riziko je považováno narušení pohybové koordinace a špatný odhad vzdálenosti, to je nebezpečné při řízení motorových vozidel. [30]

Terapeuticky zasahujeme pouze v případech úzkostných stavů a to anxiolytiky a antidepressivy. [31]

4.2.4. Poruchy způsobené sedativy a hypnotiky (F13)

Jedná se o léky, které se velmi často předepisují a nekontrolovatelně užívají. Pro své účinky jsou nejvíce užívané benzodiazepiny (Dormicum, Diazepam). Obvodní lékaři tyto léky předepisují hojně a často dochází k jejich zneužívání. [31]

Léky se předepisují převážně na nespavost, úzkost nebo depresivní stavy. Hlavními příznaky intoxikace benzodiazepinů jsou euforie, nejistá chůze, poruchy svalové koordinace a nystagmus. Za těžkou intoxikací bývají pokusy o sebevraždu, mnohdy doplněné o alkohol, což vede k potenciaci sedativního účinku a vyvolání mráкотných stavů. [33]

Vysazení ze dne na den může vést k odvykacím příznakům deliria nebo epileptickým paroxysmům. Specifickým antidotem je flumazenil. Výplach žaludku provádíme maximálně do 4 hodin po intoxikaci, pak ztrácí výplach význam. [10]

4.2.5. Poruchy způsobené požitím kokainu (F14)

Poruchy vyvolané kokainem, který se získává z rostlin *Erythroxylon coca*, se pěstují pro své stimulační účinky. Historicky se nejvíce využíval v očním lékařství k znecitlivění. [30]

Kokain se aplikuje buď šňupáním, nebo injekcí. Při jeho aplikaci se dostávají příjemné pocity. Chování je expanzivní, zvyšuje se sexuální libido až deviace a výrazné jsou i vegetativní symptomy jako hypertenze, srdeční poruchy a hypertermie. [12]

Dlouhodobé užívání způsobuje úzkostné až depresivní stavy. Mohou nastat sebevražedné pokusy a deprivace osobnosti se sklonem ke kriminalitě. To je hlavní důvod, proč je kokain označován za nejnebezpečnější drogu. K léčbě se zkouší užívat antipsychotika a antidepressiva. [30]

4.2.6. Poruchy způsobené použitím halucinogenů (F16)

Jde o látky, které po užití vyvolávají poruchu psychických funkcí, především vnímání. Patří sem LSD, meskalin nebo psilocybin. [10, 29]

Akutní intoxikace způsobují kromě halucinací pocity lehkosti, kosmického nekonečna a vše je v živých barvách. Při odeznívání se často dostávají pocity úzkosti. [31]

Intoxikace LSD jsou nebezpečná především z důvodu nebezpečného chování pacienta. Důležitý je proto dohled nejméně dvěma osobami. Při neklidu lze použít malé dávky antipsychotik. [12]

4.2.7. Poruchy způsobené požitím organických rozpouštědel (F18)

Do této podskupiny patří všechna rozpouštědla, např. barvy. Jako nejpoužívanější rozpouštědlo se používá toluen neboli methylbenzen. [33]

Nejčastější příčinou intoxikací jsou inhalace, perkutánní cesta a požitím látky perorálně. Účinky se liší podle vstupu do organismu. V rámci závislostí je nejnebezpečnější inhalace, která se přes hematoencefalickou bariéru propouští rychle a dochází k rychlému nástupu účinku. Je podobná intoxikaci alkoholem, ale bezvědomí nastává rychleji. Smrt nastává útlumem dýchacího centra a vznikem maligních srdečních arytmií. [29, 30, 31]

Mezi příznaky řadíme: apatie, útlum duševních funkcí a impulzivní či agresivní jednání pacienta. Diagnózu může usnadnit dech pacienta, zarudnutí kolem nosu a úst a v neposlední řadě podráždění očí. Jako terapie u těžkých intoxikací se využívá forzírovaná diuréza a léčba neuroleptiky. [12]

4.3. F20-F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Kapitolu o schizofrenii probereme podrobněji. Hlavně z důvodu, že se každý záchranář setkává se schizofrenikem v běžné praxi. Je velmi důležité správně diagnostikovat a léčit pacienta se schizofrenií.

4.3.1. Schizofrenie

Pod pojmem schizofrenie se rozumíme jedno z nejnebezpečnějších duševních onemocnění. Jedná se o onemocnění, které ničí intelekt, emoce a sociální život jedince. Má za následek ztrátu kontaktu s realitou a následně vede k narušení vztahu k sobě samému i k lidem okolo. [9, 14, 28]

Schizofrenii trpí přibližně 1% populace. Častěji onemocní muži než ženy a to nejčastěji ve věku 16-18 let a vrcholí po 20 roce života. Onemocnění může nastat také u pacienta dětského věku, ale je to spíše vzácností. [33]

Co se týče etiologie, není známa. Vychází se z teorie, že onemocnění je podmiňováno mnohými patogenetickými vlivy. A z hlediska genetiky, pokud má alespoň jeden rodič schizofrenii je pravděpodobnost vzniku přibližně 12%, že potomek bude trpět schizofrenií rovněž. Riziko suicidiálního chování se pohybuje v rozmezí 10-20 %. [1, 10]

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit do různých skupin a to:

- *Pozitivní příznaky* kam patří: bludy ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek; bludy kontrolování, ovládání nebo ovlivňování; halucinace hlasů-ovlivňující pacientovo chování
- *Negativní příznaky*: emoční oploštělost, snížená emoční reaktivita, chudost řeči, snížení zájmu o sociální aktivity, ztráta iniciativy
- *Dezorganizační příznaky*: dezorganizace řeči a chování (zanedbání péče o zevnějšek), neadekvátní afekty či klackovité chování
- *Kognitivní poruchy*: poruchy pozornosti, poruchy paměti, poruchy abstraktního myšlení a sociální izolovanost
- *Katatonní příznaky*: poruchy motoriky, což znamená, že se pacient chová buď agresivně, nebo se vůbec nehýbe [29]

Schizofrenie se dělí na tři základní formy onemocnění:

1. **Paranoidní forma schizofrenie (F20.0)** je charakterizována převážně bludy, méně halucinacemi. Je to nejčastější forma schizofrenie a obvykle se vyskytuje ve vyšším věku. Pacient trpí převážně paranoidním typem bludů, cítí se ohrožen jinými lidmi nebo se cítí pronásledován. Bludy mohou být velikášské nebo perzekuční. Vedou postiženého k symbolickému myšlení a snaží se ovlivnit skutečnost pouze svými myšlenkami na dálku nebo pomocí magického (nezvyklého) myšlení. Halucinace u paranoidního typu převažují sluchové nebo kombinované. [12, 16]
2. **Hebefrenní forma schizofrenie (F20.1)** se projevuje jako „typické bláznovství“. V Americe jí nazývají „dezorganizovaná“ schizofrenie. Typickými příznaky jsou pošetilost a celková dezorganizace duševního života. Projevuje se klackovitým chováním s úšklebky, jako u pubertálních dětí. Hebefrenik může překvapit svou agresí a svým filozofováním. Proto jednání s tímto typem schizofrenie je velmi obtížné. [9, 10]
3. **Katatonní forma schizofrenie (F20.2)** je charakterizována poruchou hybnosti. U těchto pacientů je vždy nápadná bezcílnost, neodůvodněnost a nepřiměřenost motorických projevů. V klinickém obraze se mohou vyskytovat některé symptomy nebo jejich kombinace:
 - Katatonní stupor → ztuhlost se zmenšenou reaktivitou na stimuly v okolí (častá amnézie)
 - Mutismus → funkční neschopnost mluvit

- Negativismus → zřetelný odpor ke všem instrukcím či pokynům
- Rigidita → svalová ztuhlost při pokusu pohnout s pacientem
- Excitace → neovlivnitelná motorická aktivita [10, 28, 33]

4.3.2. Schizotypní porucha (F21)

U těchto poruch vidáme zvláštnosti a podivnosti v chování a v celkovém vzhledu pacienta. Postižený se projevuje výraznou nejistotou a úzkostí. Myšlení se nám zdá podezřivé. [28]

Schizotypní porucha často předchází samotné schizofrenii, avšak není u ní přítomen žádný ze schizofrenních příznaků. Hlavním rozdílem je u schizotypní poruchy je pomalá progresse a duševní dezorganizace. [12]

Prevalence u těchto poruch se pohybuje okolo 3%. [14]

4.3.3. Trvalá duševní porucha s bludy (F22)

Je charakterizována rozvojem jediného bludu nebo navzájem několika propojenými bludy s velmi rozdílným obsahem. Mohou být setrvalé nebo celoživotní. U této poruchy nenacházíme halucinace a bludy kontrolovanosti. Nacházíme zde časté zvukové halucinace, především u seniorů. [1]

Nejčastější z bludů jsou bludy velikášské, žárlivecké, erotomanické či perzekuční.

Počátek onemocnění se vyskytuje ve středním věku s tím, že obsah bludu bývá obvykle spojen s těžkou životní situací pacienta. Ohledně jednání a postojů postiženého můžeme s jistotou říci, že efektivita s řečí a chováním jsou považovány na normální. [12]

4.4. F30-F39: Afektivní poruchy (Poruchy nálady)

Afektivní poruchy se řadí na třetí příčku nejčastějších duševních poruch na světě, celkově se vyskytují u jedné pětiny populace. Měsíční prevalence poruch nálad se pohybuje mezi 5-7%. Ve vyspělých státech jsou deprese nejčastější příčinou ztráty zaměstnání. [30]

Příčinou vzniku afektivních poruch jsou faktory jak biologické, tak psychosociální. Nejčastěji nacházíme etiopatogenezi smíšenou. V anamnéze klientů nacházíme často zvýšený výskyt stresových faktorů (úmrtí v rodině apod.). [1, 33]

U poruch nálad se setkáváme v zásadě se dvěma příznaky a to *depressivním*, který je častější a *manickým*. [31]

4.4.1 Manická fáze (F30)

Pod manickou fází spadá několik podkategorií jako: Hypomanie (F30.0), Mánie bez psychotických příznaků (F30.1) a s psychotickými příznaky (F30.2) a Jiné manické fáze (F30.8). [10]

Základní charakteristikou je rozjařená, nepřiměřená nálada spojená s hyperaktivitou a velikášskými postoji a názory. Vždy je přítomen manický syndrom, což znamená zvýšenou pozornost nebo motorický neklid. Dalšími příznaky jsou myšlenkový trysk, nadměrná hovornost, a rizikové chování jako nepřiměřené utrácení nebo flámování. Mohou se vyskytnout ojediněle bludy a halucinace. [28]

4.4.1.1. Hypomanie (F30.0)

Jedná se o nižší stupeň mánie, kde jsou abnormality nálady trvalé a výrazné. Přetrvává zde mírné zvýšení nálady, alespoň několik dnů, ale nejsou zde přítomny halucinace ani bludy. Občas se místo euforické nálady objeví podrážděnost, domýšlivost a nevázané chování. [10]

4.4.2. Bipolární afektivní porucha (F31)

V některých literaturách označována jako maniodepresivní psychóza, závažné celoživotní onemocnění. Prevalence onemocnění se pohybuje okolo 1% rovnoměrně mezi muži a ženami. Začátek bývá v adolescenci. U smíšených stavů je velmi zvýšeno riziko sebevraždy. [30]

Charakterizována je střídáním manických a depresivních epizod. Mohou končit remisí nebo přejít na druhý pól, v praxi to znamená přecházení deprese do mánie a naopak s nepravidelným střídáním. [1, 28]

BAP vždy zahrnuje maniodepresivní onemocnění, psychózu nebo reakci. A vždy vylučuje bipolární poruchu, jedinou manickou epizodu a nebo cyklotymii (příznaky trvající nejméně dva roky). [10]

4.4.3. Depresivní fáze (F32)

Pod tuto diagnostickou kategorii řadíme depresivní syndrom, který je charakteristický chorobnou smutnou náladou, ztrátou zájmů a potěšení z aktivit, které dříve pacientovi přinášely radost. Depresivní pacienti nejsou schopni jakékoli činnosti, trpí poruchami sebehodnocení a sebeobviňováním. [28]

Komunikace bývá setřelá a vede až k úplné izolaci postiženého od okolního světa. Často končí myšlenkami na sebevraždu. Riziko suicidia se pohybuje až u čtvrtiny pacientů. [12]

Výjimkou nejsou ani poruchy spánku, sexuální aktivity a příjmu potravy. Pro velmi těžké deprese je charakteristický somatický syndrom. Ten je specifický nedostatkem emočních reakcí, sexuálního apetitu a vyskytující se agitovaností. [28]

Depresivní fáze lze rozdělit na tři skupiny: *mírná depresivní fáze*, *střední depresivní fáze* a *těžká depresivní fáze*. [1]

Za zmínku stojí také **trvalé poruchy nálad**, které jsou v MKN-10 pod číslem F34. Jsou to trvale vyskytující se poruchy nálady, u nichž nejsou příznaky tak závažné jako u mánií či depresí. Trvají nepřetržitě léta, ale mohou vést ke snížení schopností. Mezi ně patří již zmíněná *cyklotymie* (F34.0) nebo *dystymie* (F34.1), což je chronická depresivní nálada. [10]

4.5. F40-F48: Neurotické, stresové a somatoforní poruchy

Tato skupina poruch je velmi rozsáhlá a proto se budeme věnovat opět jen těmi poruchami, se kterými se zdravotníci na záchranných službách mohou setkat nejčastěji.

Skupinu neurotickým a stresových poruch lze definovat jako heterogenní skupinu duševních poruch, při kterých převládá úzkost a somatické potíže. [10]

Prevalence neurotických a jiných poruch je 25-30% světové populace, přičemž až 15% trpí úzkostnou poruchou. [29]

Obecné příznaky můžeme rozdělit na *příznaky duševní*, k nimž patří: úzkost, strach, fobie, obsese, depersonalizace, obavy z budoucnosti apod. Druhou skupinou jsou *příznaky tělesné* a to: dušnost, palpitace, tachykardie, bolesti na hrudi, zvracení, průjmy, psychogenní bolesti aj. [1]

4.5.1. Fobické úzkostné poruchy (F40)

Poruchy, u kterých je dominujícím příznakem úzkost. „*Úzkost považujeme za abnormální tehdy, když představuje neadekvátní reakci na podnět, když je nepřiměřená co do své intenzity, trvá příliš dlouho, často i po odeznění vyvolávajícího podnětu*“. [1, str. 275]

Pacienti si uvědomují, že jejich obava je iracionální, ale i přesto prožívají úzkost. Úzkosti se zbaví pouze tak, že se jedinec bude situacím či podnětům vyhýbat. Úzkost se může projevit jako mírná, střední a panická. Panická porucha je definována náhlými epizodami intenzivního strachu a hrůzy, které se objevují bez zjevné příčiny. Při panické poruše vidíme intenzivní tělesné příznaky (bušení srdce). [1, 29, 30]

Agorafobie (F40.0)

Agorafobie je jedna z nejčastějších úzkostných poruch. Jedná se o strach z otevřených prostranství. Může být i strach z opuštění domova nebo cestování. Ženy touto poruchou trpí dvakrát častěji než muži a prožívají panické poruchy (5-20 minut) se sekundárními depresivními stavy a somatickými stesky. [28]

4.5.2. Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)

Řadí se mezi nejhůře léčitelné a nejčastěji invalidizující neurotické poruchy. Hlavním příznakem jsou obsedantní myšlenky a nutkavé akty. [12]

Tato porucha se vyskytuje až u 3 % obyvatelstva. Pacienti, kteří trpí OKP svůj život popisují jako „každodenní vězení“ nebo jako „bludný kruh“. Jedincům mění OKP jejich každodenní život. Aby nemocní ulevili svému trápení, musejí vždy vykonat několik svých rituálů, které jim zmírní strach či úzkost. U nejzávažnějších případů lidé nedělají nic jiného, než právě vykonávání rituálů. [30]

Obsese můžeme popsat jako vtíravé myšlenky nebo představy, které pacient považuje za cizí a ne v jeho zájmech. Obvyklými obsesemi jsou strach ze špíny, impulzy násilného chování nebo z neudělání nějaké povinnosti (zamčení dveří). [28]

Obsese vedou ke kompulzím, které mnohdy sníží jejich úzkost. **Kompulze** tedy definujeme jako nutkavé akty, které pacient účelně vykonává stejným, stereotypním způsobem. Příklad: pacient se strachem ze špíny se bude několikrát za den mýt. [1]

4.5.3. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Tato skupina se od ostatních neurotických poruch liší zejména tím, že jejich diagnózu můžeme definovat na jejich symptomatologii, ale i na základě příčinných vlivů. Za vliv můžeme považovat mimořádnou situaci v životě nebo stresující zážitek. U všech zařazených poruch tedy můžeme říci, že jsou následkem akutního těžkého stresu. [1]

Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

PTSD se definuje jako úzkostná porucha rozvíjející se po emočně těžké, stresující události. Takovou stresující událostí může být např. válka, výbuch bomby, přírodní katastrofy apod. PTSD může vzniknout v kterémkoli věku, ale náchylnější jsou mladí lidé, kteří jsou více vystaveni traumatickým událostem. [12]

Jako hlavní faktor, bez kterého nemůže PTSD vzniknout je tedy trauma nebo traumatická událost. [10]

K hlavním příznakům patří:

- a) Pocity otupělosti, nedostatek zájmu o činnosti dříve vykonávané, pocit odcizení všem lidem
- b) „Flashbacky“ definované jako znovuprožívání traumatu ve snech a vzpomínkách
- c) Úzkost, poruchy spánku, nadměrná ostražitost [1]

Mnozí z pacientů cítí vinu za to, že přežili a ostatní už takové štěstí neměli nebo jim nedokázali pomoci. Častý je strach z věcí, které pacientovi připomínají věci z traumatické události. V rozvoji PTSD může docházet až k agresi nebo těžkým záchvatům paniky. Diagnosticky se definuje do 6 měsíců od traumatické události. [1]

4.5.4. Somatoformní poruchy (F45)

Charakteristika somatoformních poruch je dána přítomností tělesných příznaků bez prokazatelného organopatologického nálezu. Pacienti si stěžují na nejasné tělesné příznaky, př. bolesti, nauzea, únava. Záchranáři tedy nemohou diagnostikovat chorobu, jelikož symptomy nezapadají do žádného somatického onemocnění. Pacienti rovněž odmítají psychologickou pomoc. [30]

Hypochondrická porucha (F45.2)

Hypochondrickou poruchu lze definovat jako úzkostné sebepozorování sama sebe a strach z nemocí. Jedinec se domnívá, že má jednu nebo více závažných nemocí. Projevem jsou časté stesky na tělesné potíže. Postižený si normální projevy definuje jako abnormální a tím vněm vyvolávají strach a napětí. Jeho obavy způsobují náležitý stres a jeho neschopnost fungovat. [12]

U těchto pacientů je velmi důležité určení správné diagnózy. Záchranáři mají často pocit, že si pacienti vymýšlejí a že jim nic není, ale opak je pravdou. Tito pacienti velmi trpí a při nesprávném postupu je zde vysoké procento sebevraždy. [10]

U hypochondrické poruchy nacházíme rovněž úzkostné, depresivní či panické poruchy. [12]

4.6. F70-F79: Mentální retardace

Mentální retardace neboli duševní opoždění je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje. Jedná se o neschopnost dosáhnout určitého duševního vývoje, který by odpovídal věku. Dále se zde projevuje porucha řeči, poznávací, pohybové a sociální funkce. (28, 30)

Prevalence se pohybuje okolo 5% jedinců, z toho 50% vyžaduje sociální nebo lékařskou pomoc. [10]

Za hlavní diagnostické kritérium považujeme stanovení sníženého inteligenčního kvocientu. Dále se hodnotí sociální přizpůsobivost, kulturní zázemí i vývojové období, ve kterém se porucha projevila. [12]

Míru retardace můžeme rozdělit na 4 stupně:

1. **Lehká mentální retardace (F70)** projevující se IQ 50-69. Rozvoj dítěte je od dětství zpomalen, řeč i porozumění mluvenému slovu rovněž. Většina pacientů se dokáže o sebe postarat, jsou schopni vykonávat domácí práce a i lehké manuální zaměstnání. Pacienti trpící lehkou formou retardace tvoří až 80% mentálně nemocných. [1, 14]
2. **Středně těžká mentální retardace (F71)** projevující se hodnotou IQ 35-49. Rozvoj je ve všech oblastech výrazně opožděn. Samostatnost v běžném životě je pouze částečná a někteří postižení potřebují sociální pomoc po celý zbytek života. Řeč je velmi jednoduchá a mnohdy jsou pacienti schopni jen komunikovat nonverbálně. Pracovat mohou jen v chráněných domech k tomu určených. [1, 14]
3. **Těžká mentální retardace (F72)**, která se projevuje hodnotou IQ 20-34. Pacienti tvoří 3-5% nemocných. Vývoj je opožděn již v předškolním věku. Dorozumívají se pouze s pomocí skřeků nebo jednotlivými slovy. Je zde potřebný celodenní dohled nad hygienou, přijímáním stravy i oblékáním. Péčí lze rozvinout jen některé návyky jako kupříkladu, cit pro hudbu nebo rytmus. [14, 30]
4. **Hluboká mentální retardace (F73)** je projevem IQ 0-19. Postižení zabírají 1-2% všech nemocně retardovaných. Skoro všichni nemocní nejsou schopni sebeobsluhy, neudržují čistotu, nejsou schopni se sami pohybovat a jejich řeč se projevuje pouze neartikulovanými zvuky či mimikou. [1, 14, 30]

5. Farmakologická léčba psychiatrického pacienta

Farmakoterapie je v psychiatrii a tudíž i v PNP nedílnou součástí léčba duševních poruch. Nejmarkantnější zastoupení tu mají především psychofarmaka, tedy léky, které primárně zasahují CNS a pozitivně ovlivňují chorobně narušené psychické funkce. Aplikace psychofarmak je součástí komplexní péče o psychiatricky nemocné. Dělení psychofarmak je dle efektu na duševní příznaky nemocného (duševní činnost). Psychofarmaka se dělí na: antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, kognitiva a psychostimulancia. [5, 14]

Jako záchranáři v PNP máme velmi omezený výběr léčiv, proto se zaměříme na léky v PNP. Prvotní snaha je ovšem zvládnutí psychiatrického pacienta bez medikamentů, pokud je to možné. Pokud pacient ohrožuje sebe nebo zdravotnické pracovníky, je třeba se uchýlit k podání psychofarmak. Podávání psychofarmak se indikuje i v případě, že má duševně nemocný psychiatrickou poruchu, doprovázenou halucinacemi, bludy a jinými neobvyklými psychotickými projevy. [22]

Antidepresiva

Antidepresiva se používají u stavů s patologicky pokleslou náladou, smutkem, ztrátou zájmu a radostí každodenního života, trvající nejméně dva týdny. Syndromy jsou spojeny s vegetativními projevy a změnami chování, viz, výše.

Mezi nejčastěji používaná antidepresiva řadíme použití tricyklických antidepresiv jako např. *Dosulepin*, *Amitriptylin*. [7, 24]

Antipsychotika (neuroleptika)

Antipsychotika jsou léky s příznivým účinkem na psychické myšlení. Pomocí antipsychotik jsou u duševně nemocných dostatečně potlačeny všechny psychotické příznaky, proto je nutná dlouhodobá léčba. Čím dříve je zahájeno podávání antipsychotik u nemocných, tím je nižší riziko chronicity psychotické poruchy. Antipsychotika jsou ale také léky první volby u potlačení neklidu, agresivity a schizofrenických poruch. Používají se i v léčbě organických poruch, demence i mentální retardace. Mezi indikace řadíme i vertigo, insomnie či algické syndromy. [10]

V ČR je registrováno v nynější době 28 druhů antipsychotik, které se dělí na klasická (sedativní, invazivní) a atypická. [24]

Mezi klasická antipsychotika sedativní řadíme např. *Plegomazin* či *Tisercin*. Součástí invazivních antipsychotik je např. *Haloperidol* nebo *Buronil*. Obě třídy klasických antipsychotik mají sedativní účinky s častými extrapyramidovými nežádoucími účinky. [7]

Atypická antipsychotika jsou indikována zásadně u schizofrenních poruch. Postupem času čím dál častěji nahrazují klasickou třídu antipsychotik. Mezi jejich základní léčiva patří *Tiapridal*, *Risperdal* nebo *Leponex*. [14]

Anxiolytika

Anxiolytika jsou léky, které ovlivňují především úzkost, napětí a strach. „*Ideální anxiolytikum by mělo ovlivňovat pouze panickou úzkost, tenzi, fobii, panickou ataku, ale nemělo by narušovat vigilitu a kognitivní funkce*“. [10, str. 718]

Dělení anxiolytik je jednoduché. První třídou jsou nebenzodiazepinová anxiolytika, kam patří např. *Atarax* nebo *Buspiron*. Tato anxiolytika jsou používána u psychické tenze či úzkosti, které nejsou příliš intenzivní. [7]

Druhou podtřídou jsou benzodiazepinová anxiolytika. Využití je především pro jejich okamžitou a účinnou léčbu a relativní bezpečnost při předávkování. Účinky jsou antikonvulzivní, hypnosedativní i myorelaxační. Mezi zástupce řadíme: *Oxazepam*, *Neurol*, *Diazepam* apod. [14]

Hypnotika

Hypnotika jsou léky, které působí tlumivě na CNS a ovlivňují tím luciditu, spánek a v nižších dávkách způsobují sedaci. Hlavní indikací je nespavost. [10]

Hypnotika dělíme do tří generací. První generací jsou **barbiturátová hypnotika**. Mají hypnotický, sedativní a antikonvulzivní účinek. S tím spojené vysoké riziko závislosti. Hlavním zástupcem je *lék Heminevrin*, při léčbě závislosti na alkoholu. Druhou generací jsou **benzodiazepinová hypnotika**, která prodlužují celkovou dobu spánku a snižují počet probuzení během noci. Mají účinky anxiolytické a antikonvulzivní a dělíme je na krátkodobě, střednědobě a dlouhodobě působící.

Třetí generací jsou označována „**Z**“ **hypnotika**. Zkracují usínání a noční probuzení. Zástupci jsou *Zopiklon*, *Hypnogen* i *Sonata*. [7, 14]

Psychostimulancia

Psychostimulancia patří mezi léky, zvyšující či upravující vigilitu vědomí. V současnosti existují dvě hlavní indikace podání těchto léků a to narkolepsie a porucha pozornosti. U

narkolepsie potlačují záchvaty spavosti a u poruchy pozornosti zvyšují pozornost a vigilitu vědomí. Obě indikace jsou kontraindikovány u psychóz, mánií, delirií nebo úzkostí. Nejužívanější psychostimulancia jsou zástupci amfetaminu, dexamfetaminu, efedrinu či mezokarbu. [10]

5.1. Nejčastěji indikovaná psychofarmaka v PNP

Všechna níže popsaná farmaka jsou uváděna proto, protože na všech výjezdových základnách ZZS představují základní léky užívané nejčastěji u pacientů s psychiatrickou poruchou.

5.1.1. Apaurin (Diazepam, Seduxen)

- 2 ml. ampule obsahují 10 mg účinné látky

Apaurin řadíme do třídy benzodiazepinů s výrazným anxiolytickým a antikonvulzivním účinkem. V menších dávkách potlačuje strach bez výraznější sedace, ve vysokých dávkách může způsobit sedaci až anestezii. [25]

Indikací k podání apaurinu jsou akutní stavy úzkosti, status epilepticus či jiné křeče, jakýkoli neklid a stavy spojené s abstinčním syndromem. [10]

Mezi kontraindikace podání apaurinu patří: pokles TK, poruchy vigility, excitace, myastenia gravis, těžká respirační insuficience apod. Apaurin nesmí být kombinován s alkoholem a s jinými návykovými látkami. [7]

CAVE!: Rychleji účinkuje Diazepam p.o, než Apaurin i.m.

Dávkování u dospělého člověka přirozeně záleží na stavu pacienta, ale standartně se podává **5 až 10 mg i.v. nebo i.m.** [5, 10, 25]

5.1.2. Haloperidol

Haloperidol se řadí do skupiny antipsychotik (neuroleptik). Jeho hlavními účinky jsou tlumení agresivity, tlumení pacienta, ale také se používá u poruch myšlení a chování. Často bývá kombinován spolu s Apaurinem. [10]

- 1 ml ampule obsahuje 5 mg účinné látky

Indikací haloperidolu jsou stavy spojené s bludy, halucinacemi, při léčbě schizofrenie, agrese pacientů, u mánií, poruch chování a osobností, u pacientů s mentálními poruchami, zmatenosti apod. Lze jej použít i jako antiemetikum v případě, že jiné látky (ondansetron) selhaly. [25]

Zákaz použití se vztahuje na komatózní stavy, intoxikace alkoholem a jinými látkami tlumícími CNS, při kardiálním selhávání aj. [10]

Dávkování u psychotického pacienta je **2-10 mg i.v.** či p.r. Jako antiemetikum je dávka **0,5-2 mg i.v.** nebo i.m. [7]

Haloperidol má mnoho nežádoucích účinků, mezi ně spadají kupříkladu hypotenze, svalový třes, nadměrné slinění, vzácně hypertenze. [7, 26]

5.1.3. Midazolam (Dormicum)

Midazolam řadíme mezi benzodiazepiny s krátkým účinkem, který je jako jediný své třídy, rozpustný ve vodě (možnost podání intranazálně či transbukálně). Ve srovnání s Diazepamem, má větší anxiolytické účinky, méně tlumí stav vědomí a nevyvolává zmatenost klientů. Může vyvolat svalovou relaxaci nebo retrográdní amnézii. [10, 25]

- 1 ml ampule obsahuje 5 mg účinné látky

Indikací k použití: úvod do anestezie, zklidnění pacienta před intubací, neklid, křeče, analgosedace. [25, 26]

Mezi hlavní kontraindikace patří časté alergické reakce, intoxikace alkoholem a léky tlumící CNS, gravidita, myastenia gravis a výrazná hypotenze. [25]

Dávkování u dospělého člověka zpravidla **0,05-0,15 mg/kg i.v.** ke zklidnění pacienta. Při úvodu do anestezie se dává dávka **0,15-0,20 mg/kg i.v.** Ředíme s F 1/1 do 5 ml. [25, 26]

5.1.4. Tisercin (Levopromazin)

Je antipsychotikum s nejsilnějším hypnosedativním účinkem. Je určený především k léčbě schizofrenií a jiných psychóz, spojených s neklidem, agitovaností a agresivitou. Je možné ho použít u insomnií. V malých dávkách se používá ke zvládnutí bolesti nebo jako antiemetikum. Mezi kontraindikace řadíme ileus, astma, hypertrofii prostaty, jaterní či ledvinné dysfunkce. [25]

Tisercin má za následek extrapyramidové příznaky. Nežádoucím účinkem může být prodloužení QT intervalu. [25]

Dávkování je zpravidla **25-200 mg p.o.** Udržovací dávka se pohybuje v rozmezí **50- 150 mg p.o.** [26]

5.1.5. Tiapridal

- 2 ml ampule obsahují 100 mg účinné látky

Tiapridal se jako léčivo řadí mezi antipsychotika (neuroleptika). Hlavní indikací je použití u agresivních pacientů a ve starším věku. Zřídka ho lze použít při léčbě chronického alkoholismu, případně u Huntingtonovy choroby. [25]

Mezi nežádoucí účinky můžeme zařadit: sucho v ústech, bolesti hlavy, zvracení, zácpa, léčba u Parkinsonovy choroby. Může nepříznivě ovlivňovat sexuální funkci. Má za následek snižování libida až impotenci. [25, 26]

Lék v žádném případě nesmí být kombinován s alkoholem pro jeho nepříznivé účinky na CNS. [10]

Dávkování tiapridalu **p.o. 100 mg**, do nejvyšší možné dávky **300mg denně**. [10, 24, 26]

5.2. Léčba neklidného a agresivního pacienta

Pokud se budeme snažit o léčbu nefarmakologickou, zaměříme se především na omezení zevních stimulů (klidná místnost). Zásady správné komunikace, jako vyjádření respektu vůči agresoru, verbální zklidnění atd. (viz, kap. 2).

Z farmakologické léčby je nejobvyklejší podání benzodiazepinů p.o. nebo i.m., a to hlavně diazepam (5-40 mg). U středně těžkých až těžkých forem se používají antipsychotika: tiaprid (100-300mg) nebo haloperidol (1-10mg). [31]

PRAKTICKÁ ČÁST

Cíle práce

1. Charakterizovat nejčastější typy psychiatrických onemocnění, ke kterým posádky ZZS vyjíždějí.
2. Zjistit farmaka nejčastěji užívaná k léčbě akutních stavů u psychiatrických pacientů.
3. Kazuistika demonstrující přístup ZZSSČK k psychiatrickému pacientu.
4. Zjistit, způsob vzdělávání posádek ZZS Středočeského kraje v problematice duševních onemocnění.
5. Zjistit, jaký lék první volby používají posádky ZZS u psychiatrických pacientů.
6. Zjistit, zda zdravotníci záchranáři podstoupili kurz o přístupech k agresivním pacientům a do jaké míry umí poznatky použít v praxi.
7. Zjistit problémy spojené s příjmem psychiatrických pacientů ve zdravotnických zařízeních.

Formulace problému

Posádky zdravotnických záchranářů vyjíždějí k psychiatrickým pacientům relativně často a proto je namístě v tomto směru záchranáře vzdělávat a to jak ke správnému přístupu k pacientovi, způsobu komunikace, možnostech diagnostiky, ale i v terapii urgentních psychiatrických stavů.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat agresivním pacientům, kteří tak jednají v důsledku vlastního onemocnění nebo pod vlivem nějaké návykové látky. V těchto případech zejména správná komunikace, přístup a farmakoterapie mohou pomoci pacienta zklidnit a předejít tak závažným komplikacím.

Protože agrese může zásadně ovlivnit průběh zásahu zdravotníků, předpokládáme, že jsou zdravotničtí záchranáři školeni o možnostech zvládnání neklidných pacientů.

Protože v některých situacích může být nesnadné umístit pacienty s psychickou poruchou v nemocničních zařízeních, zaměřujeme se v poslední hypotéze na řešení problémů spojených s předáváním pacientů do nemocniční péče a zároveň se pokusíme se zjistit nejčastější důvody.

Metodika práce

Praktická část byla založena na dotazníkovém šetření u ZZS Středočeského kraje. S cílem ověřit naše hypotézy, bylo na výjezdová stanoviště v Hořovicích, Zdicích a Berouně rozdáno 70 dotazníků. Navráčeno jich bylo celkem 60 správně vyplněných.

První hypotéza se zabývá školením zdravotníků na záchranné službě ohledně duševně nemocných pacientů.

Druhá hypotéza se zabývá lékem první volby při zaléčení psychiatrickým pacientům.

Poslední cíl práce se zabývá problémem převzetí pacienta do nemocničního zařízení.

Na tvorbě dotazníku se podílel konzultant bakalářské práce a část posádek výjezdové stanice Hořovic, kteří dále zkoumali jednoznačnost interpretace dotazníku. Protože zainteresovaní pracovníci stanice Hořovice spolu s konzultantem shledali dotazník jako vhodný, byl následně rozeslán uvažovaným respondentům.

Dotazník byl rozdávan jako anonymní a obsahoval zavřené i otevřené otázky. U některých otázek bylo možno užít i více odpovědí. Samotný dotazník obsahoval 20 otázek a byl rozdělen na čtyři části.

V hlavičce dotazníku se nám zdravotníci poskytli základní informace o nich samotných. Druhá část byla zaměřena na školení v přístupu k psychiatrickým pacientům. Ve třetí části otazníku se zabýváme zvládnutím neklidných pacientů a možnostmi farmakologického ovlivnění. Poslední část pak řeší způsob převzetí psychiatrických pacientů do zdravotnické péče nemocniční.

Výsledky našeho šetření jsme shrnuli do tabulek a grafů, uvedených na dalších stranách výzkumné práce.

Hypotézy práce

Hypotéza č. 1 (H1) : Předpokládám, že posádky ZZS , jsou školeny v přístupu k psychiatrickým pacientům pouze jednou za rok a tudíž nedostatečně.

Hypotéza č. 2 (H2) : Předpokládám, že lékem první volby duševně nemocných pacientů je diazepam (Apaurin).

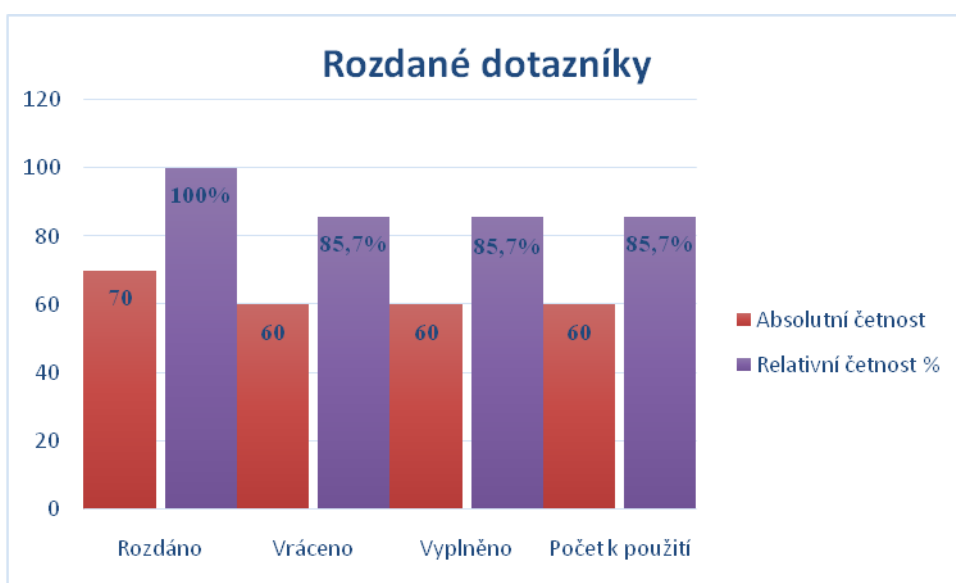
Hypotéza č. 3 (H3) : Předpokládám, že alespoň 50% záchranářům se stalo, že pacient nebyl do nemocničního zařízení přijat pro známky opilosti či agresivity.

Prezentace a interpretace získaných údajů

Tabulka č. 1: Počet dotazníků rozdaný na ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Rozdáno	70	100,0
Vráceno	60	85,7
Vyplněno	60	85,7
Počet k použití	60	85,7

Graf č. 1: Rozdané dotazníky



Na záchranných službách v Hořovicích, Zdicích a Berouně bylo rozdáno celkem 70 (100%) dotazníků, z toho se vrátilo 60 (85,7%) dobře vyplněných a připravených k použití. Žádný dotazník jsme nemuseli vyloučit, tudíž celkový počet vyplněných dotazníků byl 60 (100%).

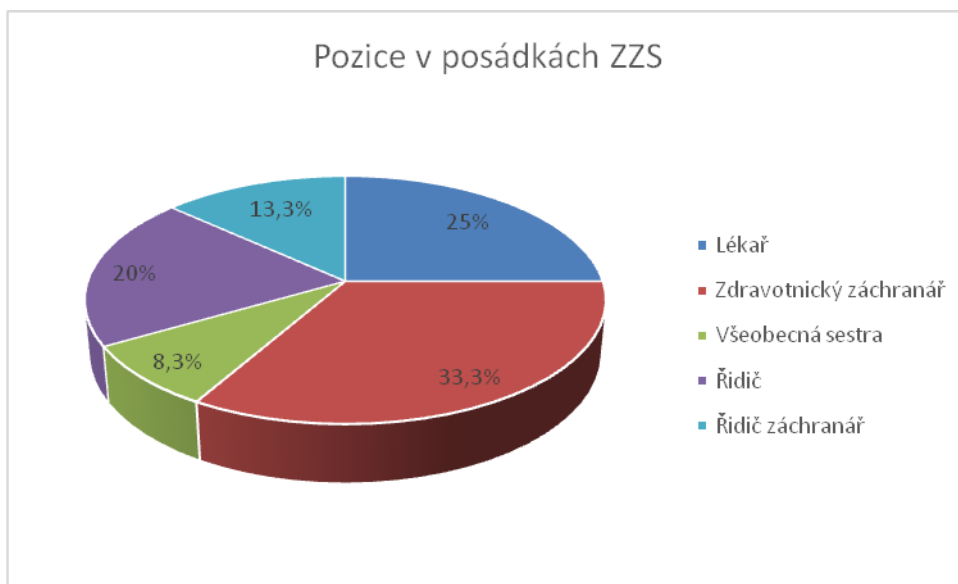
Otázka č. 1 : Pracujete ve výjezdové skupině jako

- a) Lékař (ka)
- b) Zdravotnický záchranář
- c) Všeobecná sestra
- d) Řidič
- e) Řidič- záchranář

Tabulka č. 2 : Pozice v posádkách ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Lékař	15	25%
Zdravotnický záchranář	20	33,3%
Všeobecná sestra	5	8,3%
Řidič	12	20%
Řidič záchranář	8	13,3%
Celkem	60	100%

Graf č. 2 : Pozice v posádkách ZZS



První otázkou jsme zjišťovali, pracovní pozice na ZZS. Jakou funkci mají ve výjezdových skupinách. Z celkových 60 vyplněných dotazníků 15 (25%) uvedlo pozici lékaře, 20 (33,3%) pozici zdravotnického záchranáře a 5 (8,3%) pracuje na pozici všeobecných sester. Zbytek dotazovaných 12 (20%) slouží na ZZS jako řidiči a zbylých 8 (13,3%) pracují jako řidiči-záchranáři na RV posádkách.

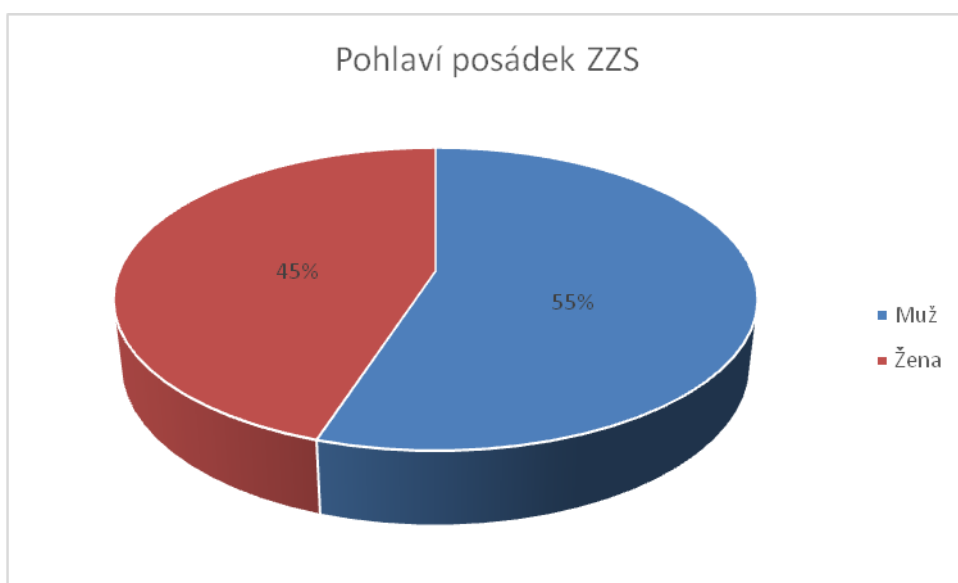
Otázka č. 2: Jste

- a) Muž
- b) Žena

Tabulka č. 3: Pohlaví posádek ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	33	55%
Žena	27	45%
Celkem	60	100%

Graf č. 3: Pohlaví posádek ZZS



Druhá otázka měla za úkol zjistit pohlaví respondentů. Z dotazníkového šetření nám vyšlo, že na ZZS pracuje 33 (55%) mužů a 27 (45%) žen.

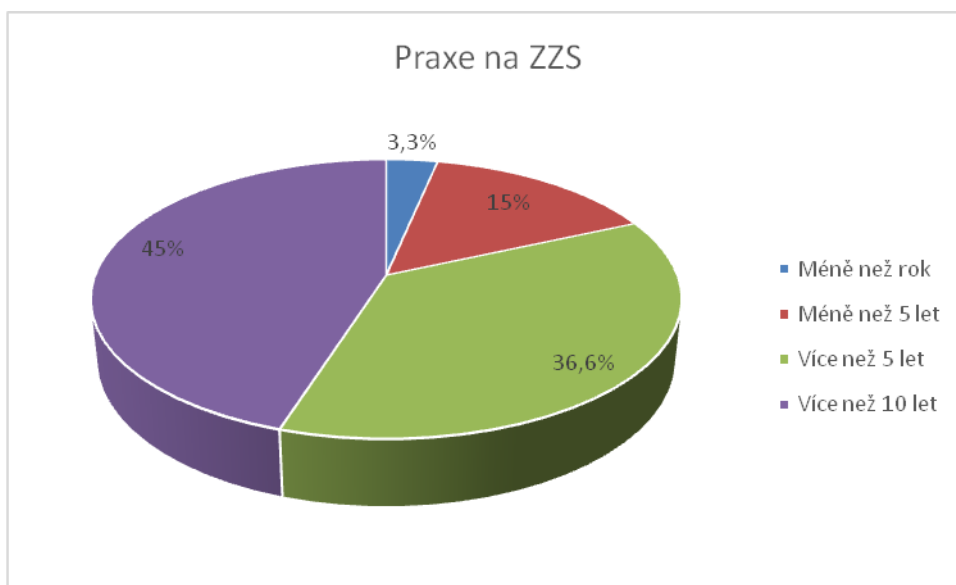
Otázka č. 3: Jak dlouho působíte na ZZS

- a) Méně než rok
- b) Méně než 5 let
- c) Více než 5 let
- d) Více než 10 let

Tabulka č. 4: Praxe na ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně než rok	2	3,3%
Méně než 5 let	9	15%
Více než 5 let	22	36,6%
Více než 10 let	27	45%
Celkem	60	100,0%

Graf č. 4: Praxe na ZZS



Otázkou č. 3 jsme měli za úkol zjistit dobu praxe zdravotníků na záchranných službách. Z celkového počtu 60 (100%) respondentů nám 2 (3,3%) uvedli, že na ZZS pracují méně než rok. Méně než 5 let zde pracuje 9 (15%) respondentů a více než 5 let 22 (36,6%) dotazovaných. Nejvíce respondentů na ZZS pracuje více jak 10 let a to 27 (45%) zdravotníků.

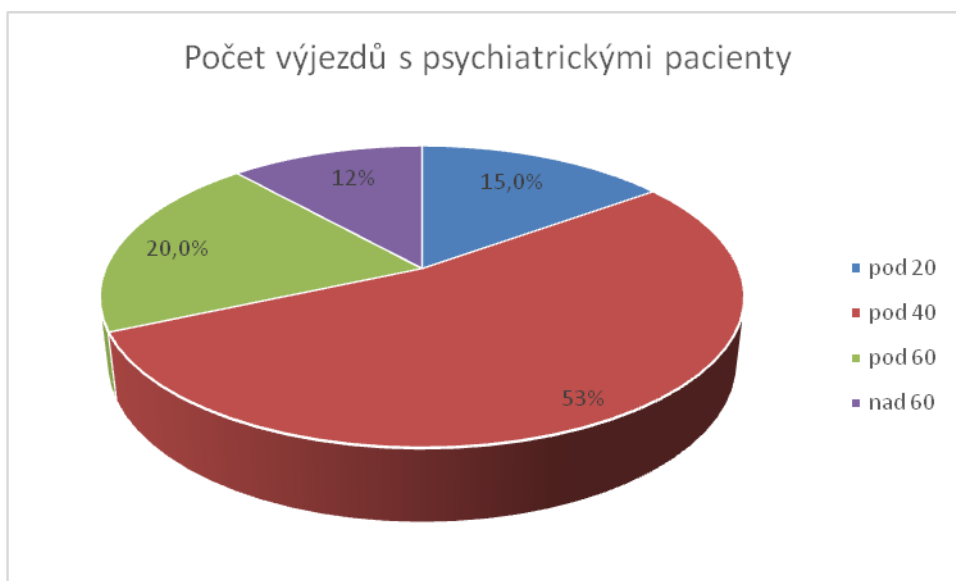
Otázka č. 4 : Kolik výjezdů s psychiatrickými pacienty za rok řešíte

- a) Pod 20
- b) Pod 40
- c) Pod 60
- d) Nad 60

Tabulka č. 5 : Počet výjezdů s psychiatrickými pacienty

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
pod 20	9	15,0%
pod 40	32	53%
pod 60	12	20,0%
nad 60	7	12%
Celkem	60	100,0%

Graf č. 5 : Počet výjezdů s psychiatrickými pacienty



Tato otázka byla zvolena jako otevřená. Tudiž respondenti ZZS odpovídali dle sebe samých. Otázku jsme vyhodnotili a shrnuli do čtyř bodů. Nejvíce však pracovníci uváděli čísla 35-40 výjezdů ročně, tudíž až 32 (53%) zdravotníků uvádělo možnost „pod 40 a nad 20“. Výjezdy pod 20 za rok uvedlo jen 9 (15%) dotazovaných. Odpověď „nad 40 a pod 60“ nám uvedlo 12 (20%) respondentů. Poslední možnost a to „nad 60“ nám vyplnili všichni zdravotníci ze stanice Beroun a to v celkovém počtu 7 (12%) respondentů.

Otázka č. 5 : Jste školeni v problematice psychiatrických pacientů

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 6 : Proškolení ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	54	90%
Ne	6	10%
Celkem	60	100%

Graf č. 6 : Proškolení ZZS



Pátou otázkou dotazníku bylo zjistit, zda jsou pracovníci na ZZS školeni v problematice duševních pacientů. Z celkového počtu 60 (100%) dotazníků nám 54 (90%) vyplnilo, že jsou školeni a pouze 6 (10%) vyplnilo odpověď ne. Odpověď za b. zaškrtnli pouze noví zaměstnanci na středočeské záchranné službě, kteří byli nově přijati a ještě nebyli periodicky proškoleni.

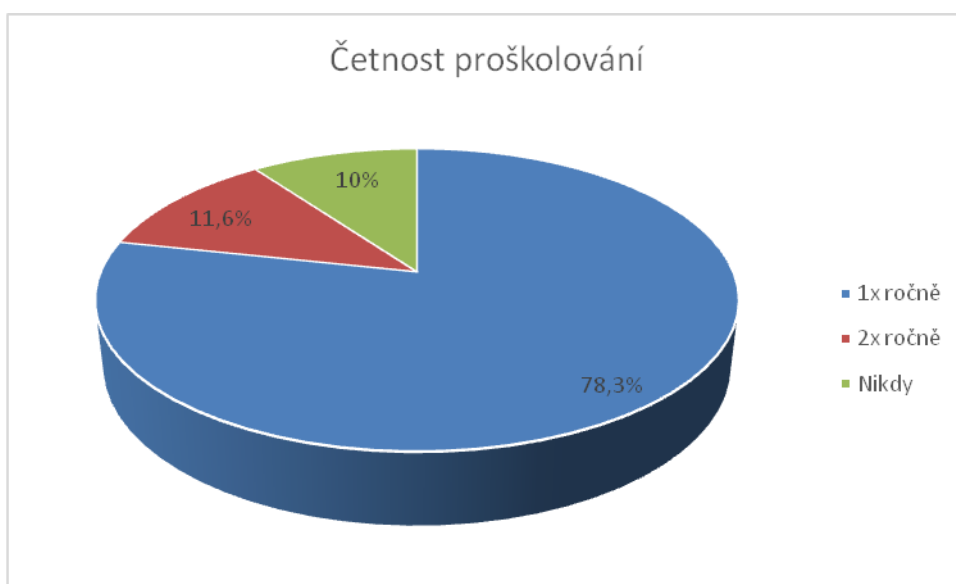
Otázka č. 6 : Jak často a jak důsledně jste školeni v problematice psychiatrických pacientů

- a) 1krát ročně
- b) 2krát ročně
- c) Nejsme školeni

Tabulka č. 7 : Četnost proškolení

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1x ročně	47	78,3%
2x ročně	7	11,6%
Nikdy	6	10%
Celkem	60	100%

Graf č. 7 : Četnost proškolení



V dotazníku byla tato otázka otevřená, proto jsme vyhodnotili výsledky do třech odpovědí, dle toho jak respondenti dotazníky vyplňovali. 47 (78,3%) dotazovaných vyplnilo, že jsou školeni pouze jednou ročně. Pouze 7 (11,6%) zdravotníků vyplnilo, že jsou školeni dvakrát ročně a opět nově příchozí zdravotníci, kteří tvoří 6 (10%) pracovníků uvedli, že proškoleni ještě nebyli nikdy. Všichni zdravotníci, ale zároveň uvedli, že jsou školeni ohledně duševně nemocných nedostatečně.

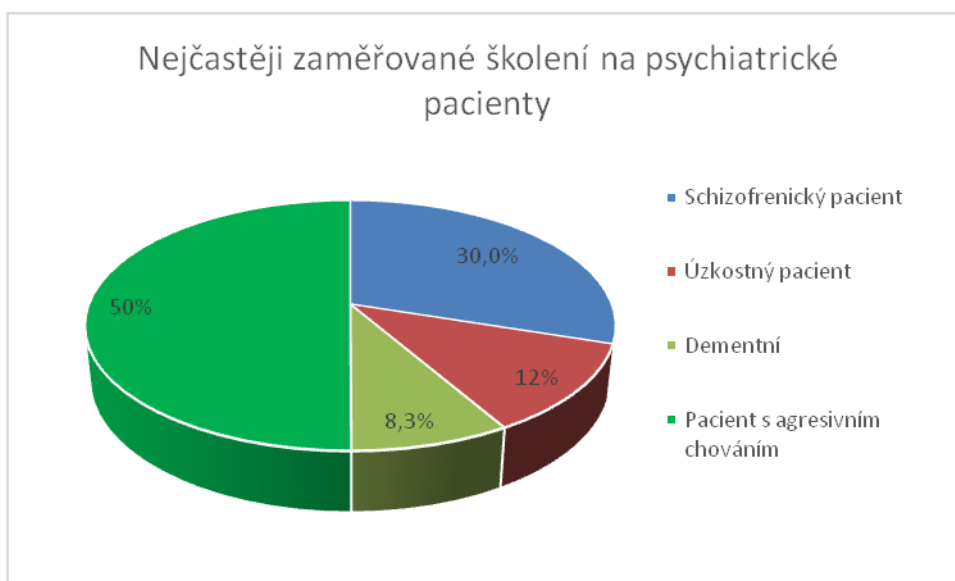
Otázka č. 7 : Na jaký typ duševně nemocných pacientů se na přednáškách a školeních nejvíce zaměřujete

- a) Schizofrenický pacient
- b) Úzkostný pacient
- c) Dementní pacient
- d) Pacient s agresivním chováním

Tabulka č. 8 : Nejčastěji zaměřované školení na psychiatrické pacienty

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Schizofrenický pacient	18	30,0%
Úzkostný pacient	7	12%
Dementní	5	8,3%
Pacient s agresivním chováním	30	50%
Celkem	60	100,0%

Graf č. 8 : Nejčastěji zaměřované školení na psychiatrické pacienty



Otázkou č. 7 jsme se informovali o školení posádek ZZS v problematice duševních poruch. Ptali jsme se jaký druh duševně nemocných jsou školeni nejčastěji. Ze všech dotazovaných 18 (30%), uvedlo školení na pacienty se schizofrenií, nejvíce však jsou zdravotníci proškolení na pacienty agresivní a to až 30 (50%) respondentů. Málo jsou ale školeni na pacienty trpící úzkostí, jen 7 (12 %) respondentů uvedli možnost b. Nejméně jsou školeni na pacienty s demencí, tuto možnost uvedlo pouze 5 (8,3%) dotazovaných.

Otázka č. 8 : S jakým typem psychiatrických pacientů jste nejčastěji konfrontováni

- Demence/delirium
- Závislosti
- Schizofrenie
- Afektivní poruchy
- Úzkostné poruchy
- Poruchy osobnosti
- Mentální retardace

Otázka č. 8 byla otevřená a záchranáři měli vzestupně seřadit četnost výjezdů za psychiatrickými pacienty. Kde 1 byla nejčastější indikace a 7 nejméně častá výjezdovost k psychiatrickým pacientům. Na základě vyhodnocení nám vyšly tyto poznatky :

- 1. Afektivní poruchy**
- 2. Závislosti**
- 3. Schizofrenie**
- 4. Úzkostné poruchy**
- 5. Demence/delirium**
- 6. Mentální retardace**
- 7. Poruchy osobnosti**

Nejčastěji tedy záchranáři uvádějí výjezdy za pacienty v afektu, zvláště agresivními. Následně jde o pacienty pod vlivem návykových látek a schizofrenie. Nejméně často vyjíždějí k pacientům s poruchou osobnosti a lidem s mentální retardací.

Dále záchranáři uvádějí, že nejčastějším výjezdem jsou agresivní pacienti, kteří jednají pod vlivem návykových látek.

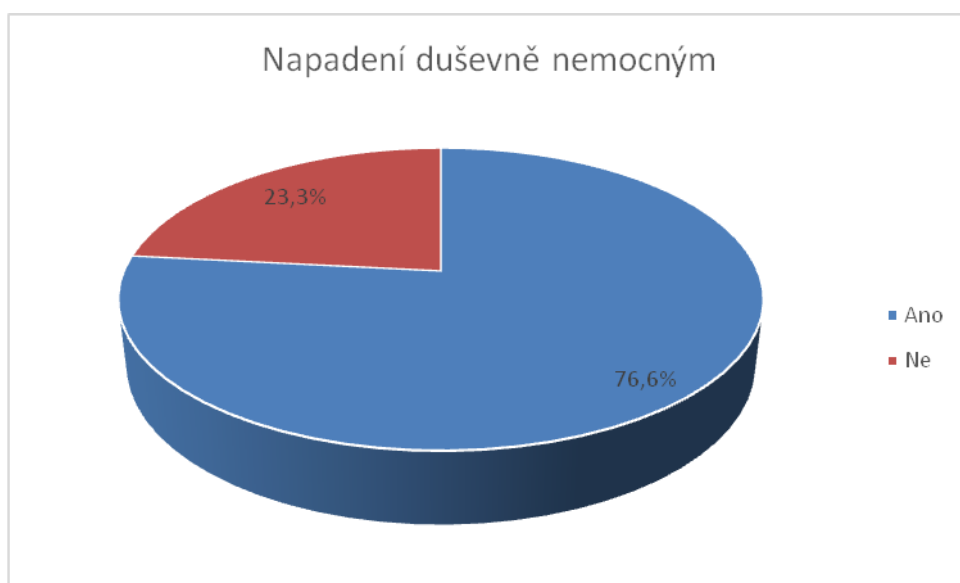
Otázka č. 9 : Byl (a) jste někdy napaden (a) psychiatrickým pacientem

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 9 : Napadení duševně nemocným

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	46	76,6%
Ne	14	23,3%
Celkem	60	100%

Graf č. 9 : Napadení duševně nemocným



Touto otázkou jsme zjišťovali jak fyzické, tak psychické napadení duševně nemocných pacientů. Z celkového počtu dotazovaných nám 46 (76,6%) odpovědělo, že napadeni psychiatrickým pacientem byli a zbylých 14 (23,3%) dotazovaných uváděli, že napadeni nikdy nebyli. Lze předpokládat, že výsledky se odvíjí od počtu let praxe na výjezdových základnách ZZS.

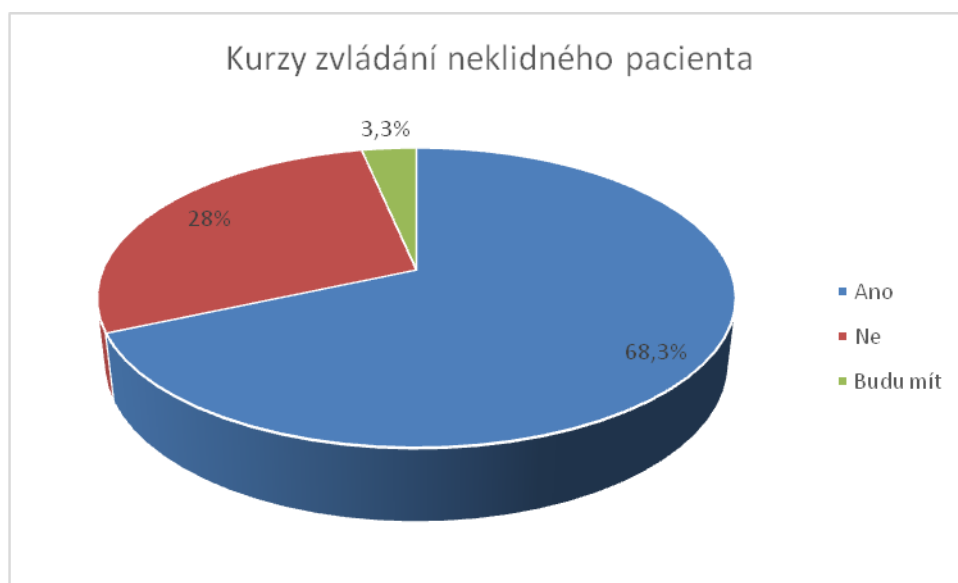
Otázka č. 10 : Měl (a) jste někdy kurz nebo přednášku zvládání neklidného/agresivního pacienta

- a) Ano
- b) Ne
- c) Budu mít

Tabulka č. 10 : Kurzy zvládání neklidného pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	41	68,3%
Ne	17	28%
Budu mít	2	3,3%
Celkem	60	100%

Graf č. 10 : Kurzy zvládání neklidného pacienta



Tato otázka byla položena za účelem zjištění, zda zdravotníci na záchranných službách měli kurzy či přednášky na zvládání neklidných či agresivních pacientů. Ze všech dotazovaných nám 41 (68,3%) zdravotníků uvedlo, že takový kurz měli. Dále 17 (28%) dotazovaných uvedlo, že nikoliv a zbylí 2 (3,3%) záchranáři budou přednášku z vlastního zájmu absolvovat.

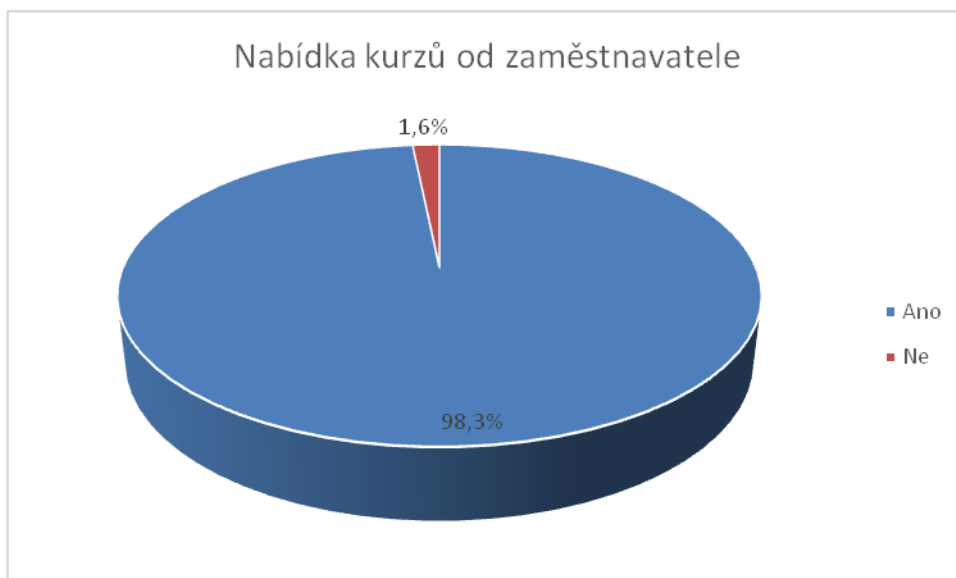
Otázka č. 11 : Uvítal (a) byste lekce zvládání neklidného/agresivního pacienta od zaměstnavatele

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č.11 : Nabídka kurzů od zaměstnavatele

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	59	98,3%
Ne	1	1,6%
Celkem	60	100%

Graf č. 11 : Nabídka kurzů od zaměstnavatele



Jedenáctou otázkou byl zjišťován zájem zdravotníků o kurzy zvládání psychiatrických pacientů. Až na 1 (1,6%) zdravotníka, který uvedl odpověď „ne“, by všichni měli velký zájem o takovýto kurz. Tedy 59 (98,3%) dotazovaných by uvítali kurz, který by se zabýval zklidněním agresivních či neklidných pacientů.

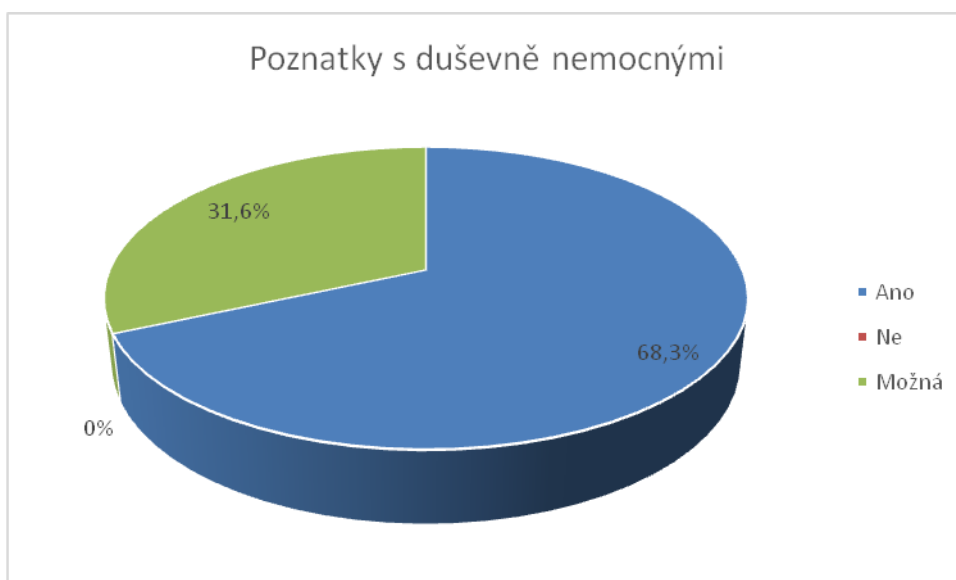
Otázka č. 12 : Dokázal (a) byste uplatnit své poznatky o zvládnání psychiatrického pacienta v praxi

- a) Ano
- b) Ne
- c) Možná

Tabulka č. 12 : Poznátky s duševně nemocnými

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	41	68,3%
Ne	0	0%
Možná	19	31,6%
Celkem	60	100%

Graf č. 12 : Poznátky s duševně nemocnými



Úkolem dvanácté otázky bylo zjistit, zda se záchranáři domnívají, že by uměli zvládnout neklid pacienta bez ohledu na to, zda měli nebo neměli kurzy zvládnání duševně nemocných. Z výsledků vyplývá, že 41 (68,3%) dotazovaných se domnívá, že by pacienta nějak zvládli. Nikdo neodpověděl, že by tyto pacienty nezvládl. Zbýlých 19 (31,6%) dotazovaných ovšem uvedlo, že by s takovýmto pacientem nejednali zcela správně a uměli ho zvládnout pouze možná.

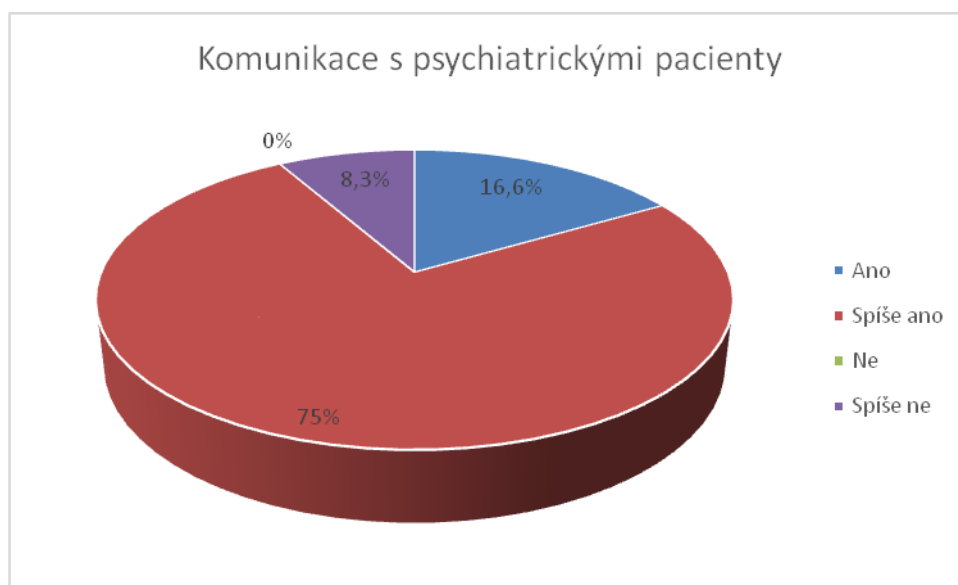
Otázka č. 13 : Domníváte se, že umíte správně komunikovat s psychiatrickým pacientem

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

Tabulka č. 13 : Poznatky s duševně nemocnými

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	10	16,6%
Spíše ano	45	75%
Ne	0	0%
Spíše ne	5	8,3%
Celkem	60	100,0%

Graf č. 13 : Poznatky s duševně nemocnými



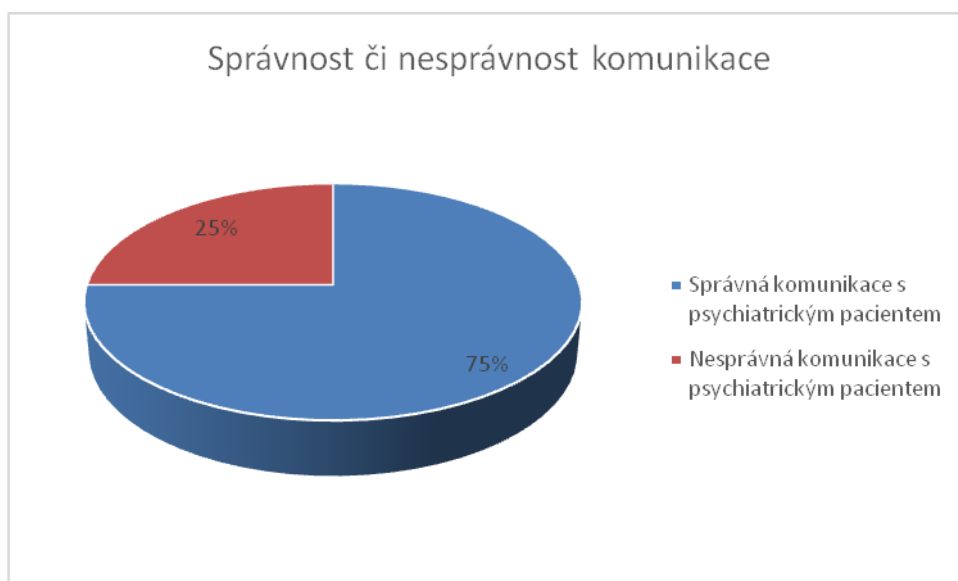
Otázkou č. 13 jsme zjišťovali, zda si zdravotníci myslí, že jsou školeni a schopni komunikovat s psychiatrickými pacienty. Z celého počtu dotazovaných 10 (16,6%) zdravotníků uvedlo, že jsou schopni správně komunikovat s těmito pacienty. Odpověď „Spíše ano“ uvedla většina dotazovaných a to až 45 (75%). Zbýlých 5 (8,3%) zdravotníků uvedlo, že si nejsou zcela jisti a zakřížkovali odpověď „Spíše ne“.

Otázka č. 14 : Jaké jsou podle Vás obecné zásady pro vedení rozhovoru s psychiatrickým pacientem

Tabulka č. 14 : Správnost či nesprávnost komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Správná komunikace s psychiatrickým pacientem	45	75%
Nesprávná komunikace s psychiatrickým pacientem	15	25%
Celkem	60	100%

Graf č. 14 : Správnost či nesprávnost komunikace



Otázka č. 14 byla otevřená. Všichni zdravotníci měli uvést zásady správného jednání s psychiatrickým pacientem. Ze všech respondentů, 45 (75%) dotazovaných uvedlo správné zásady komunikace s duševně nemocnými klienty. Zbylé dotazníky a to 15 (25%) zdravotníků byly neúplné, stručné a nebo byly vyplněné nesprávné zásady. Na druhé straně, 75 % správně uvedlo správné jednání s psychiatrickými pacienty. Vždy měli vyplněno jednat v klidu, klientovi nelhat, navázat důvěru, oční kontakt, mít určitou vzdálenost mezi zdravotníkem a pacientem a snahu nalézt nějaké schůdné řešení pro všechny přítomné v dané situaci.

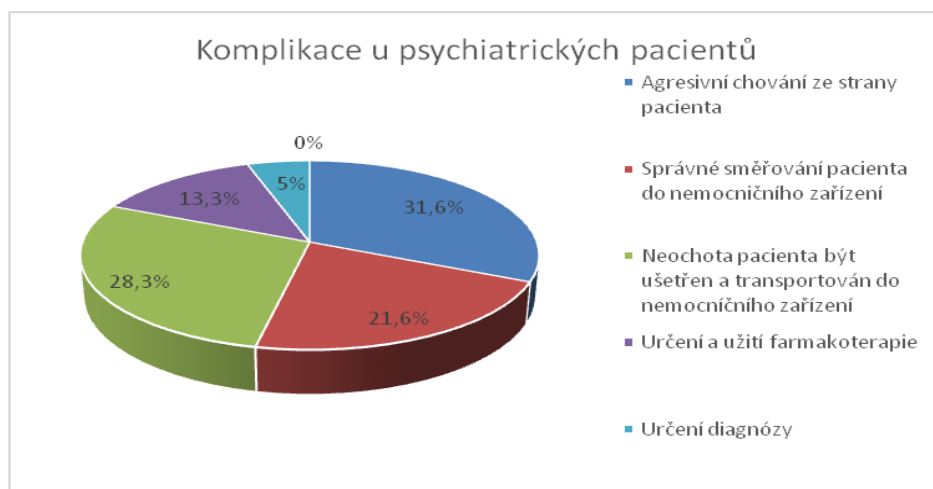
Otázka č. 15 : S jakými obtížemi se u psychiatrického pacienta nejčastěji setkáváte

- a) Agresivní chování ze strany pacienta
- b) Správné směřování do nemocničního zařízení
- c) Neochota pacienta být ošetřen a transportován do nemocničního zařízení
- d) Určení a užití farmakoterapie
- e) Určení diagnózy
- f) Jiné

Tabulka č. 15 : Komplikace u psychiatrických pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Agresivní chování	19	31,6%
Správné směřování	13	21,6%
Neochota transportu	17	28,3%
Určení a užití farmakoterapie	8	13,3%
Určení diagnózy	3	5%
Jiné	0	0%
Celkem	60	100%

Graf č. 15 : Komplikace u psychiatrických pacientů



Touto otázkou jsme zjišťovali nejčastější komplikace, se kterými se zdravotníci u psychiatrických pacientů setkávají. Nejčastěji byla uváděná agresivita pacienta, tu uvedlo 19 (31,6%) dotazovaných. Na druhém místě 17 (28,3%) zdravotníků uvádělo neochotu pacienta být transportován. Problém zdravotníků s tím, kam pacienta správně směřovat uvedlo 13 (21,6%) záchranářů. K méně častým zdravotníci uváděli určení a užití farmakoterapie a to 8 (13,3%) dotazovaných a určení diagnózy označili pouze 3 (5%) respondenti. Položku „jiné“ si nikdo z dotazovaných nevybral.

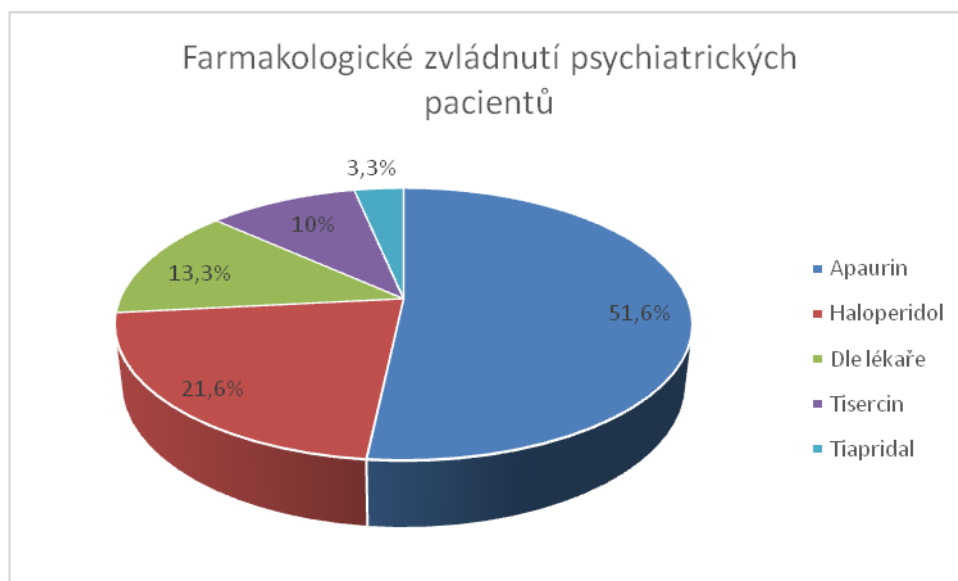
Otázka č. 16 : Jakou farmakologickou léčbu uplatňujete nejčastěji

- a) Apaurin
- b) Haloperidol
- c) Dle lékaře
- d) Tisercin
- e) Tiapridal

Tabulka č 16 : Farmakologické zvládnutí psychiatrických pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Apaurin	31	51,6%
Haloperidol	13	21,6%
Dle lékaře	8	13,3%
Tisercin	6	10%
Tiapridal	2	3,3%
Celkem	60	100%

Graf č. 16 : Farmakologické zvládnutí psychiatrických pacientů



Otázka č. 16 byla také otevřená, tudíž mohli respondenti vypisovat léky samostatně. Dle výsledků jsme vytvořili všechny odpovědi a zpracovali je do pěti možností. Nejvíce respondentů uvádělo zaléčení Apaurinem a to až 31 (51,6%) respondentů. Dále uváděli nejvíce Haloperidol a ten uvedlo 13 (21,6%) zdravotníků. Mezi méně častě patřila odpověď „dle lékaře“, tu uvedlo 8 (13,3%) pracovníků na ZZS. Objevili se zde i odpovědi jako Tisercin, který byl uveden 6 (10%) zdravotníků a Tiapridal, ten uvedlo 2 (3,3%) pracovníků

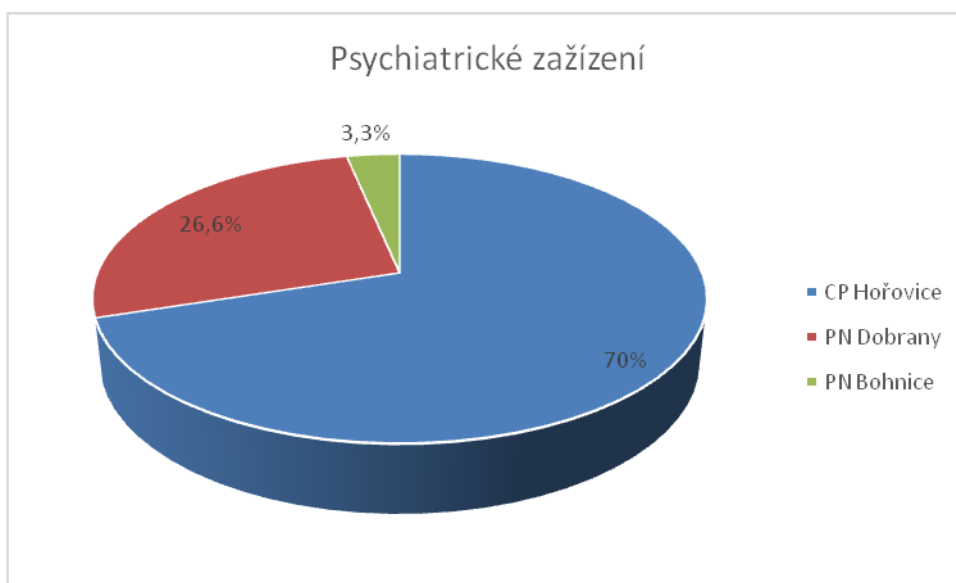
Otázka č. 17 : Do jakého nejbližšího zařízení v našem regionu psychiatrické pacienty směřujete

- a) Centrální příjem Hořovice
- b) Psychiatrická nemocnice Dobřany
- c) Psychiatrické nemocnice Bohnice

Tabulka č. 17 : Psychiatrické zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
CP Hořovice	42	70%
PN Dobřany	16	26,6%
PN Bohnice	2	3,3%
Celkem	60	100%

Graf č. 17 : Psychiatrické zařízení



Sedmnáctá otázka byla rovněž formou otevřeného vyplňování. Cílem bylo zjistit, kam indikované psychiatrické pacienty záchranáři z okresu Beroun transportují. Nejčastější odpovědí byl CP Hořovice, tuto možnost vypsalo 42 (70%) respondentů. Dále 16 (26,6%) zdravotníků uvedlo PN v Dobřanech a pouze 2 (3,3%) zdravotníci vypsali PN Bohnice.

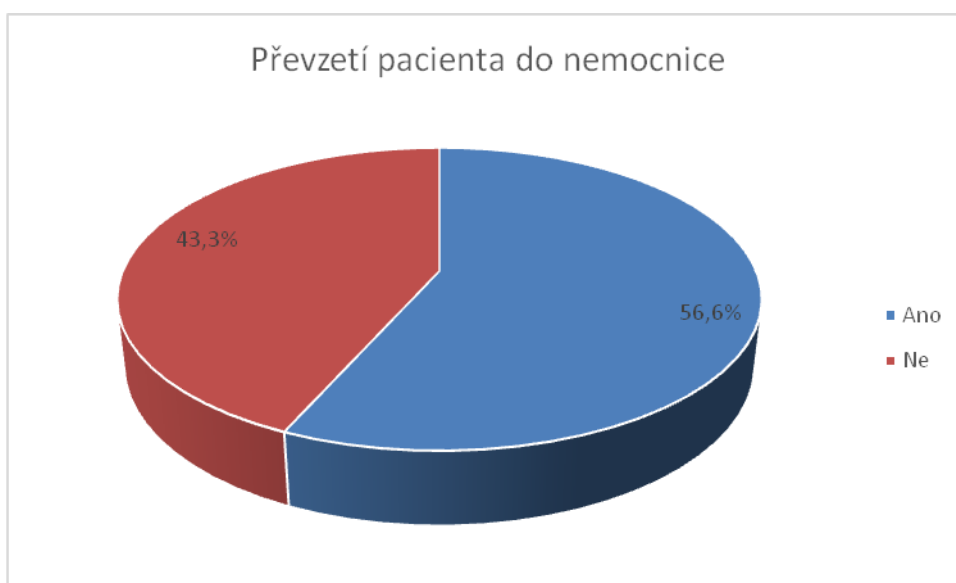
Otázka č. 18 : Stalo se Vám někdy, že pacienta ve zdravotnickém zařízení nepřevzali?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č 18 : Převzetí pacienta do nemocnice

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	34	56,6%
Ne	26	43,3%
Celkem	60	100%

Graf č. 18: Převzetí pacienta do nemocnice



Touto otázkou bylo za úkol zjistit, zda se záchranářům stává, že jim pacienta s psychiatrickou poruchou v nemocničním zařízení, kam ho transportují, nepřevzou. Více jak polovina zaměstnanců ZZS uvedla, že se jim to již stalo. Tuto odpověď uvedlo 34 (56,6%) dotazovaných. Odpověď „ne“ uvedlo 26 (43,3%) zdravotníků.

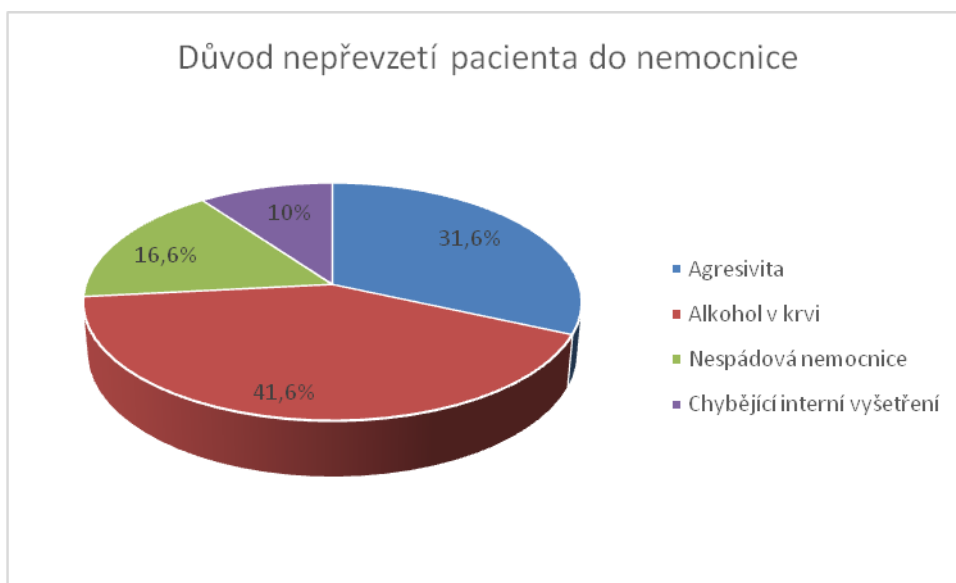
Otázka č. 19 : Z jakého důvodu Vám pacienta nepřevzali

- a) Agresivita
- b) Alkohol v krvi
- c) Nespádová nemocnice
- d) Chybějící interní vyšetření

Tabulka č. 19 : Důvod nepřevzetí pacienta do nemocnice

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Agresivita	19	31,6%
Alkohol v krvi	25	41,6%
Nespádová nemocnice	10	16,6%
Chybějící interní vyšetření	6	10%
Celkem	60	100,0%

Graf č. 19 : Důvod nepřevzetí pacienta do nemocnice



Otázka č. 19 byla také otevřená a ač v předešlé otázce 26 záchranářů nevyplnilo „ano“, otázku 19 a 20 vyplnilo opět všech 60 respondentů. Tato otázka měla zjistit, z jakého důvodu nebyl psychiatrický pacient převzat od nemocničních pracovníků, kam ho posádka ZZS odvezli. Celkem 19 (31,6%) zdravotníků vypsalo, že hlavním důvodem byla agrese pacienta. Nejvíce a to 25 (41,6%) respondentů určilo za problém alkohol v krvi. Objevil se tu i problém s nespádovou nemocnicí a to od 10 (16,6%) zdravotníků. Zbýlých 6 (10%) zaměstnanců mělo problém s předáním pacienta, u kterého chybělo interní vyšetření od lékaře.

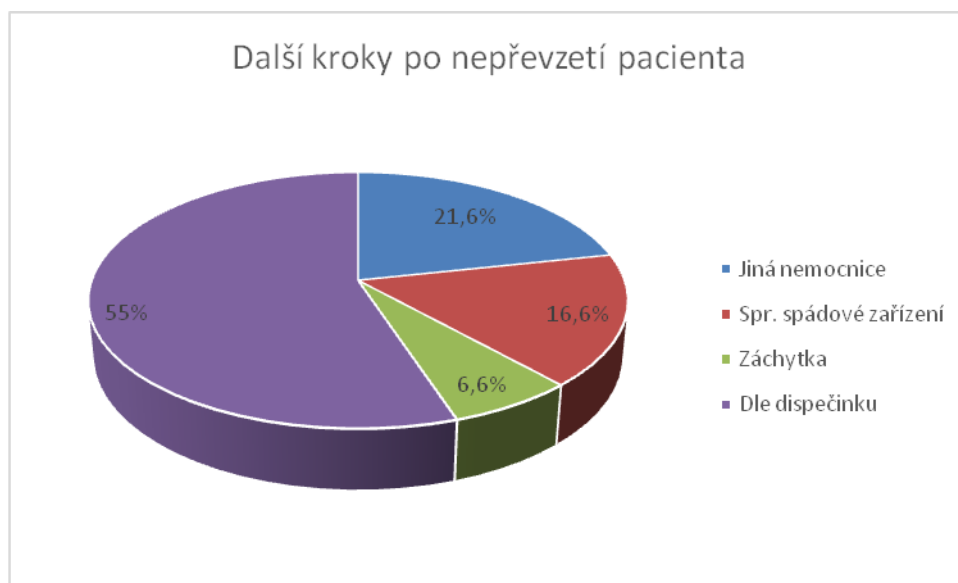
Otázka č. 20 : Jaké následující kroky jste dělali po nepřevzetí psychiatrického pacienta

- a) Jiná nemocnice
- b) Správná spádová nemocnice
- c) Dle dispečinku
- d) Záchytka

Tabulka č. 20 : Další kroky po nepřevzetí pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Jiná nemocnice	13	21,6%
Spr. spádové zařízení	10	16,6%
Záchytka	4	6,6%
Dle dispečinku	33	55%
Celkem	60	100,0%

Graf č. 20 : Další kroky po nepřevzetí pacienta



Poslední otázka dotazníkového šetření byla také otevřená a odpověděli na ní všichni respondenti, tedy 60 (100%) zdravotníků. Nejvíce respondentů jako řešení nepřevzetí pacienta do nemocnice uvedlo, že by zavolalo na dispečník ZZS, tuto možnost napsalo 33 (55%) respondentů. Výběr jiné nemocnice vypsalo 13 (21,6%) zdravotníků. Směrování do správné spádové nemocnice určilo 10 (16,6%) dotazovaných a na záchytce by jeli s psychiatrickým pacientem pouze 4 (6,6%) zdravotníci.

Kazuistika psychiatrického pacienta

Kazuistika byla poskytnuta od středočeských záchranářů, ze stanice Zbraslav.

Zdravotní operační středisko převzalo tísňové volání 1. 1. 2017 v 21:46. Po správném vytěžení informací vyslalo skupinu RV, ve složení zdravotnický záchranář a lékař, na indikaci „Psychóza“. Zdravotní automobil RV vyjel v 21:48 a na místo, Roztoky (Praha-západ) dorazil po necelých 20 ti minutách, ve 22:06.

Po příjezdu na místo zdravotníci vyhodnotili místo jako bezpečné. V místnosti se nacházel pacient, ke kterému přistupovali obezřetně a s klidem. Snažili se o empatický přístup s dodržáním intimní zóny pacienta. Tím předešli agresivnímu chování. Zdravotníci ihned poté začali odebírat anamnézu s klidným hlasem a s používáním jednoduchých vět. Během odebrání anamnézy vyhodnotili pacienta jako zmateného a snažili se přistupovat tak, aby zamezili případné agresivitě.

Po odebrání anamnézy, posádka zjistila, že se pacient opakovaně léčil v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích na schizofrenii a maniodepresivní psychózu, a to v letech 1993 a 2007. Do záznamu o výjezdu lékař doslova poznamenal: „ V poslední době nebere léky, čtyři dny dezorientace, halucinuje, údajně dva dny nespál, od včera vnímá odposlechy. Dnes vyhození manželky z domu“.

Před začátkem vyšetření pacienta a jeho klinických hodnot si pacienta zdravotníci zklidnili ampulí Haloperidolu i.m. v kombinaci s ampulí Apaurinu i.m., jelikož začal být mírně agresivní a halucinující. Po farmakologickém zklidnění si zdravotníci pacienta kompletně vyšetřili. Naměřený tlak 170/100, tepová frekvence 105/min, dechová frekvence 13/min a saturace 95%. Objektivně byl pacient při vědomí, desorientovaný, halucinující, bez známek lateralizace. Břicho palpačně klidné, nebolestivé. Dolní končetiny bez známek otoků. Bez známek traumatu. Po vyšetření ABCDE nezjistili žádnou poruchu dýchání, srdečního rytmu ani stavu vědomí.

Po odebrání kompletní anamnézy i klinického obrazu pacienta, lékař určil diagnózu jako **F231- Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie.**

Po léčbě byl pacient v čase 23:25 transportován do Psychiatrické léčebny do Bohnic, konkrétně na centrální příjem.

Rozbor: Přednesený postup posádky RV považujeme za správný. Lékař i záchranář nejprve navázali vztah se schizofrenním pacientem, správně s ním komunikovali, a když se jim zdálo, že pacient začíná být mírně agresivní, správně si ho zklidnili dle farmakologických možností vybavení vozidel ZZS pomocí Haloperidolu a Apaurinu a následně kompletně dovyšetřili. Z hlediska přístupu, komunikace a léčby zdravotníci nepochybili.

Pacienta rovněž správně transportovali do PN v Bohnicích, kde se již léčil a tudíž o něm budou zdravotníci v nemocničním zařízení mít záznamy o minulé léčbě.

Výhodné pro indikace „Psychóza“ by bylo, v případě agresivních pacientů žádat prostřednictvím dispečinku asistenci Policie ČR. To ovšem již musí vyřizovat dispečink příslušné ZZS.

Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo ověření 3 hypotéz praktické části. Prvotním cílem jsme měli zjistit, jak jsou posádky ZZS Středočeského kraje školeny v péči o duševně nemocné pacienty. Druhým úkolem bylo vyšetřit, jaký lék první volby se používá při případném zaléčení psychiatrických pacientů. Posledním cílem bylo zjistit samotné přebírání psychiatrických pacientů do nemocničních zařízení a jejich případně důvody nepřevzetí pacienta.

Cíle jsme vyhodnotili pomocí dotazníkovému šetření prováděných na výjezdových základnách Hořovice, Zdice a Beroun ve Středočeském kraji. Dotazníky vyplnilo celkem 60 lidí pracujících na ZZS.

V hlavičce dotazníku vyplňovali zdravotníci v prvních 3 otázkách základní osobní údaje.

První otázka se zaměřuje na pracovní pozici zdravotníků na ZZS. Z celkového počtu 60 (100%) zdravotníků, 15 (25%) uvedlo pozici lékaře či lékařky. Zdravotnických záchranářů při vyplňování dotazníků bylo celkem 20 (33,3%), všeobecných sester dotazník vyplnilo 5 (8,3%) a řidičů jako respondentů bylo celkem 20 (33,3%), kde byly započítáni i řidiči-záchranáři.

V druhé otázce jsme se ptali na pohlaví dotazovaných. Z celkového počtu uvedlo 33 (55%) respondentů pohlaví muž a 27 (45%) žen.

Třetí otázka podala informace o délce let praxe na ZZS. Z celkového počtu 60 (100%) respondentů pouze 2 (3,3%) uvedli, že na ZZS pracují pouze méně než rok. Zdravotníci, pracující zde méně než pět let bylo celkem 9 (15%). 22 (36,6%) respondentů uvedlo, že na ZZS pracují více než 5 let a nejvíce respondentů a to 27 (45%) uvedlo, že na ZZS Středočeského kraje pracují více jak 10 let.

Z dotazníkového šetření tedy vyplývá, že dotazník vyplňovali hlavně lidé, kteří mají mnohaletou zkušenost na zdravotnických záchranných službách, a výsledky lze považovat za významné. Všichni zdravotníci pracující na ZZS se setkali alespoň jednou s psychiatrickým pacientem, tudíž dotazníkové šetření mělo dostačující předpoklady pro vyhodnocení hypotéz.

Hypotéza 1: Předpokládám, že posádky ZZS jsou školeny v přístupu k psychiatrickým pacientům pouze jednou za rok a tudíž nedostatečně.

Hypotézu č. 1 jsme vyšetřovali pomocí otázek č. 5, 6 a také 7. V páté otázce měli respondenti uvést, zda jsou školeni ohledně psychiatrických pacientů. Z celkového počtu 60

(100%) zdravotníků uvedlo 54 (90%) respondentů, že jsou a zbytek, to je 6 (10%) zdravotníků, že ještě školeni nebyli. Dle průzkumu jsme zjistili, že školeni nebyli pouze ti, kteří přišli z jiné ZZS do Středočeského kraje, nebo zdravotníci, kteří jsou na ZZS méně než jeden rok. Otázka č. 6 měla za úkol zjistit, jak často jsou záchranáři školeni v péči o duševně nemocné pacienty. Celkem 47 (78,3%) zdravotníků uvedlo, že jsou školeni pouze jednou ročně, 7 (11,6%) uvedlo školení dvakrát ročně a zbylých 6 (10%) zdravotníků uvedlo, že školeni prozatím nebyli.

Na dvě předešlé otázky navazuje otázka č. 7. Ta měla za úkol zjistit, na jaký typ duševně nemocných se přednášky zaměřují. Ze všech respondentů, 30 (50%) zdravotníků uvedlo, že se přednášky zaměřují především na pacienty s agresivním chováním. Zdravotničtí pracovníci rovněž uváděli, že by byli rádi školeni více na schizofrenní poruchy a poruchy úzkostné. Sami přiznali, že neví, jak správně komunikovat s takovými pacienty.

Z výsledků dotazníkovému šetření jsme tedy zjistili, že se **první hypotéza potvrdila**. Zdravotníci jsou proškoleni pouze jednou ročně a sami do dotazníku uváděli, že jsou školeni nedostatečně. Téměř všichni by uvítali školení častěji a jinou formou než pouze formou „nudných“ prezentací.

Hypotéza 2: Předpokládám, že lékem první volby u duševně nemocných pacientů je diazepam (Apaurin).

Druhou hypotézu jsme vyhodnocovali pomocí otázky č. 16. Z celkového počtu 60 (100%), 31 respondentů (51,6%) uvedlo, že používají prvotně Apaurin (diazepam). Další zdravotníci uváděli také jiné léky. Léčbu Haloperidolem uvedlo celkově 13 (21,6%) dotazovaných. Dalším uvedeným lékem, který záchranáři vyplňovali, byl Tisercin, ten uvedlo 6 (10%) respondentů. Pouze 2 (3,3%) zdravotníci uvedli Tiapridal a celkem 13 respondentů uvedlo, že by pacienta léčili na pokyn, „dle lékaře“.

Ze zjištění tedy vyplývá, že **druhá hypotéza se potvrdila**. Pokud by měli zdravotníci léčit psychiatrické pacienty, více jak 50% by prvotně užilo Apaurin (diazepam). Samozřejmě na pokyn lékaře, jelikož v kompetencích zdravotnických záchranářů nelze léky podávat samostatně. Předpokládám, že léčba Apaurinem ve více jak 50% případů je fakt, že to zdravotnickým záchranářům jako lék stačí, pacienta to utlumí a oni ho „bezpečně“ převezou do nemocnice. Dalším faktem je, že vybavení vozů ve složení řidič a záchranář na středočeské ZZS není, co se týče farmak tak vybavené jako lékařské vozy, tudíž nemají možnost léčit psychiatrického pacienta jinak.

Hypotéza 3: Předpokládám, že alespoň 50% záchranářů se stalo, že pacient nebyl do nemocničního zařízení přijat pro známky opilosti a agrese.

Třetí hypotézu zkoumali otázky č. 18, 19 a 20. Otázkou č. 18 jsme se dotazovali respondentů, zda se jim někdy stalo, že jim duševně nemocného pacienta v nemocnici nepřevzali. Z celkového počtu 60 (100%) dotazovaných, 34 (56,6%) zdravotníků uvedlo, že se jim tato situace stala. Zbytek zdravotníků a to 26 (43,3%) uvedlo, že se jim tato situace nestala, ale ví, jak jí případně řešit. Otázka č. 19 navazovala na předešlou otázku a zjišťovala, z jakého důvodu jim pacienta nepřevzali. Nejčastější důvod uvedlo 25 (41,6%) zdravotníků. Důvodem byl pacient, který jevil známky opilosti. Druhým nejčastějším důvodem byla agresivita pacienta, kterou uvedlo 19 (31,6%) respondentů. Mezi další uvedené důvody záchranáři uváděli také nespádovou nemocnici, tu označilo za důvod k nepřevzetí 10 (16,6%) dotazovaných. Posledním uváděným důvodem k odmítnutí pacienta, záchranáři uváděli, že psychiatrický pacient nebyl interně vyšetřen. Tuto možnost napsalo celkem 6 (10%) zdravotníků. Poslední otázka dotazníků měla za úkol zjistit, co záchranáři dělají při nepřevzetí psychiatrického pacienta do nemocničního zařízení.

Z dotazníku jasně vyplývá, že záchranáři jednájí dle dispečinku, tuto možnost napsalo 33 (55%) respondentů.

Na základě vyhodnocení výsledků vyplývá, že se **hypotéza č. 3 potvrdila**. Více jak 50 % zdravotníků, kteří pracují na ZZS se tato situace s odmítnutím pacienta stala. Hlavním důvodem byl právě zmíněný přítomný alkohol v krvi a agresivita ze strany pacienta. Celkově lze říci, že další kroky záchranářů jsou na pokyn dispečinku ZZS. Ti situaci vyřeší nejčastěji s jiným nemocničním (správným) zařízením, záchytnou stanicí nebo správnou spádovou nemocnicí.

Další bod, který v diskuzi nesmíme opomenout je napadení zdravotnických pracovníků psychiatrickými pacienty, který rozebíráme v otázkách č. 9, 10 a 11. Ze všech dotazovaných 60 (100%) zdravotníků uvedlo napadení záchranáře 46 (76,6%) respondentů, což je více jak $\frac{3}{4}$ zdravotníků. Samotnou přednášku (či kurz) o zvládnání těchto pacientů absolvovalo 41 (68,3%) zdravotníků a 2 (3,3%) záchranářů tento specifický kurz plánují. Otázka č. 11 se zabývala nabídkou těchto kurzů od zaměstnavatele. Až na 1 (1,6%) zdravotníka, 59 (98,3) dotazovaných uvádělo, že by tento kurz rádi absolvovali, pro jejich vlastní potřeby, především co se týče komunikace.

Otázka č. 13. na ni navazuje a zjišťuje, zda si záchranáři myslí, že správně umí komunikovat s psychiatrickými pacienty. Ze všech dotazovaných 60 (100%) respondentů, 45

(75%) zdravotníků uvádělo odpověď „spíše ano“ a odpověď „ano“ uvedlo 10 (16,6%) záchranářů. Z toho vyplývá, že si záchranáři nejsou zcela úplně jisti správnou komunikací.

Na to odpovídá i další otázka, č. 14, která byla otevřená, a záchranáři měli za úkol vyplnit v bodech obecné zásady komunikace s psychiatrickým pacientem. Dle vyhodnocení jsme zjistili, že až 15 (25%) dotazovaných nesprávně komunikuje s psychiatrickými pacienty.

Závěrem je, že by zdravotničtí pracovníci měli být více proškolení ohledně péče a komunikace duševně nemocných pacientů.

Závěr

Všichni zdravotničtí pracovníci se v PNP se stále častěji setkávají s psychiatrickými pacienty. Vzhledem k tomu že žijeme ve 21. století, budou psychiatrické poruchy a tím pádem i psychiatričtí pacienti narůstat. Indikace k výjezdu k psychiatrickým pacientům budou častější a častější. Proto se zdravotničtí záchranáři musí vzdělávat nejen ve správné komunikaci, ale i péči a správné léčbě pacienta s psychiatrickou poruchou. S tím přichází i časté komplikace ošetření, na které musí být zdravotníci v PNP připraveni.

Bakalářskou práci jsme v první části zaměřili na obecné zásady komunikace se specifickými skupinami psychiatrických pacientů. Zmínili jsme i nejčastější chyby v komunikaci, kterých se záchranáři dopouštějí nejvíce. V druhé části se zaměřujeme na popisy a projevy nejčastějších psychiatrických poruch, se kterými mohou být zdravotníci v PNP nejčastěji konfrontováni. Z výzkumu se potvrdilo přibývajících psychiatrických pacientů s afektivní poruchou, pod vlivem návykových látek a nárůst pacientů se schizofrenní poruchou. V poslední kapitole teoretické části jsme se zabývali farmakologickými možnostmi léčby duševně nemocných pacientů a správnou farmakoterapií u agresivně neklidných klientů.

Cíle, které jsme si zvolili na začátku praktické části, jsme splnili. Všechny dané hypotézy se nám podařilo potvrdit, a tudíž bakalářskou práci hodnotím za přínosnou. ZZS Středočeského kraje bychom doporučovali častější školení svých zaměstnanců ohledně duševně nemocných. Jak z výzkumu, který jsme vyhodnotili, tak ze strany samotných pracovníků, všichni uváděli, že si nejsou svým jednáním s psychiatrickými pacienty zcela jisti a uvítali by častější proškolení a typické modelové situace duševně nemocných.

Na konec bakalářské práce je přiložena kazuistika psychiatrického pacienta. Kazuistika má za cíl pomoci záchranářům ve správné komunikaci a péči u duševně nemocných pacientů s užitím vhodné farmakoterapie.

Seznam symbolů a zkratek

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BAT	Bipolárně afektivní porucha
CNS	Centrální nervová soustava
CP	Centrální příjem
CT	Počítačová tomografie
MR	Magnetická rezonance
OKP	Obsedantně kompulzivní porucha
PN	Psychiatrická nemocnice
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
TK	Krevní tlak
THC	Tetrahydrokanabioid
Tzn.	To znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZSSČK	Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje
ZŽF	Základní životní funkce

Seznam použitých zdrojů a literatury

- [1] RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-802-4619-859.
- [2] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 9788024629988.
- [3] HÖSCHL, Cyril. *Stručně a jasně: [sloupky z časopisu Reflex]*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7492-060-8.
- [4] POKORNÝ, Jan. *Lékařská první pomoc*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. ISBN 9788072623228.
- [5] DOBIÁŠ, Viliam. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2.vydanie. Sadzba: Vydavateľstvo Osvěta, 2012. ISBN 978-80-8036-387-5.
- [6] HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 8072623672.
- [7] MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024713564.
- [8] BROWN, Tom M, Ian M. PULLEN a Allen I. F. Scott. *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické, 1992. ISBN 12267902.
- [9] KASSIN, Saul M. *Psychologie*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 9788025117163.
- [10] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 8090013015.
- [11] OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8
- [12] PRAŠKO, Ján. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. ISBN 978-802-4425-702.
- [13] *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize* [online]. [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- [14] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978--80-247-4236-6.
- [15] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

- [16] PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
- [17] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009
- [18] RALBOVSKÁ, Rebeka a Renata KNEZOVIC. *Pokyny pro zpracovávání závěrečných prací*. V Praze: Evropské vzdělávací centrum, 2010. ISBN 9788087386057.
- [19] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- [20] ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
- [21] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976
- [22] POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-259-5.
- [23] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.
- [24] LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Lutz HEIN. *Barevný atlas farmakologie*. Vyd. 3., české. Ilustroval Jürgen WIRTH. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1672-5.
- [25] *Analgo sedace pro posádky RZP* [online]. 2013 [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: [http://www.komorazachranaru.cz/download/05._Analgo sedace_pro_posadky_RZP_\(O._Skornak\).ppt](http://www.komorazachranaru.cz/download/05._Analgo sedace_pro_posadky_RZP_(O._Skornak).ppt).
- [26] ŠVESTKA, Jaromír, Eva ČEŠKOVÁ a Karel NÁHUNEK. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-716-9169-0.
- [27] CARACENI, Augusto. a Luigi. GRASSI. *Delirium: acute confusional states in palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-957205-2.
- [28] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

- [29] PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
- [30] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
- [31] RABOCH, Jiří, HERLE, Petr, ed. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-27-5.
- [32] ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- [33] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

Seznam příloh

Příloha č. 1- Pojmy spojené s návykovými nemocemi

Akutní intoxikace	Přechodný stav, který může trvat několik hodin po užití psychoaktivní látky.
Syndrom závislosti	Stav, ke kterému dochází po opakovaném použití látky (př. touha, potíže při sebekontrolě)
Odvykací stav	Abstinenční syndrom, kde je psychotická látka pacientovi odebrána.
Psychotická porucha	Vyskytující se po požití návykové látky, projevuje se halucinacemi, bludy.
Amnezický syndrom	Porucha, při níž se zhoršuje krátkodobá paměť.
Reziduální stav	Stav, který přetrvává déle, než je předpokládaný účinek psychoaktivní látky.
Craving	Touha, chtění, nutkání mít psychoaktivní látku.

[1, 10]

Příloha č. 2- Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Šmídová a jsem studentkou čtvrtého ročníku studijního plánu Specializace ve zdravotnictví, oboru Zdravotnický záchranář na ČVUT FBMI v Kladně. Prosila bych o vyplnění tohoto dotazníku, který navazuje na praktickou část mé bakalářské práce na téma: „Přístup zdravotnického záchranáře k psychiatrickému pacientovi“ a je anonymní. Vždy zakřížkujte pouze jednu možnost, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Šmídová Markéta

1. Pracujete ve výjezdové skupině jako:

- a. Lékař (ka)
- b. Zdravotnický záchranář (ka)
- c. Všeobecná sestra

- d. Řidič
- e. Řidič- záchranář

2. Jste:

- a. Muž
- b. Žena

3. Jak dlouho působíte na ZZS:

- a. Méně než rok
- b. Méně než 5 let
- c. Více než 5 let
- d. Více než 10 let

4. Kolik výjezdů přibližně s psychiatrickými pacienty za rok řešíte (uved'te číslici):

5. Jste proškolení ohledně psychiatrických pacientů:

- a. Ano
- b. Ne

6. Jak často a jak důsledně jste proškolení ohledně psychiatrických pacientů (uved'te odpověď):

7. Na jaký typ duševně nemocných pacientů se na přednáškách a školeních nejvíce zaměřujete:

- a. Schizofrenický pacient
- b. Úzkostný pacient
- c. Dementní pacient (Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba aj.)
- d. Pacient s agresivním chováním (návykové látky aj.)

8. S jakým typem psychiatrických pacientů jste nejčastěji konfrontováni (seřad'te číslicí 1-7 vzestupně)

- Demence/delirium
- Závislosti
- Schizofrenie
- Afektivní poruchy
- Úzkostné poruchy

- Poruchy osobnosti
- Mentální retardace

9. Byl (a) jsi někdy napadena (a) psychiatrickým pacientem:

- Ano
- Ne

10. Měl (a) jste někdy kurz nebo přednášku zvládnání neklidného/agresivního pacienta:

- Ano
- Ne
- Budu mít

11. Uvítal (a) byste lekce zvládnání neklidného/agresivního pacienta od zaměstnavatele:

- Ano
- Ne

12. Dokázal (a) byste uplatnit své poznatky o zvládnání psychiatrického pacienta v praxi:

- Ano
- Ne
- Možná

13. Domníváte se, že umíte správně komunikovat s psychiatrickým pacientem:

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

14. Jaké jsou podle Vás obecné zásady pro vedení rozhovoru s psychiatrickým pacientem (uved'te odpověď):

15. S jakými obtížemi se u psychiatrického pacienta nejčastěji setkáváte:

- Agresivní chování ze strany pacienta
- Správné směřování pacienta do nemocničního zařízení
- Neochota pacienta být ušetřen a transportován do nemocničního zařízení

- d) Určení a užití farmakoterapie
- e) Určení diagnózy
- f) Jiné:

16. Jakou farmakologickou léčbu uplatňujete nejčastěji (uved'te):

17. Do jakého nejbližšího zařízení v našem regionu psychiatrické pacienty směřujete (uved'te odpověď):

18. Stalo se Vám někdy, že Vám pacienta ve zdravotnickém zařízení nevzali:

- a. Ano
- b. Ne

19. Z jakého důvodu Vám pacienta nepřevzali (uved'te odpověď):

20. Jaké následující kroky jste dělali po nepřevzetí psychiatrického pacienta (uved'te odpověď):

Seznam tabulek

Teoretická část

Tabulka 1.1. Struktura nejčastěji ošetřených pacientů v roce 2012

Praktická část

Tabulka 1 Počet rozdaných dotazníků na ZZS

Tabulka 2 Pozice v posádkách ZZS

Tabulka 3 Pohlaví posádek ZZS

Tabulka 4 Praxe na ZZS

Tabulka 5 Počet výjezdů s psychiatrickými pacienty

Tabulka 6 Proškolení ZZS

Tabulka 7 Četnost proškolení

Tabulka 8 Nejčastěji zaměřované školení na psychiatrické pacienty

Tabulka 9 Napadení duševně nemocným

Tabulka 10 Kurzy zvládnutí neklidného pacienta

Tabulka 11 Nabídka kurzů od zaměstnavatele

Tabulka 12 Poznatky s duševně nemocnými

Tabulka 13 Komunikace s psychiatrickými pacienty

Tabulka 14 Správnost či nesprávnost komunikace

Tabulka 15 Komplikace u psychiatrických pacientů

Tabulka 16 Farmakologické zvládnutí psychiatrického pacienta

Tabulka 17 Psychiatrické zařízení

Tabulka 18 Převzetí pacienta do nemocnice

Tabulka 19 Důvod nepřevzetí pacienta do nemocnice

Tabulka 20 Další kroky po nepřevzetí pacienta

Seznam grafů

Graf 1 Rozdané dotazníky

Graf 2 Pozice v posádkách ZZS

Graf 3 Pohlaví posádek ZZS

Graf 4 Praxe na ZZS

Graf 5 Počet výjezdů s psychiatrickými pacienty

Graf 6 Proškolení ZZS

Graf 7 Četnost proškolení

Graf 8 Nejčastěji zaměřované školení na psychiatrické pacienty

Graf 9 Napadení duševně nemocným

Graf 10 Kurzy zvládnutí neklidného pacienta

Graf 11 Nabídka kurzů od zaměstnavatele

Graf 12 Poznatky s duševně nemocnými

Graf 13 Komunikace s psychiatrickými pacienty

Graf 14 Správnost či nesprávnost komunikace

Graf 15 Komplikace u psychiatrických pacientů

Graf 16 Farmakologické zvládnutí psychiatrického pacienta

Graf 17 Psychiatrické zařízení

Graf 18 Převzetí pacienta do nemocnice

Graf 19 Důvod nepřevzetí pacienta do nemocnice

Graf 20 Další kroky po nepřevzetí pacienta