



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Postupy zdravotnických záchranářů v ošetrovatelské péči o pacienty
s vybranými psychiatrickými diagnózami**

**Paramedic Processes in Nursing Patients with Selected Psychiatric
Diagnosis**

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D.

Františka Havlíčková

Kladno, květen 2019



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Havlíčková** Jméno: **Františka** Osobní číslo: **465751**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Postupy zdravotnických záchranářů v ošetrovatelské péči o pacienty s vybranými psychiatrickými diagnózami

Název bakalářské práce anglicky:

Paramedic Processes in Nursing Patients with Selected Psychiatric Diagnosis

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude problematika poskytování přednemocniční neodkladné péče zdravotnických záchranářů o pacienty s vybranými psychiatrickými diagnózami. Teoretická část bude vypracována na základě analýzy dostupné odborné literatury, která pojednává o klasifikaci a klinických projevech jednotlivých psychiatrických diagnóz. Rovněž bude věnována pozornost možnosti využití krizové komunikace a terapeutických možností ovlivnění chování pacienta s psychiatrickou diagnózou. V praktické části bude použita kvantitativní metoda sběru dat za pomoci nestandardizovaného dotazníkového šetření. Respondenti budou z řad zdravotnických záchranářů s minimálním počtem 75. Dosažené výsledky budou statisticky zpracovány a v diskusi bude provedena komparace výsledků s výsledky jiných autorů.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL, Praktická psychiatrie, ed. 1. vyd., Praha: Maxdorf, 2013, 143 s., ISBN 978-80-7345-316-9
- [2] KUČEROVÁ, Helena, Psychiatrické minimum, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2013, 168 s., ISBN 978-80-247-4733-0
- [3] MCWILLIAMS, Nancy, Psychoanalytická diagnóza, ed. 1. vyd., Praha: Portál, 2015, 414 s., ISBN 978-80-262-0943-0
- [4] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Diagnostika a terapie duševních chorob, ed. 2. přeprac. vyd., Praha: Grada, 2015, 648 s., ISBN 978-80-247-4826-9

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Dana Rebeka Raibovská, Ph.D.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **27.02.2019**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2020**


prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry


prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Dále prohlašuji, že neznám žádný důvod, který by znemožňoval užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb. (autorského zákona) v platném znění.

V Hostivici dne 01.05.2019

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Mgr. Daně Rebece Ralbovské, Ph.D. za cenné rady a konstruktivní připomínky při vypracování bakalářské práce a za její vstřícnost a trpělivost. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří věnovali čas dotazníkovému šetření.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování přednemocniční neodkladné péče u pacientů s vybranými psychiatrickými diagnózami. Výběr jednotlivých psychiatrických diagnóz byl ovlivněn studiem dostupné odborné literatury a četností jejich výskytu při výkonu povolání zdravotnického záchranáře.

Teoretická část obsahuje základní klasifikaci vybraných psychiatrických diagnóz a jejich typických příznaků. V dalších kapitolách se zaměřuje na specifickou problematiku vzájemné interakce a komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem s psychiatrickou diagnózou při poskytování přednemocniční neodkladné péče. Osobitá pozornost je věnována možnosti výskytu a zvládnutí agresivního jednání ze strany pacientů.

V návaznosti na teoretickou část vymezuje praktická část cíle práce a hypotézy. Dále popisuje použitou metodu sběru dat a jejich zpracování. Výzkum je proveden na základě analýzy výsledků získaných v rámci anonymního dotazníkového šetření mezi zdravotnickými záchranáři. Takto získaná data jsou zpracována pomocí grafů a potvrzují nebo vyvrací stanovené hypotézy. V diskuzi bakalářské práce se porovnávají zjištěné výsledky s výsledky jiných autorů. Závěr práce shrnuje cíle a výsledky.

Klíčová slova

Přednemocniční neodkladná péče; zdravotnický záchranář; psychiatrický pacient; psychiatrická diagnóza; komunikace; agrese.

Abstract

This bachelor's thesis addresses the issue of administering pre-hospital emergency care to patients with selected psychiatric diagnoses. The author's choice of specific psychiatric diagnoses was informed by her study of the available scholarly literature, and the frequency with which these diagnoses occur in the professional life of paramedics.

The theoretical part provides a basic categorization of selected psychiatric diagnoses and their typical symptoms, followed by chapters which focus on the specific issues associated with the interaction and mutual communication between the paramedic and the patient with a psychiatric diagnosis within the context of administering pre-hospital emergency care. Special attention is given to the possibility of displays of aggressive behavior on the part of the patient, and the protocol for handling them.

Building upon the theoretical part, the practical part lays down the objectives and hypotheses of the thesis, and describes the method used for gathering and processing data. The research contained in this part is based on an analysis of the results obtained by an anonymous questionnaire survey among paramedics. The data thus collected was processed with the aid of graphs and confirms or refutes the initial hypotheses. A discussion follows in which the bachelor's thesis compares the established results with those observed by other authors. The concluding chapter summarizes the objectives and the achieved results.

Keywords

Pre-hospital emergency medicine; paramedic; psychiatric patient; psychiatric diagnosis; communication; aggression.

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Současný stav.....	11
2.1	Diagnóza F 00 – F 03 demence.....	12
2.2	Diagnózy F 04 – F 06	14
2.3	F 10 – F 19 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	14
2.4	Diagnóza F 20 schizofrenie.....	16
2.5	F 30 – F 39 afektivní poruchy	17
2.6	F 40 – F 41 neurotické poruchy – úzkostné stavy, fobie.....	19
2.7	Diagnóza F 84 autismus.....	21
2.8	Agresivita a agresivní pacient	22
2.9	Krizová komunikace	23
2.10	První psychická pomoc a psychosociální pomoc.....	25
2.11	První pomoc v PNP	26
3	Cíl práce.....	28
3.1	Cíle	28
3.2	Hypotézy.....	28
4	Metodika.....	30
4.1	Popis výzkumného šetření.....	30
4.2	Stanovení výzkumného vzorku.....	30
4.3	Výzkumný nástroj	30
5	Výsledky.....	32

5.1	Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	32
5.2	Vyhodnocení cílů práce	46
5.3	Vyhodnocení hypotéz	48
6	Diskuze	50
7	Závěr	60
8	Seznam zkratek.....	62
9	Seznam obrázků	63
10	Seznam bibliografických odkazů.....	64
11	Seznam příloh.....	68

1 ÚVOD

Předmětem bakalářské práce je poskytování přednemocniční neodkladné péče zdravotnickými záchranáři pacientům s vybranými psychiatrickými diagnózami. Skupina těchto pacientů vyžaduje specifický přístup jak v komunikaci, tak v ošetrovatelské péči, a tomuto přístupu se v práci budeme věnovat.

V rámci přednemocniční péče se setkáváme se dvěma skupinami případů. V prvním případě je člověk trpící psychiatrickou diagnózou postižen úrazem nebo onemocněním, které ale nemají primárně souvislost s danou diagnózou. Musíme však vždy postupovat s ohledem na ni. Druhou skupinou jsou pacienti, u nichž zdravotnickou pomoc vyžaduje právě zhoršení jejich duševního onemocnění. V takových případech může docházet nejen k ohrožení pacientů, ale i jejich blízkých nebo zasahujících zdravotníků.

V teoretické části práce se na základě analýzy odborné literatury zabýváme zvolenými psychiatrickými diagnózami, se kterými se v přednemocniční péči setkávají zdravotníci nejčastěji. Onemocnění klasifikujeme pomocí Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Dále popisujeme jejich klinické příznaky a možnosti terapie v přednemocniční péči. Krátce se zabýváme i agresivitou jedinců s psychiatrickou diagnózou a komunikací s nimi.

V praktické části využíváme kvantitativní metodu sběru dat, tedy anonymní dotazníkové šetření mezi zdravotnickými záchranáři. Získané výsledky statisticky zpracováváme a porovnáváme s výsledky, ke kterým došli jiní autoři.

Ze získaných dat zjišťujeme frekvenci výskytu poskytování ošetrovatelské péče u psychiatrických pacientů a také nejčastější diagnózy, se kterými se zdravotníci záchranáři v rámci své profese setkávají.

Pomocí výsledků vyvrátíme nebo potvrdíme hypotézy, které jsme naformulovali. Ty se týkají převážně největších úskalí péče o tyto pacienty a míry obtížnosti komunikace s nimi.

Dále se zabýváme způsoby, kterými byli zdravotníci záchranáři edukováni v oblasti poskytování péče pacientům s psychiatrickou diagnózou a nakolik jsou jim tyto znalosti užitečné v praxi.

Téma jsem si zvolila na základě svého dlouhodobého zájmu o zpracovávanou tematiku. Přednemocniční neodkladná péče o psychiatrické pacienty je velmi specifická a zajímavá a v budoucnu se jí budu dále zabývat. Ráda bych získala i nějakou specializaci v oblasti psychiatrie a krizové intervence.

2 SOUČASNÝ STAV

V této části se budeme věnovat rešerši odborné literatury v oblasti psychiatrických diagnóz klasifikovaných podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10). Vybíráme zde diagnózy, se kterými se můžeme nejčastěji setkat v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP).

Pacienti s psychiatrickými diagnózami představují poměrně velké procento výjezdů zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), a proto je nezbytné umět s těmito klienty pracovat. Potřebný je vysoce kvalifikovaný přístup ze strany zdravotnického personálu a profesionálnost ošetrovatelské péče. U takto nemocných je třeba využívat i aspektů krizové komunikace, kterou se budeme také zabývat.

Psychiatrické diagnózy znamenají velké zatížení jak pro pacienta, tak i pro zdravotníky. Od takovýchto pacientů je často obtížné získat anamnézu, a tedy následně určit správnou diagnózu. Velké procento z nich navíc odmítá spolupracovat nebo je přímo agresivních. Oblast péče o agresivní pacienty jsme rovněž zařadili do této části bakalářské práce, protože zde nejde jen o ohrožení pacientů jimi samotnými, ale čím dál častěji také o nebezpečí pro ty, kteří se o ně přijeli postarat. Velmi důležité je, aby zdravotníci co nejlépe porozuměli jednotlivým úskalím práce s takto nemocnými pacienty a následně byli schopni volit adekvátní metody a postupy ošetrovatelské péče a komunikace s nimi a tím předcházeli krizovým situacím, které by mohly vyústit v ohrožení jejich zdraví, potažmo života.

Umět rozhodnout, kdy stačí ambulantní vyřešení momentálního problému, který pacient má, nebo kdy je nutná hospitalizace na specializovaném oddělení, patří též k důležitým dovednostem zdravotníků. A přestože o případné medikaci pacienta rozhoduje lékař, je to často zdravotnický záchranář, kdo musí situaci

vyhodnotit. Ten by proto měl být v oblasti psychiatrických diagnóz dostatečně edukován, aby dokázal volit vhodný postup u konkrétního nemocného s konkrétní psychiatrickou diagnózou.

2.1 Diagnóza F 00 – F 03 demence

Autorka Vágnerová (2014) charakterizuje demenci takto: „*Demence je získaný úbytek kognitivních schopností, který se projeví obtížemi ve všech oblastech života. Jde o ztrátu již rozvinutých intelektových schopností, k níž může dojít až po dosažení určitého stupně vývoje*“ (Vágnerová, 2014, s. 249).

Demence je chronickým onemocněním, které postupně progreduje. Často vzniká jako následek nemoci, úrazu, či jiného poškození mozku. V pozdějších stádiích vede k úplnému úpadku osobnosti. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015)

Jednotlivé příznaky se zhoršují postupně a v rámci nich rozeznáváme tři fáze demence. První je **počínající, mírná demence**. V této fázi ji bývá obvykle ještě obtížné odhalit. U člověka dochází ke zhoršení krátkodobé paměti a mírné afázii. Častá je zmatenost, jedinec se hůře soustředí na jednu věc, bývá úzkostný, depresivní, uzavírá se před okolím. Ve fázi **rozvinuté demence** se symptomy prohlubují a přidávají se další. Mezi ně patří neklid a agitovanost, známá místa se pro nemocného najednou stávají cizími. Pacient začíná mít výrazné problémy s inkontinencí a motorikou, paměťové obtíže u něj progredují. **Terminální (pokročilá) fáze demence** pak vyžaduje trvalý dohled nad pacienty odkázanými na pomoc druhých. Časté jsou i příznaky ve formě různých bludů a halucinací. Běžně mají pacienti potíže při jídle, zejména s polykáním. Lidé přestávají být schopni porozumět svému okolí. (Glenner, 2012)

Zhruba polovina případů diagnostikované demence je na podkladě takzvané Alzheimerovy choroby. Nejčastěji postihuje člověka ve starším věku, můžeme ji ovšem nalézt i u dětí. Týká se zhruba 5 % lidí ve věku okolo 65 let, ve věku nad 85 let se už procentuální zastoupení výrazně zvyšuje na třetinu až polovinu jedinců. (Češková, Příkryl, 2013)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí rozeznáváme čtyři skupiny demence, seřazené pod čísla F 00 – F 03. (MKN, 2008)

Kód F 00 označuje **demenci u Alzheimerovy nemoci**. Tato nejčastější forma demence se plně rozvine během měsíců, častěji let. Postihuje mnoho lidí zejména staršího věku po celém světě. Další je kódem F 01 charakterizovaná **vaskulární demence**. Ta je druhou nejčastější formou tohoto onemocnění. Vzniká náhle a na základě vaskulárního poškození, zejména při cévní mozkové příhodě (CMP) nebo infarktu myokardu (IM). Kód F 02 zastupuje **demenci u chorob klasifikovaných jinde**. Patří sem například demence u Pickovy choroby, která patří mezi méně obvyklé typy, postupuje zvolna a typická je změnami v charakterové oblasti. Dále jde například o demenci spojenou s Creutzfeldt-Jakobovou nemocí, vzácným prionovým onemocněním, nebo demence u Huntingtonovy choroby, dědičného onemocnění, nebo v pokročilých stádiích Parkinsonovy choroby. Patří sem i demence u AIDS, kdy virus HIV působí na mozkové funkce, a demence vyskytující se u mnoha dalších onemocnění, jako jsou například epilepsie nebo nádorová onemocnění. Pod kódem F 03 jsou pak **nespecifické demence**. (Glenner, 2012; Svoboda, Češková, Kučerová, 2015)

2.2 Diagnózy F 04 – F 06

Kód F 04 patří **organickému amnestickému syndromu**, který ale není způsobený psychoaktivními látkami ani požíváním alkoholu. Vzniká na podkladě úrazů, otrav nebo jiných onemocnění. Nejtypičtějším symptomem je nefunkční krátkodobá paměť, pacient je jen obtížně schopen se učit novým věcem. Mezery v paměti si pacient často vyplňuje situacemi, které se nestaly. **Delirium** řazené jako F 05 opět není způsobené alkoholem ani jinou látkou, ale organickým poškozením funkcí nervové soustavy. Projevuje se nízkým soustředěním a sníženým vnímáním okolního světa. U člověka se zhoršuje paměť, zejména krátkodobá, dochází u něj k dezorientaci a změnám v psychomotorice a ve spánkovém cyklu. Delirium se často vyskytuje u nemocných na lůžkách intenzivní péče, rychle se rozvíjí a je pro ně prognosticky nepříznivé. Diagnóza F 06 zahrnuje **jiné duševní poruchy**, které se u jedince projevily na základě prodělaného onemocnění nebo poškození mozku. Patří sem například organický syndrom s bludy, organické poruchy nálady, organická halucinóza nebo katatonní porucha. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015)

2.3 F 10 – F 19 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Autoři Svoboda, Češková a Kučerová (2015) uvádějí: *„Jedná se o jakoukoli duševní poruchu, která vznikla užíváním psychoaktivních látek, což jsou látky vyvolávající závislost. Psychoaktivní látky mají vliv na chování, vědomí a náladu“* (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015, s. 159).

Výše uvedená skupina obsahuje poruchy způsobené širokou škálou psychoaktivních látek, rozdělených do devíti skupin, které zahrnují celou řadu směsí. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015)

Všechny tyto látky ovlivňují činnost mozku a snadno na ně vzniká závislost. Patří sem takové, které se používají jako léky, například na bolest, a jsou k dostání na předpis. Dále ty, které můžeme běžně najít v domácnostech, jako jsou cigarety. Poslední skupinou jsou pak substance, které v běžné mluvě nazýváme drogy, například heroin. (Orel, 2012)

Jedním ze stavů, se kterými se můžeme setkat v PNP, je **akutní intoxikace**. Zahrnuje pestrou škálu projevů, postihujících většinu psychických i fyzických funkcí pacientů. Vzniká přímo intoxikací dané látky a postupně odezní. Ve vážnějších případech je nutná hospitalizace na specializovaných odděleních intenzivní péče. Vždy je nutná pečlivě odebraná anamnéza, která je spolu se symptomy důležitá pro správnou a včasnou diagnostiku konkrétní užití psychoaktivní látky. Dále je nasnadě provedení toxikologického vyšetření. (Orel, 2012)

Na rozdíl od akutní intoxikace je **škodlivé užívání** (abúzus) charakteristické opakovaným užíváním, vedoucím k trvalým a závažným duševním i fyzickým potížím. (Raboch, Herle, 2011)

Syndrom závislosti se pak odvíjí od silné potřeby užít danou psychoaktivní látku, která graduje s časem uplynulým od předchozí dávky. Člověk není postupně schopen přestat tuto látku užívat a potřebuje jí čím dál tím větší množství. (Orel, 2012)

V okamžiku, kdy nedojde k užití další dávky, se začíná projevovat **odvykací stav**. Ten také vždy ukazuje na závislost na dané substanci. Běžně se nazývá abstinenčním syndromem a je typický mnoha nepříjemnými následky. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015)

2.4 Diagnóza F 20 schizofrenie

Autor Anders (2011) popisuje, že: „Pod pojmem schizofrenie (množné číslo) rozumíme skupinu závažných duševních nemocí, jejichž společným znakem je výrazné a charakteristické narušení myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá“ (Anders, 2011, s. 81).

V PNP se s různými formami tohoto onemocnění obvykle setkáváme v akutní formě, kdy se k nám pacient může chovat agresivně, případně nás přímo fyzicky ohrožovat. (Raboch, Herle, 2011)

Nejtypičtější příznaky schizofrenie lze obecně shrnout do čtyř skupin. Z oblasti poruch vnímání jsou to typicky halucinace, zejména hlasové. Změny v myšlení charakterizují bludy. Ze skupiny emočních problémů je to buď přímo nedostatek emocí, nebo naopak přílišné vzrušení. Poruchy chování zahrnují nepřeborné množství potíží, zejména nedostatek motivace a nezáměr o jakoukoli činnost. (Orel, 2012)

Orel (2012) uvádí: „Příznaky se často dělí na pozitivní – nadměrně nebo zkresleně vyjádřené funkce (kdy je „něco navíc“ – patří sem např. bludy a halucinace) a negativní – oslabení nebo ztráta funkcí (kdy je „něčeho méně“ – řadíme sem emoční oploštělost, apatii apod.). Negativní příznaky jsou zpravidla hůře léčebně ovlivnitelné“ (Orel, 2012, s. 115).

Autoři Svoboda, Češková a Kučerová (2015) uvádějí následující formy schizofrenie:

- **Paranoidní schizofrenie** je typická halucinacemi a bludy, zejména paranoidními. Ostatní symptomy se nevyskytují tak často. Je poměrně snadno rozpoznatelnou a nejobvyklejší formou onemocnění.

- **Hebefrenní schizofrenie** se projevuje zejména neadekvátním chováním. Tato forma nám může u jedince nejprve připadat jako přehnané pubertální chování. Obzvláště nebezpečná je, pro toto onemocnění typická, ztráta zábran a nezodpovědnost.
- **Katatonní schizofrenii** nejvíce vystihují změny v oblasti pohybů. Pohybová aktivita je patologicky zvýšená, nicméně je v takovém případě obvykle neúčelná, nebo naopak snižena, a to někdy až do stavů naprosté nehybnosti.
- V případě **simplexní schizofrenie** se postižený uzavírá do vlastního světa a jen v malé míře reaguje na své okolí.

Bludy jsou velmi vážným psychotickým problémem, pacient si není schopen uvědomit, že to, co považuje za realitu, není pravda, tuto situaci mu nelze vymluvit a blud zcela ovlivňuje jeho chování. (Kučerová, 2013)

Pokud se jasně projevily příznaky svědčící pro schizofrenii, nicméně nemůžeme s jistotou říct, do které skupiny patří, hovoříme o **nediferencované schizofrenii**. **Reziduální schizofrenie** je zbytkový soubor příznaků, který u pacienta přetrvává po již proběhlém onemocnění. (Orel, 2012)

Pokud pracujeme s takovými pacienty, nesmíme se v rámci rozhovoru snažit interpretovat jejich situaci a přesvědčovat je, že jejich vnímání je mylné, protože se nám pacient začne uzavírat a chovat se vůči nám nepřátelsky. (McWilliams, 2015)

2.5 F 30 – F 39 afektivní poruchy

Vágnerová (2014) uvádí: *„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační potíže a sociální selhávání“* (Vágnerová, 2014, s. 351).

Afektivní poruchy jsou tedy poruchy nálady, projevující se jako depresivní nebo manické stavy a jejich kombinace. Někteří z nich zažijí během svého života zhruba čtvrtina lidí. Nejčastěji to bývá deprese. (Raboch, Herle, 2011)

Dle Orla (2012) afektivní poruchy ovlivňují člověka ve všech oblastech života. Narušují jeho úsudek, pozornost a chování. Následně uvádí tyto fáze afektivních poruch:

- **Manická fáze** je charakteristická naprosto neadekvátně dobrou náladou. Jedinec je euforický, nadšený a přehnaně optimistický. Člověk v manické fázi je velmi kamarádský, vstřícný, flirtuje, hodně navazuje kontakty včetně těch sexuálních. Rád na sebe strhává pozornost okolí. Je velmi aktivní, zabývá se najednou mnoha činnostmi a nápady, nicméně je obvykle nedokončí. Svou přehnanou aktivitou až obtěžuje lidi ve svém okolí. Zrychluje se mu myšlení, avšak na úkor soustředění a udržení pozornosti. V této fázi se také člověk necítí unavený a nemá velkou potřebu spánku. Obvykle u nemocného dochází k získání nepřiměřeného sebevědomí, ztrátě studu a zábran. Důsledky takového chování mohou být pro jedince velice vážné a mohou jej dostat do mnoha nebezpečných situací. V manické fázi si ovšem člověk není schopen tato rizika uvědomit. Proto je vhodná hospitalizace na psychiatrickém oddělení.
- **Hypománie** je typická nadprůměrnou náladou nejméně čtyři dny, nicméně člověk je ještě schopen své chování ovlivňovat.
- **Deprese** je doprovázena pocitem smutku, ztrátou motivace a zájmů nejméně po dva týdny. Nejhorší bývá tento stav po ránu. V depresivní fázi klesá výkonnost člověka a zhoršují se jeho kognitivní funkce. Nemocný nemá chuť k jídlu, trpí poruchami spánku, není schopen se z něčeho těšit. Jeho tělesná aktivita je snižena, je neklidný. Nevyhledává společnost, nestará se o sebe, může trpět bludy až halucinacemi. Situace se může nemocnému jevit jako natolik nezvladatelná, že jej vede až k suicidálnímu jednání.

Dle Vágnerové (2014) depresivními poruchami trpí něco mezi deseti a dvaceti procenty populace. V zemích, kde je během celého roku hodně slunce a tepla, mají tyto poruchy menší zastoupení.

Bipolární afektivní porucha se projevuje střídáním manických a depresivních fází, obvykle v poměru 1:3. Někdy se objevují stavy smíšené, a to s prvky depresivní i manické fáze. Postihuje okolo 3 % populace a objevuje se u mladých lidí, obvykle ještě před 30. rokem věku. (Vágnerová, 2014)

2.6 F 40 – F 41 neurotické poruchy – úzkostné stavy, fobie

Autorka Vágnerová (2014) vysvětluje: *„Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhrcozenými akutními atakami nebo iracionálním a vystupňovaným strachem“* (Vágnerová, 2014, s. 375).

Úzkostné poruchy jsou typické pocity, které zahrnují ohrožení, obavy a strach. Tyto pocity ale nejsou na žádném reálném podkladě. Projevují se buď dlouhodobě, nebo jako záchvaty trvající od minut po celé dny. Zároveň je i intenzita úzkosti různorodá. (Orel, 2012)

V návaznosti na výše uvedené autor Orel (2012) uvádí: *„Spontánní úzkost se objevuje bez zjevné příčiny. Situační úzkost je vázána na určité okolnosti. Anticipační úzkost je spojena s očekáváním ohrožení nebo při myšlenkách na určitou situaci“* (Orel, 2012, s. 142).

V situaci, kdy člověk prožívá úzkost, se projeví také stresová reakce, kterou doprovází typické tělesné změny. U jedince se vyskytne tachykardie, člověk je opocení, bledý. Začne se třást, má sucho v ústech, cítí mravenčení nebo brnění končetin a podobně. Úzkost je pro nás v určitém směru pozitivním jevem, pomáhá

nám se soustředěním, mobilizuje naše síly, díky ní se můžeme vyhnout potížím. Nicméně pokud se objevuje často, po dlouhou dobu a s velkou intenzitou, stává se pro nás velkou zátěží. Vznik úzkostných poruch bývá následkem nevhodné strategie zvládnání stresu nebo následkem krizových traumatizujících situací v minulosti. (Raboch, Herle, 2011)

Fobické úzkostné poruchy (fobie) jsou typické naprosto nelogickým a nadměrným strachem ze situací, činností nebo věcí, které nejsou z objektivního hlediska pro člověka žádnou hrozbou. Člověk si obvykle plně uvědomuje svou nepřiměřenou reakci, není ovšem schopen tomu zabránit, prožívá anticipační úzkost. Vyhýbá se vědomě situacím a místům, kde by byl nucen své fobii čelit. Reakce na podněty může být velmi různorodá. (Vágnerová, 2014)

Fobické poruchy můžeme rozdělit na tři typy. Prvním je **agorafobie**, což je v podstatě strach z velkých, otevřených nebo uzavřených prostor. Pro člověka trpícího touto fobií je často téměř nemožné vyjít z bytu. Druhým typem je **sociální fobie**. Jak název napovídá, je to v podstatě strach vyplývající z jednotlivých každodenních sociálních situací a kontaktů s cizími lidmi. Lidé trpící touto poruchou neradi vyhledávají společnost, nechtějí být v centru pozornosti. Jsou přesvědčeni, že je ostatní zkritizují nebo se jim vysmějí. Obvykle se začíná projevat v dospívání a na člověku často bývá vidět. Posledním typem jsou takzvané **specifické** nebo **prosté fobie**. Ty jsou zaměřené na konkrétní věc či situaci. Obvykle vznikají na základě předchozí stresující situace. Rozšířený je například strach z pavouků (arachnofobie) nebo klaustrofobie (strach z těsných prostor). Mohou mít nespočet různých forem. Nejčastěji se tyto fobie začínají objevovat v dětství a v některých případech později samy vymizí. (Vágnerová, 2014; Raboch, Herle, 2011)

Panická úzkostná ataka je typická opakovanými silnými záchvaty úzkosti, které trvají v řádu minut a samy odezní. Tato porucha nevzniká na podkladě žádné objektivní příčiny nebo jasného podnětu. Člověk nebývá zcela schopen předpovědět, že přijde. Po jejím odeznění se obává další. Nemoc se může projevit pouze jednou epizodou nebo opakovaně. Panická porucha je doprovázena významnými fyzickými obtížemi, jako je tachykardie a palpitace (bušení srdce), vertigo (závrať), nauzea (nevolnost, pocit na zvracení), hyperventilace a pocit dušnosti. Člověk se významně opotí, třese se. Lidé si často v těchto případech volají zdravotnickou záchrannou službu ze strachu, že právě prodělávají například infarkt. (Vágnerová, 2014)

Generalizovanou úzkostnou poruchu si můžeme představit jako neustálou úzkost trvající delší dobu, kterou nezpůsobuje jeden konkrétní objekt či situace. Člověk není schopen myslet na nic jiného a narušuje se mu tak jeho každodenní život. Opět se objevují fyzické obtíže podobně jako u panické poruchy. (Orel, 2012)

Jako poslední patří do této skupiny **smíšená úzkostná a depresivní porucha**, která kombinuje úzkost s depresí, z nichž ani jedna nepřevažuje natolik, aby byla poruchou samostatnou. (Orel, 2012)

2.7 Diagnóza F 84 autismus

Diagnózy F 80 – F 89 zachycují poruchy psychického vývoje, kód F 84 konkrétně **pervazivní vývojové poruchy**, do nichž se řadí různé formy autismu. (Orel, 2012)

Dnes se autismus považuje za neurobiologické postižení, jehož nejčastější formou je **dětský autismus**. Ten se projevuje již v útlém dětství a pokračuje do dospělosti. (Šporclová, 2018)

Jak uvádí Orel (2012) zhruba pětina jedinců, trpících tímto onemocněním, je schopna se o sebe postarat v dospělosti, zbytek je závislý na pomoci okolí.

Další z pervazivních vývojových poruch je **Rettův syndrom**. Dítě z počátku prochází fyziologickým vývojem, následně dojde k velkým změnám až ztrátě předtím získaných dovedností. Roku v ruce s tím jde epilepsie, dochází ke zpomalenému růstu hlavy. Jedinci trpící **Aspergerovým syndromem** se projevují méně výrazně a mají větší naději začlenění do běžného života. Jde nadneseně řečeno o lehčí formu dětského autismu. (Orel, 2012)

Autismus je poruchou všech oblastí psychiky. Nemocní mají obtíže v oblasti navazování vztahů, komunikace s lidmi, rozlišení situací a k nim adekvátního chování. Neverbální komunikace je pro ně často zcela nepochopitelná. Nerozumí vtipům, sarkasmu a ani je sami neumí používat. Většina autismem trpících lidí je zároveň postižena i mentální retardací, pouze zhruba čtvrtina z nich má nadprůměrné IQ. Důležité je pro ně stereotypní opakování běžně zavedených činností, výchyly z normy je velice rozrušují. Od svých vrstevníků se tyto děti liší i ve vývoji řeči, nemají potřebu se přátelit ani navazovat vztahy. (Vágnerová, 2014)

2.8 Agresivita a agresivní pacient

Autorka Látalová (2013) uvádí všeobecně využívanou Moyerovu definici z roku 1976: „Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu“ (Látalová, 2013, s. 16).

Agresivní chování je charakteristické úmyslem, vědomým cílem, který lze na osobě zpozorovat. Dělíme jej podle tří typů. V případě **impulzivní agrese** psychiatrický pacient koná, protože nemá zábrany. Například na povel od své

halucinace jednají nemocní v rámci **psychotické agresivity**. Pokud čin plánují a chtějí tím naplnit svou potřebu, jedná se o **instrumentální agresi**. (Látalová, 2009)

Agresivní chování psychiatrického pacienta je způsobeno akutními obtížemi spojenými s celou řadou psychiatrických poruch. Vždy bychom se měli snažit pacienta uklidnit, případně, pokud to nelze, zahájit farmakologickou léčbu. Často bývá téměř nemožné od těchto pacientů odebrat anamnézu. První kontakt s agresivním pacientem bychom měli vést verbálně. Vždy budeme stát k pacientovi čelem, vyvarujeme se dlouhých pohledů do očí, které jsou od nás projevem agrese. Nesnažíme se pacientovi vyvracet jeho bludy. Pokud vede psychiatrické onemocnění u pacienta k agresivitě, která ohrožuje jeho nebo jeho okolí, musí být hospitalizován na psychiatrickém oddělení. V takových případech bývá zapotřebí asistence policie. (Raboch, Herle, 2011)

2.9 Krizová komunikace

Podle autora Vymětala (2009) je krizová komunikace: *„Výměna informací mezi odpovědnými autoritami, organizacemi, médii, jednotlivci a skupinami před mimořádnou událostí, v jejím průběhu a po jejím skončení“* (Vymětal, 2009, s. 16).

V rámci interakce zdravotnického pracovníka s pacientem Hofboll et al. (2007) doporučují využívat tyto prvky krizové komunikace:

- podpora pocitu bezpečí,
- uklidňování,
- podpora jedince i kolektivu,
- sounáležitost,
- naděje.

Autorky Ralbovská a Knezović (2010) doporučují, aby se v rámci krizové komunikace všechny složky naší komunikace sobě rovnaly. Dle jejich názoru je zapotřebí dát pacientovi empaticky najevo, že nás situace zajímá, že máme pochopení pro to, co se právě děje a jsme připraveni pacientovi v dané situaci poskytnout adekvátní odbornou pomoc. A to všechno s ohledem na jeho akutní zdravotní i momentální duševní stav. Hlídáme si přílišné projevy našich vlastních emocí, neomezujeme je ale u pacienta, protože mu pomáhají situaci překlenout. Snažíme se o empatické a aktivní naslouchání. Nemocnému pokládáme jednoduché otevřené otázky, které napomáhají zapředení rozhovoru. Ve vhodných chvílích využíváme i přestávky v hovoru.

Snažíme se o uklidnění napjaté situace a odstranění vlivů z okolí, které mohou pacienta z jeho pohledu ohrožovat. Jednáme v klidu, nesnažíme se mu jeho potíže vymlouvat. (Praško, Látalová, 2015)

Autor Vymětal (2009) doporučuje, aby byl projev zdravotnického pracovníka klidný a vyrovnaný. Měl by se vyjadřovat jasně, mluvit spíše pomaleji a nekritizovat pacienta. Situaci, ve které se jedinec nachází, bychom neměli zlehčovat nebo se snažit mít nad pacientem „navrch“. Výše uvedený autor pro případ krizové komunikace jmenuje například tyto věty: „*Chápu, jak se cítíte. Buďte ráda, že jste přežila. Uklidněte se!*“ jako nevhodné a zraňující, naopak vhodné jsou věty typu: „*Je mi líto, co se stalo. Musí to být velmi těžké. To je v pořádku, každý by měl v takové situaci mnoho emocí ...*“

Autorka Ralbovská (2017) uvádí že: „*V procesu krizové komunikace se musí aktivně uplatňovat prvky prosociálnosti, empatie a umění vyjadřovat pokoru. I když jsou zdravotničtí pracovníci sami pod vlivem stresu, musí vystupovat jednoznačně a strukturovaně. Informace poskytují jasně, stručně, srozumitelně a dodržují pomalejší řečové tempo. Vyhýbají se zejména verbální agresivitě a jsou si vědomi tzv. spirálového posilování agresivity, kdy každý podporuje agresivitu svého protějšku*“ (Ralbovská, 2017, s. 293).

2.10 První psychická pomoc a psychosociální pomoc

V typové činnosti 12/IZS při poskytování psychosociální pomoci nalezneme definice první psychické pomoci, kroky první psychické pomoci, krizovou intervenci a rovněž všechny aspekty poskytování psychosociální pomoci zasaženým osobám při mimořádné události. Všechny doporučené postupy je vhodné použít při interakci se zasaženou osobou v rámci krizové komunikace. (STČ 12/IZS, 2015)

Krizová intervence je v STČ 12/IZS (2015) definována jako: „pomoc zasažené osobě, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující, většinou se objevující náhle, nečekaně“ (STČ 12/IZS, 2015).

První psychická pomoc je v STČ 12/IZS (2015) definována jako: „soubor jednoduchých postupů, jejichž cílem je stabilizace psychického stavu tak, aby se situace pro zasaženého již nezhoršovala, zajištění základních lidských potřeb včetně podpory pocitu bezpečí a předání do další péče“ (STČ 12/IZS, 2015).

Mezi kroky první psychické pomoci dle STČ 12/IZS (2015) řadíme:

1. **Navaz kontakt.** Najdi odvahu zasaženou osobu oslovit - „Jsem hasič ... Stalo se ... Jak se jmenujete?“ atd. Ujisti, dodej pocit bezpečí - „Nebojte se, jsem u Vás, budu potřebovat Vaši spolupráci, ...“
2. **Zjistí zdravotní stav.** „Jste zraněný?“ Ošetři nebo ošetření zprostředkuj! „Slyšíte mě? Bolí Vás něco? Víte, co se stalo? ...“
3. **Chraň soukromí - dbej na důstojnost.** Chraň zasaženou osobu před zvědavci, případně před médii.
4. **Informuj, co se děje, a naslouchej. Podávej reálné informace.** Např.: „Jsem tu proto ...; Bude se dít ...; Lékař je na cestě. Teď uslyšíte ránu, protože ...“ Vyslechni. Podpoř. Vyhni se frázím. Mluv jednoduše, v krátkých větách.

5. **Zjišťuj a zajišťuj základní potřeby.**

Zajisti základní potřeby - pět T: teplo, ticho, tekutiny, transport, tišící prostředky.

Rovněž o dospělého pečuj jako o dítě.

Pil? Byl na záchodě? Je mu dost teplo? Nabídni přikrývku.

Je někdo s ním? Postrádá někoho?

Má se o co opřít? Posad', podepři, opři, hledej opatrně tělesný kontakt.

Má se kde umýt? Zajisti.

6. **Hlídej bezpečí.** Odveď ho, je-li mu místo nebezpečné nebo nepříjemné. (Využij váš automobil nebo pomoc lidí v okolí).

Zabraň pohybu, je-li pro něj nebezpečný. Jinak se můžeš pohybovat s ním.

Dbej na vlastní bezpečí.

7. **Řeš situaci tady a teď, případně bezprostřední následující kroky, nehledej dlouhodobá řešení.**

V případě, že je to potřeba, vyšle zdravotnické operační středisko ZZS (ZOS ZZS) na místo mimořádné události **krizového intervenanta**. Nesmíme zapomínat také na fakt, že první psychickou pomoc mohou potřebovat i blízcí pacienta nebo svědci události. (STČ 12/IZS, 2015)

2.11 První pomoc v PNP

V rámci přednemocniční péče je ošetrovatelská péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou specifická. V případě, že je potřeba intervence zdravotnické záchranné služby z důvodu nějakého onemocnění či úrazu, který přímo nesouvisí s psychiatrickou diagnózou, musíme mít na zřeteli specifika jednotlivých poruch a podle toho s pacienty jednat. V případě, že se jedná o ataku psychiatrického onemocnění, musíme dobře zvážit situaci. Vždy bychom si měli prohlédnout místo, na kterém se nacházíme, a měli bychom dbát na své bezpečí.

Důležité je stanovit si, zda bude stačit s nemocným zavést rozhovor v rámci krizové komunikace nebo bude třeba podat nějaká léčiva. Dále pak, jestli stav pacienta vyžaduje hospitalizaci. (Raboch, Herle, 2011)

Jak už jsme napsali výše, v rámci rozhovoru si musíme dát pozor jak na verbální, tak i neverbální stránku komunikace. I přes to, že by pacient nevypadal, že nás vnímá, musíme předpokládat, že plně rozumí. (Vymětal, 2003)

Stejně jako u ostatních pacientů, je u těch s psychiatrickou diagnózou velice důležité co nejlépe odebrat anamnézu. Samozřejmě je situace snazší, když s námi pacient spolupracuje. V takovém případě pomocí rozhovoru, jehož pravidla jsme popsali v předchozí kapitole, vytěžíme od pacienta co nejvíce informací a můžeme pokračovat ve vyšetření. To nám následně umožní určit pravděpodobnou diagnózu a následný terapeutický postup. V případě nespolupracujícího pacienta musíme využít pouze vlastního pozorování a alespoň k nějakým anamnestickým datům se postupně dostaneme snahou zapříst rozhovor. (Papežová a kol., 2014)

Jak uvádí Pavlovský (2014, s. 19), v rámci farmakoterapie využíváme zejména antipsychotika, například tiapridal 100 - 200 mg i. m., jako anxiolytikum často volíme diazepam 10 - 20 mg i. m. V některých případech můžeme volit podání per os.

Pokud je pacient navíc agresivní, musíme často požádat o asistenci policie nebo využít různých omezovacích prostředků, což musí být vždy pečlivě uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. (Papežová a kol., 2014)

3 CÍL PRÁCE

3.1 Cíle

Naším **prvním cílem** je přinést v teoretické části bakalářské práce ucelený náhled na problematiku poskytování přednemocniční neodkladné péče, rovněž i ošetrovatelské péče, u pacientů s psychiatrickou diagnózou na základě analýzy odborné literatury.

Druhým cílem je provést statistickou analýzu výsledků anonymního dotazníkového šetření na podkladě získaných dat z validně vyplněných dotazníků a následně realizovat komparaci námi dosažených výsledků s výsledky jiných výzkumníků.

Jako **třetí cíl** jsme zvolili potvrzení nebo vyvrácení níže naformulovaných hypotéz.

Čtvrtým cílem je zjistit frekvenci výskytu poskytování péče psychiatrickým pacientům a rovněž i nejčastější diagnózy, se kterými se setkávají.

Pátý cíl je zjistit, jakým způsobem byli respondenti edukováni o možnostech realizace komunikace s pacientem s psychiatrickou diagnózou a také, zda takto získané informace považují za užitečné pro vykonávání svého povolání.

3.2 Hypotézy

V bakalářské práci jsme naformulovali tyto hypotézy.

Hypotéza 1 Předpokládáme, že více než 75 % respondentů uvede jako jedno z největších úskalí ošetrovatelské péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou variantu odpovědi – obtížná komunikace a nespolupráce pacienta.

Hypotéza 2 Předpokládáme, že více než 75 % respondentů (z těch, kteří odpovídali na otázku 15) uvede variantu odpovědi 4 nebo 5.

Hypotéza 3 Předpokládáme, že u více než 50 % respondentů lze vysledovat výrazný zájem o vytvoření obecných postupů pro péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou poruchou.

4 METODIKA

4.1 Popis výzkumného šetření

Pro potřeby bakalářské práce jsme využili kvantitativní výzkumné metody, a to anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dotazník je přílohou bakalářské práce číslo 1. Tuto metodu jsme zvolili, jelikož je vhodná k oslovení velké skupiny zdravotnických záchranářů. Šetření jsme ukončili 13. 4. 2019.

4.2 Stanovení výzkumného vzorku

Respondenti byli vybíráni z řad pracovníků zdravotnické záchranné služby a urgentního příjmu v České republice. V rámci šetření jsme získali 109 validně vyplněných dotazníků.

Všem respondentům byl anonymní dotazník distribuován pomocí odkazu na jeho elektronickou verzi umístěnou na webové stránce (www.surveymonkey.com).

4.3 Výzkumný nástroj

V bakalářské práci jsme použili nestandardizovaný anonymní dotazník, skládající se ze dvou částí. Otázky byly uzpůsobeny tak, aby navazovaly na zvolené cíle práce a formulované hypotézy.

V první části dotazníku jsme zjišťovali anamnestické údaje. V rámci 4 otázek jsme se zaměřili na zjištění pohlaví jednotlivých respondentů, jejich dosaženého vzdělání, délky praxe a pracovního zařazení.

Druhá část dotazníku se ve čtrnácti otázkách zabývala množstvím ošetřovaných pacientů s psychiatrickou diagnózou a nejčastějšími diagnózami, se kterými se zdravotničtí záchranáři setkávají, a dále pak problémy v oblasti ošetrovatelské péče a komunikace s těmito pacienty.

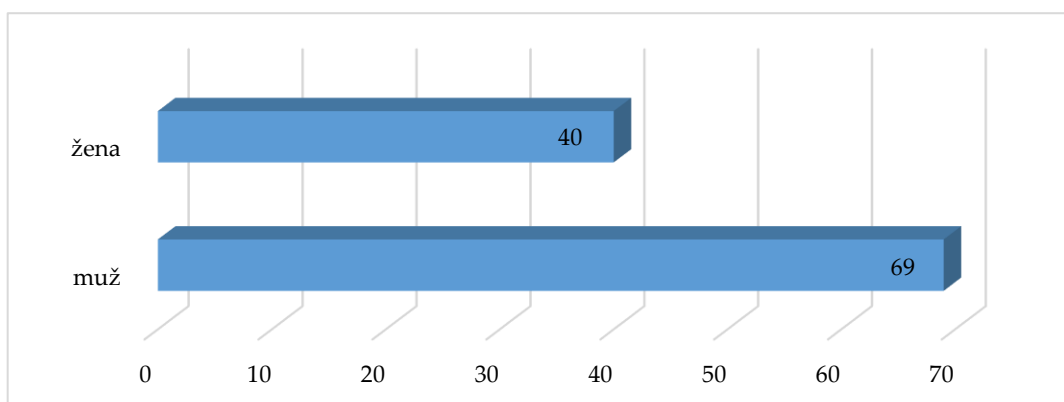
Námi získané výsledky jsme podrobili analýze a následně jsme výsledky získané pomocí jednotlivých otázek přehledně zpracovali do podoby grafů.

5 VÝSLEDKY

5.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena muž

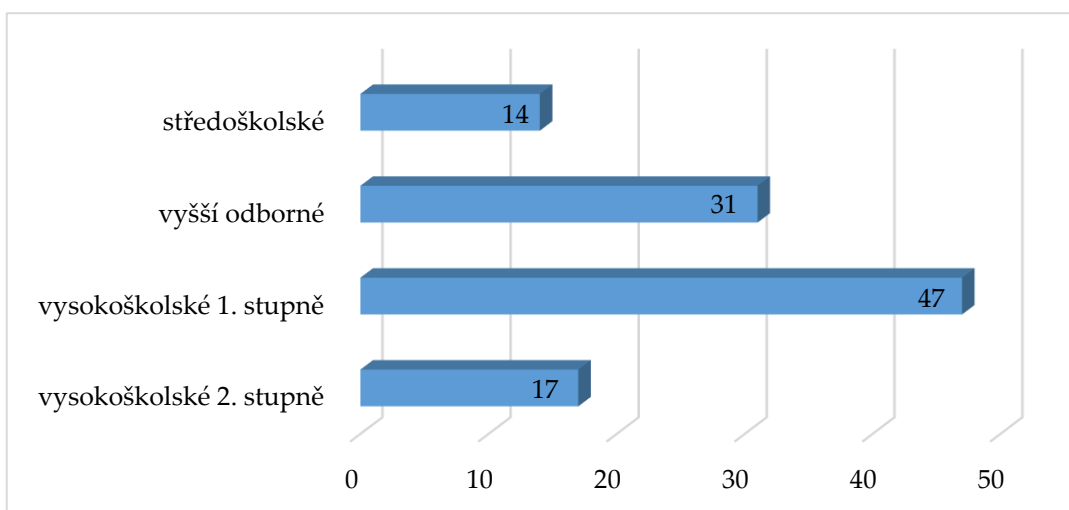


Obr. 1 – Pohlaví respondentů

Mezi respondenty bylo 40 žen a 69 mužů.

2. Jaké je nejvyšší Vámi dosažené vzdělání?

- středoškolské vyšší odborné
 vysokoškolské 1. stupně vysokoškolské 2. stupně

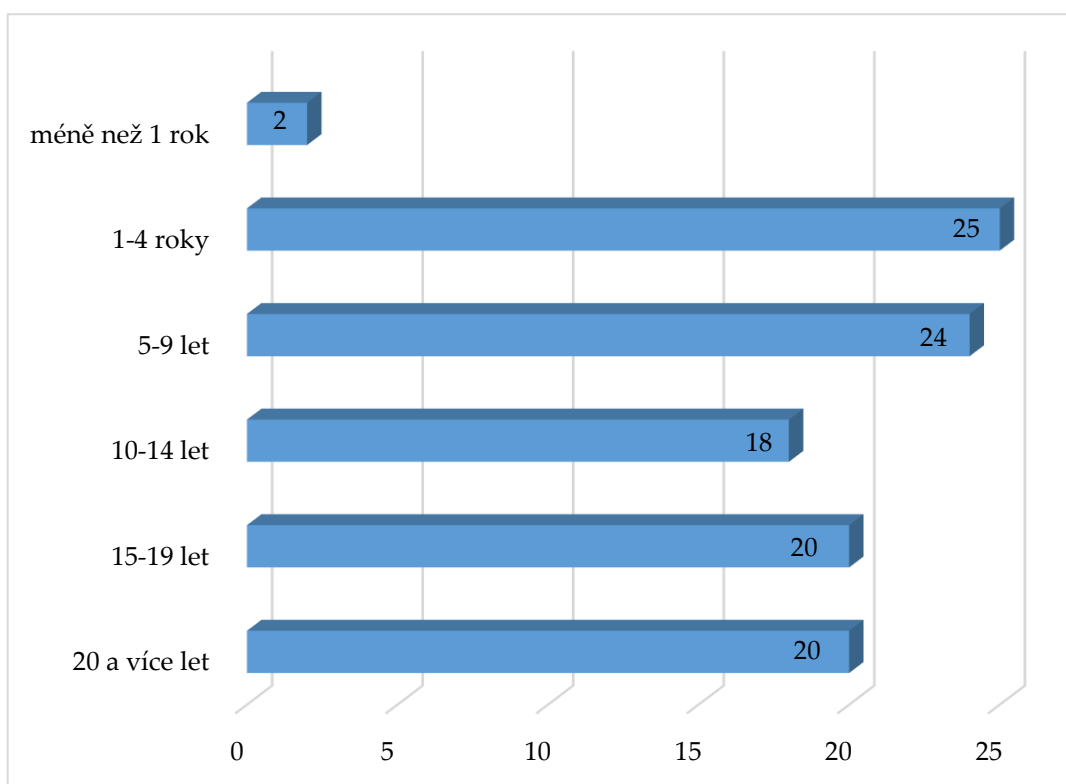


Obr. 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 15,6 % respondentů vysokoškolské 2. stupně, 43,1 % vysokoškolské 1. stupně, 28,4 % vyšší odborné a 12,8 % středoškolské.

3. Kolik let pracujete u ZZS nebo na urgentním příjmu?

- méně než 1 rok
- 1-4 roky
- 5-9 let
- 10-14 let
- 15-19 let
- 20 a více let

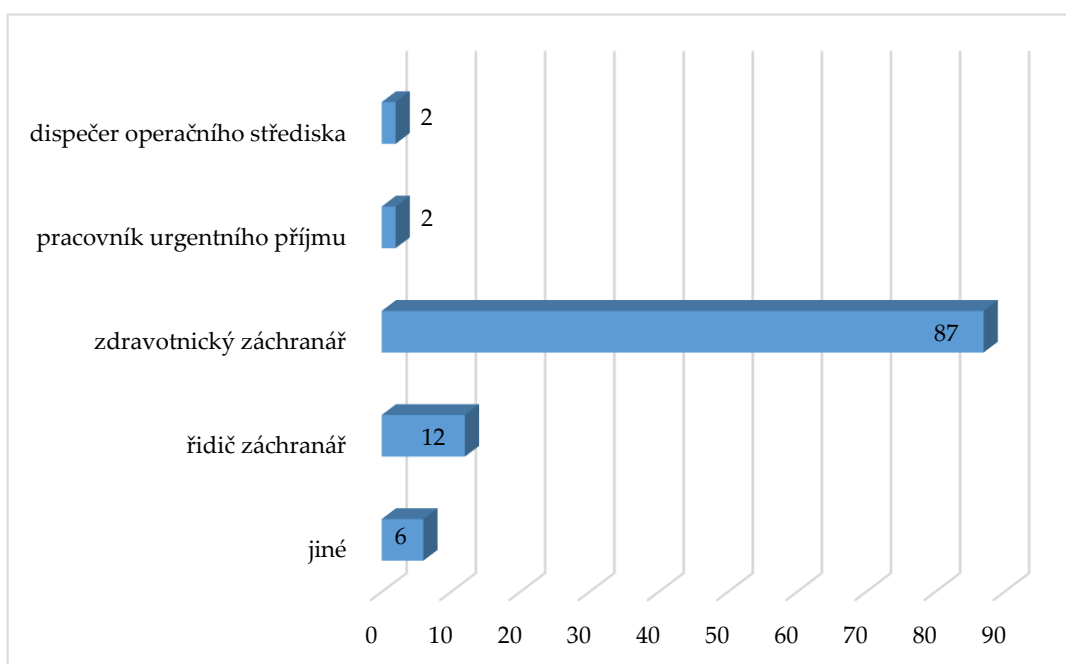


Obr. 3 - Délka praxe

Méně než rok pracuje u ZZS nebo na urgentním příjmu 1,8 % respondentů, 1-4 roky 22,9 %. Mezi pěti a devíti lety je to 22 %, mezi deseti a čtrnácti lety 16,5 % a patnáct až devatenáct let zvolilo jako odpověď 18,3 % respondentů. 20 a více let pak také 18,3 % respondentů.

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- dispečer zdravotnického operačního střediska
- pracovník urgentního příjmu
- zdravotnický záchranář
- řidič záchranář
- jiné (uveďte prosím jaké)

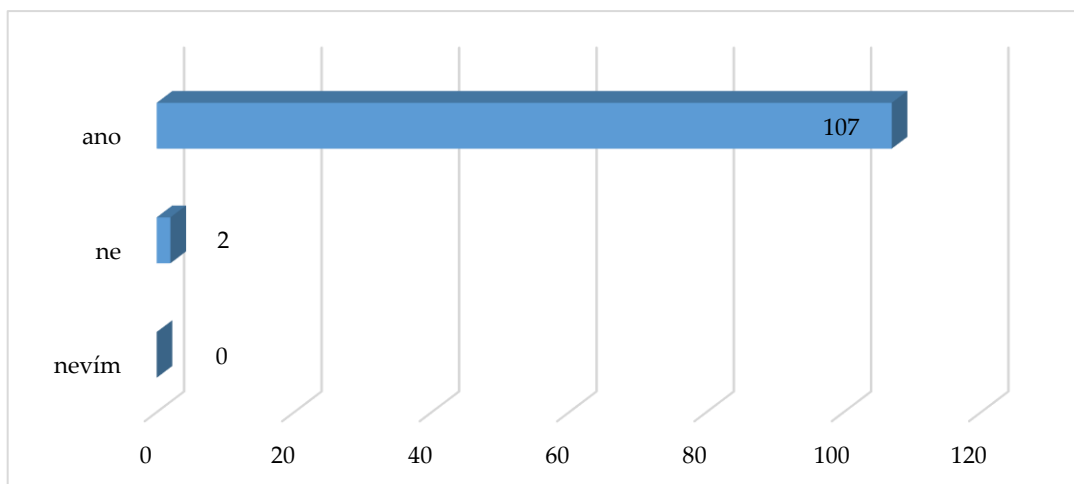


Obr. 4 - Pracovní zařazení

Většina respondentů (79,8 %) pracuje přímo na pozici zdravotnický záchranář. 11 % respondentů je z řad řidičů záchranářů. Dispečeri operačního střediska ZZS a pracovníci urgentního příjmu shodně zabírají 1,8 % dotazovaných. Šest respondentů (5,5 %) zvolilo odpověď jiné. Jako své pracovní zařazení 3 z nich uvedli lékař/lékařka, jeden respondent uvedl psycholog a 2 uvedli pozici sestra (jeden sestra ARIP ve výjezdu a druhý sestra specialistka).

5. Poskytoval/a jste v rámci výkonu Vašeho povolání přednemocniční neodkladnou péči pacientovi s psychiatrickou diagnózou?

- ano
- ne
- nevím

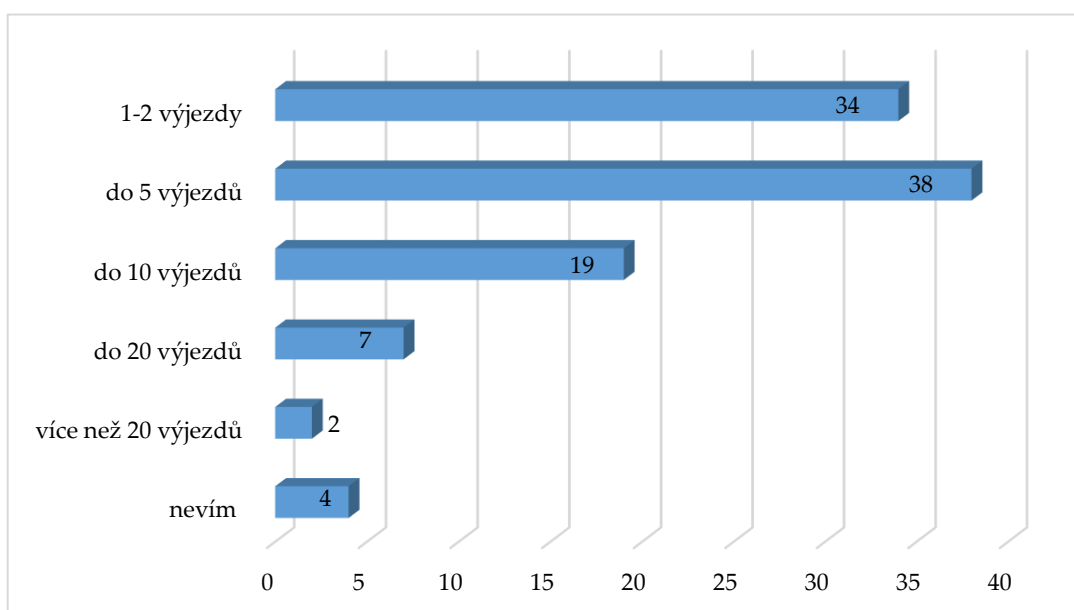


Obr. 5 - Poskytování péče pacientům s psychiatrickou diagnózou

Převážná většina respondentů (98,2 %) uvedla, že poskytovala ošetrovatelskou péči psychiatrickému pacientovi. Dva respondenti (1,8 %) uvedli, že neposkytovali. Žádný z dotazovaných nezvolil možnost nevím.

6. Pokud pracujete u ZZS, kolik máte během 1 měsíce průměrně výjezdů k pacientům s psychiatrickými diagnózami?

- 1-2 výjezdy
 do 5 výjezdů
 do 10 výjezdů
 do 20 výjezdů
 více než 20 výjezdů
 nevím

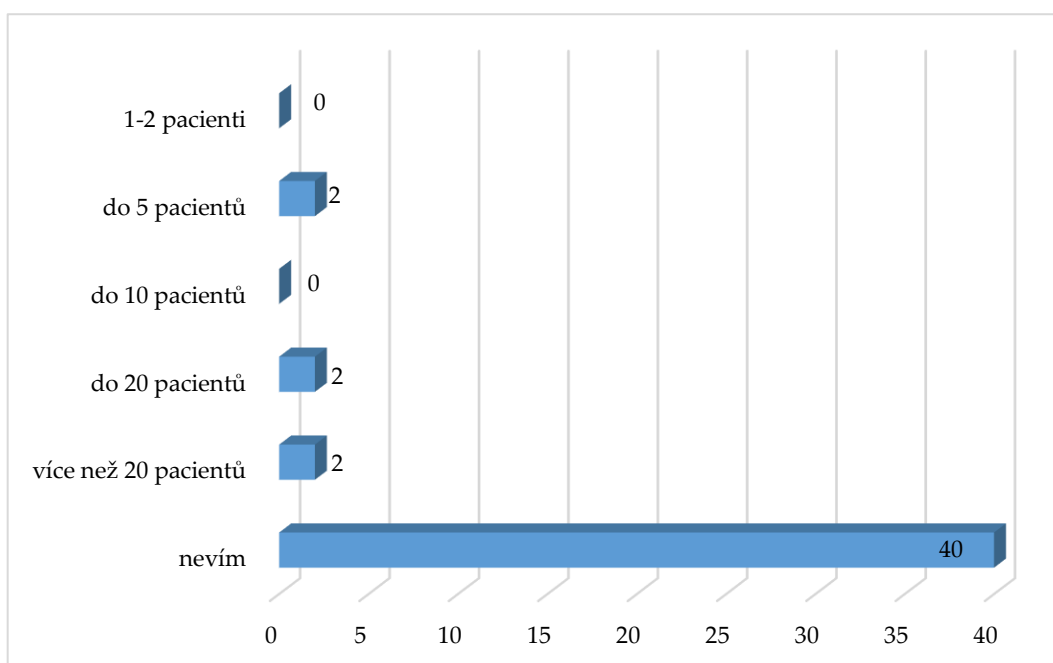


Obr. 6 - Počty výjezdů k pacientům s psychiatrickou diagnózou

Odpověď 1-2 výjezdy vybralo 32,7 % dotázaných, odpověď do 5 výjezdů 36,5 % a odpověď do 10 výjezdů 18,3 %. Možnost do 20 výjezdů vybralo 6,7 % respondentů, nad 20 výjezdů 1,9 % a možnost nevím zvolilo 3,8 %.

7. Pokud pracujete na urgentním příjmu, kolik máte během 1 měsíce průměrně pacientů s psychiatrickými diagnózami?

- 1-2 pacienti
- do 5 pacientů
- do 10 pacientů
- do 20 pacientů
- více než 20 pacientů
- nevím



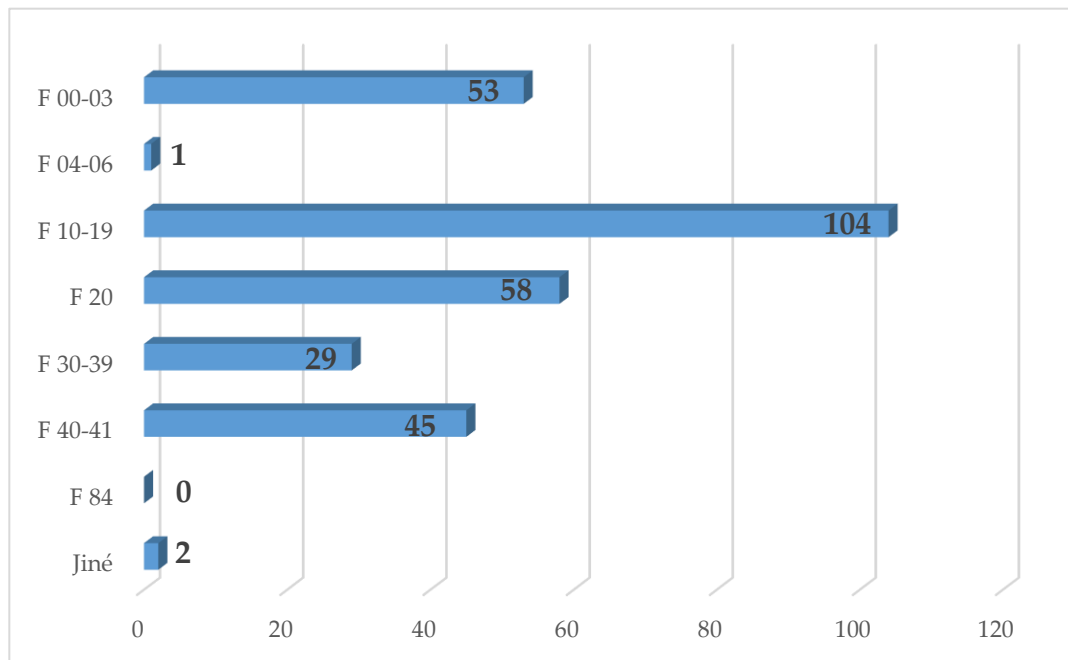
Obr. 7 - Počty pacientů s psychiatrickou diagnózou

Respondenti, kteří odpovídali i/nebo na tuto otázku, tedy ti, kdo mají alespoň částečný úvazek i na urgentním příjmu, převážně vybírali možnost nevím. Dva respondenti (4,3 %) zvolili možnost do pěti pacientů, dva do dvaceti pacientů a dva respondenti více než 20 pacientů.

8. S pacienty, s kterými psychiatrickými diagnózami se setkáváte nejčastěji?

- F 00-03 (s demencí)

- F 04-06 (s organickým amnestickým syndromem, deliriem – nezpůsobenými psychoaktivními látkami, poruchami způsobenými poškozením mozku)
- F 10-19 (s poruchami chování následkem intoxikace alkoholem, léky, psychoaktivní látkou – akutní intoxikace, škodlivé použití, odvykací stav, ...)
- F 20 (se schizofrenií)
- F 30-39 (s afektivní poruchou – poruchy nálady)
- F 40-41 (s neurotickými poruchami – úzkostnými stavy, fobiemi)
- F 84 (s autismem) s jinými (uveďte jakými)



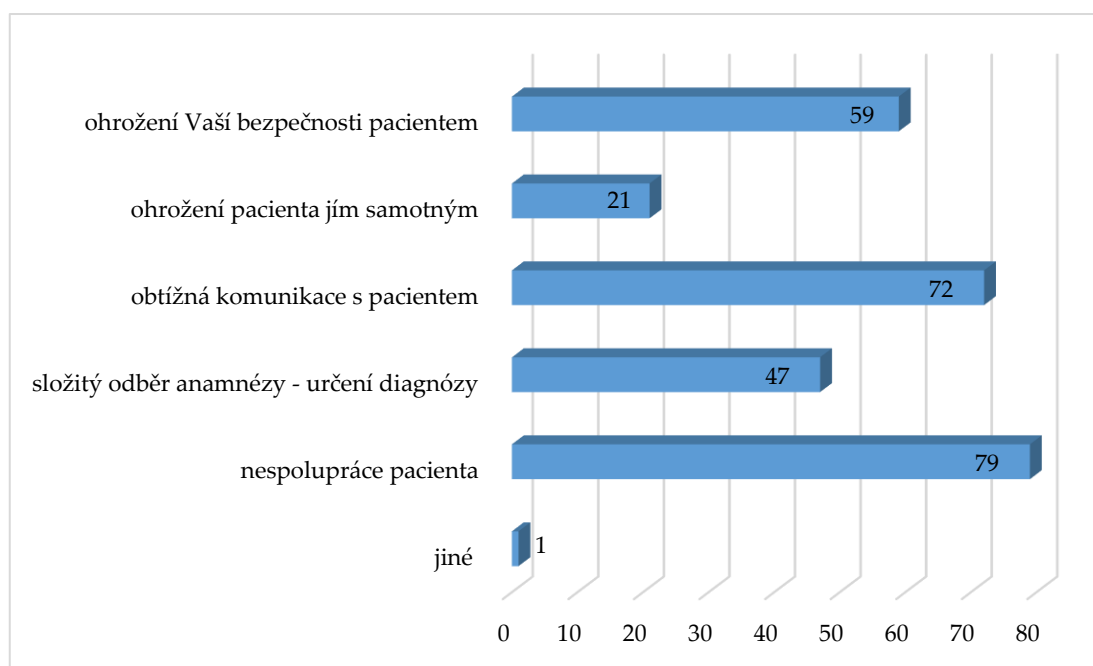
Obr. 8 - Nejčastější psychiatrické diagnózy

V této otázce měli respondenti vybírat právě čtyři nejčastější psychiatrické diagnózy, se kterými se setkávají. Největší zastoupení měla odpověď týkající se diagnóz F 10 – F 19, kterou zvolilo 95,4 % dotázaných. Možnost F 00 – F 03 vybralo 48,6 %, diagnózy F 04 – F 06 pouze 0,9 % (tedy jeden respondent), schizofrenii F 20 zaškrtnulo 53,2 %. Skupinu F 30 – F 39 označilo jako jednu z nejčastějších 26,6 % respondentů a skupinu F 40 – F 41 pak 41,3 %. Možnost F 84 (autismus)

nevyužil nikdo. Dva z dotazovaných zvolili možnost jiné a uvedli diagnózu F 43 (reakci na těžký stres a poruchy přizpůsobení), X 64 (úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky/léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení) a suicidální pokus.

9. Co vnímáte jako největší úskalí ošetrovatelské péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou?

- ohrožení Vaší bezpečnosti pacientem
- ohrožení pacienta jím samotným
- obtížná komunikace s pacientem
- složitý odběr anamnézy – určení diagnózy
- nespolupráce pacienta
- jiné (uved'te prosím jaké)



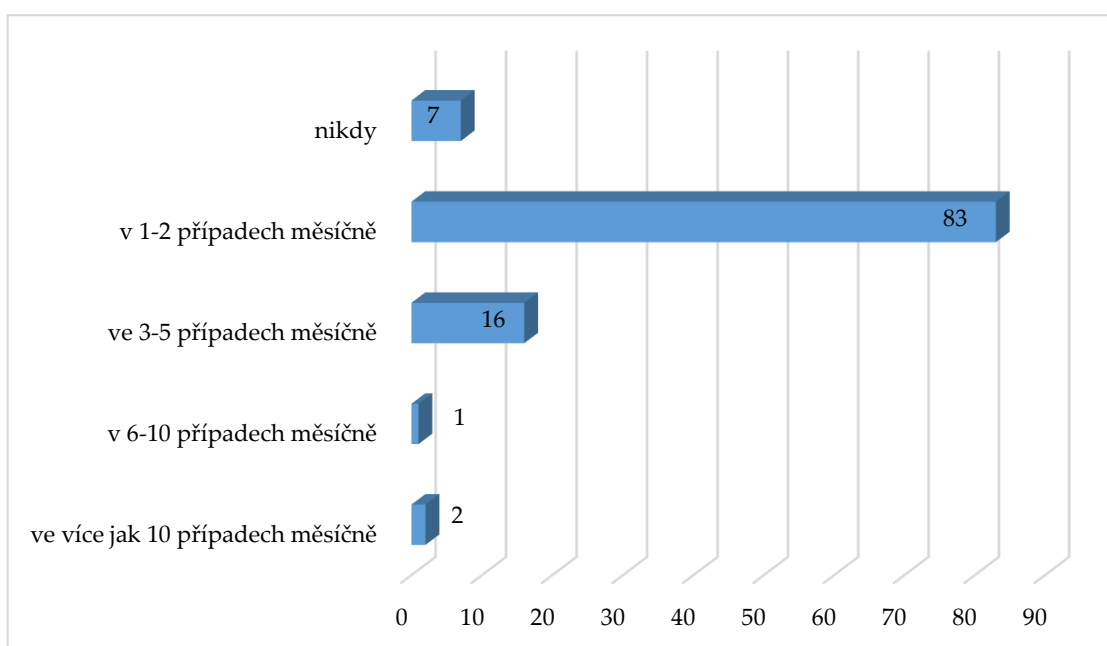
Obr. 9 - Největší úskalí péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou

V této otázce respondenti vybírali právě tři podle nich nejčastější úskalí ošetrovatelské péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou. 54,1 % z respondentů zvolilo jako jednu z možností ohrožení jejich bezpečnosti pacientem, dalších 19,3 %

pak ohrožení pacienta jím samotným. 66,1 % také vybralo možnost obtížná komunikace s pacientem, 43,1 % dotázaných využilo varianty odpovědi složitý odběr anamnézy a většina dotázaných (72,5 %) také jako velké úskalí vidí nespolupráci pacienta. 1 respondent (0,9 %) využil variantu jiné, kde uvedl jako problém výběr cílového zařízení, kde pacienta následně vyšetří.

10. Jak často je pacient s psychiatrickou diagnózou, se kterým se setkáte, agresivní?

- nikdy
- v 1-2 případech měsíčně
- v 3-5 případech měsíčně
- v 6-10 případech měsíčně
- ve více jak 10 případech měsíčně

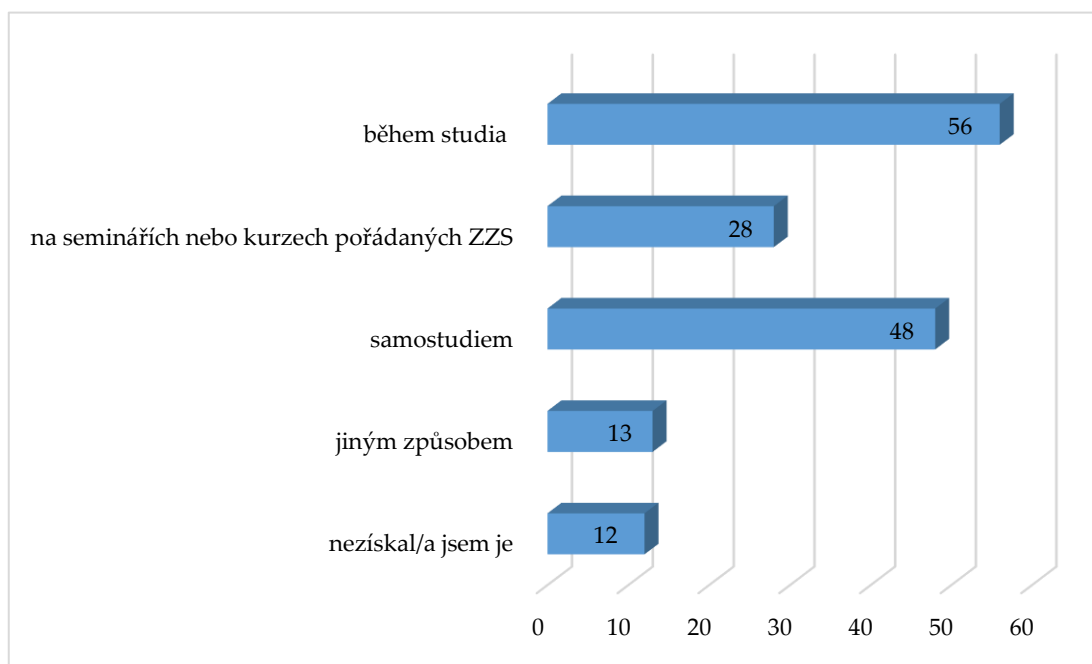


Obr. 10 - Případy, kdy je pacient s psychiatrickou diagnózou agresivní

Největší množství respondentů (76,1 %) se domnívá, že se setkává s agresivním pacientem průměrně v 1 až 2 případech měsíčně. Ve 3 až 5 případech měsíčně 14,7 % dotázaných, v 6 až 10 případech 0,9 % a ve více než 10 případech měsíčně 1,8 %. Nikdy se s agresivním psychiatrickým pacientem nesešlo 6,4 % respondentů.

11. Jakým způsobem jste získal/a informace, jak realizovat komunikaci při poskytování ošetrovatelské péče s pacientem s psychiatrickou diagnózou?

- během studia na SŠ/VOŠ/VŠ
- na seminářích nebo kurzech (či podobných akcích) pořádaných ZZS
- samostudiem
- jiným způsobem (uveďte prosím jakým.)
- nezískal/a jsem je

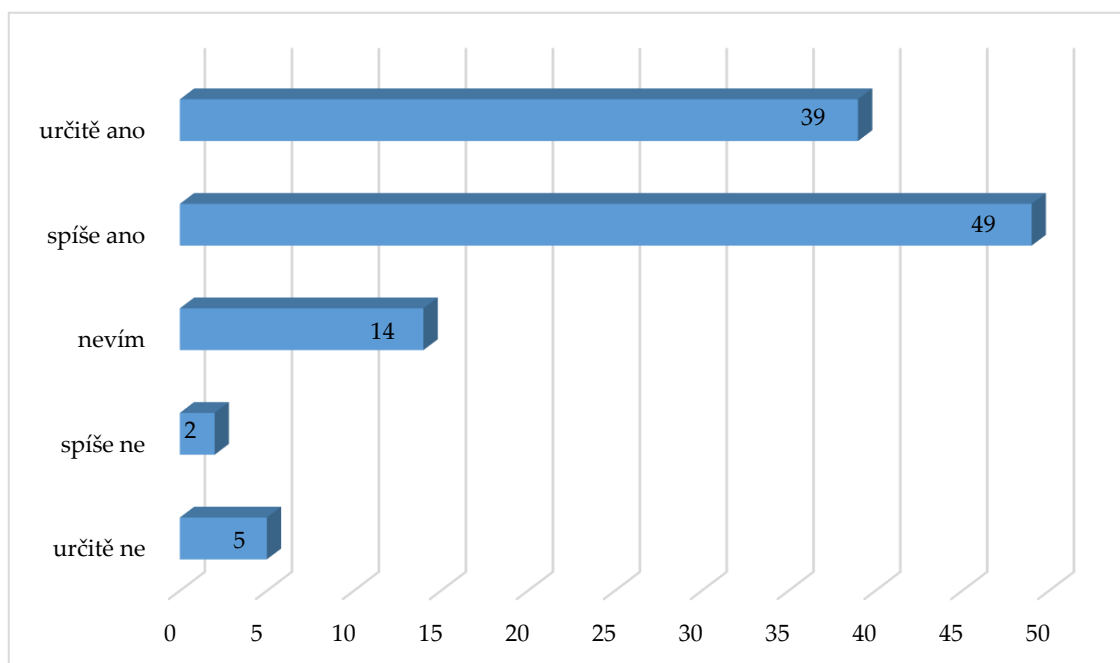


Obr. 11 - Způsoby získání informací o komunikaci s pacienty s psychiatrickou diagnózou

V této otázce mohli respondenti vybrat několik možností. 11 % dotázaných uvedlo, že potřebné informace nezískali (a zároveň tito respondenti nezvolili žádnou jinou možnost). Zbývajících 89 % respondentů zvolilo některou nebo některé z nabízených variant získání informací. 56 dotázaných získalo informace během svého studia. 28 respondentů si rozšířilo znalosti na seminářích nebo kurzech, samostudiem si potřebné informace opatřilo 48 osob, 13 informace obdrželo jiným způsobem. 9 z nich se domnívá, že informace získali praxí a získanými zkušenostmi, 2 od starších kolegů a 1 prací na psychiatrickém oddělení a v rámci zaměstnání jako intervent/PEER.

12. Byly Vám takto získané informace ve Vaší praxi užitečné?

- určitě ano spíše ano nevím
 spíše ne určitě ne



Obr. 12 - Užitečnost získaných informací v praxi

35,8 % respondentů se domnívá, že získané informace jim byly v praxi určitě užitečné, 45 % uvádí možnost spíše ano. 12,8 % zvolilo možnost nevím. 1,8 % respondentů informace spíše užitečné nebyly a 4,6 % dotázaných považuje informace za určitě neužitečné.

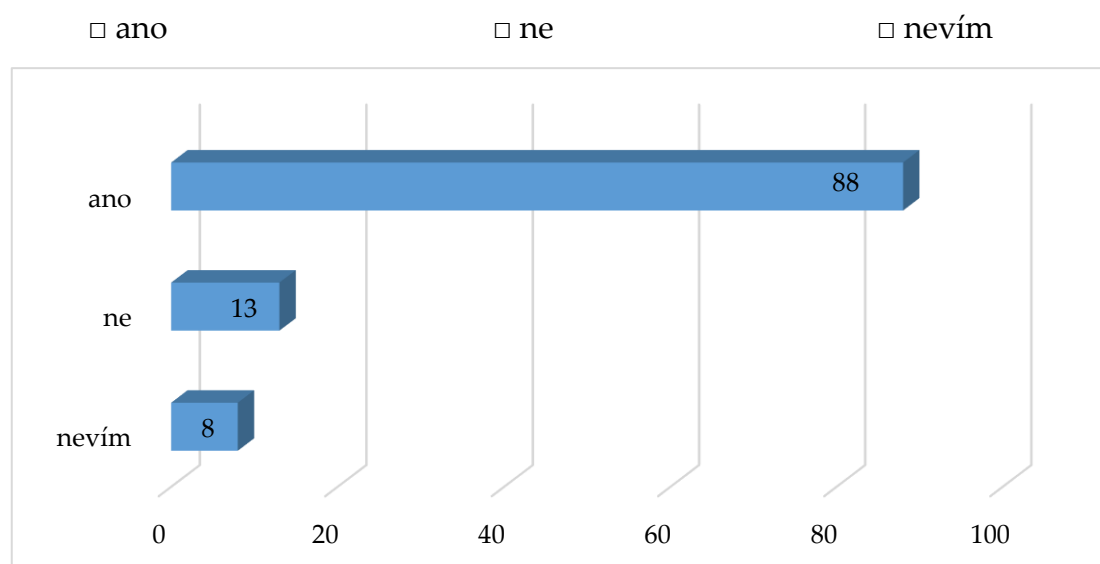
13. O který okruh teoretických vědomostí a praktických zručností byste rád/a doplnil/a Vaše znalosti o poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s psychiatrickou diagnózou?

Tato otázka byla otevřená a měla za cíl zjistit, o které oblasti vědomostí a dovedností by si respondenti rádi rozšířili znalosti. 16 dotazovaných uvedlo, že neví, a dalších 7, že o žádné. Ostatní odpovědi byly různorodé. Týkaly se zvládnutí agresivních pacientů (v souvislosti s tím uvedl jeden respondent i problematiku

použití donucovacích prostředků), správné komunikace (ta měla velké zastoupení mezi odpověďmi) a jednání s psychiatrickými pacienty například prostřednictvím praktických ukázek a kurzů, „nahlédnutí“ do světa těchto klientů. Další z respondentů uváděli získání vědomostí o jednotlivých diagnózách a jejich diferenciální diagnostice tak, aby mohli využívat individuální přístup k jednotlivým nemocným, dotazovaní popisovali zejména poruchy typu autismu a schizofrenie. Několik odpovědí se týkalo také terapie a následného transportu pacienta. Jeden z respondentů uvedl potřebu rozšíření znalostí o dětských psychiatrických pacientech. Poslední skupinou odpovědí pak byla péče o ty, kteří chtějí spáchat sebevraždu, a nácviky sebeobrany pro zdravotnický personál spolu s principy předcházení krizových situací, ve kterých by bylo nutné přistoupit k vlastní obraně.

Konkrétní odpovědi respondentů na tuto otázku jsou zde umístěny jako příloha č. 2.

14. Je pro Vás ošetrovatelská péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou a komunikace s ním náročnější s ohledem na běžně realizovanou komunikaci při výkonu povolání?

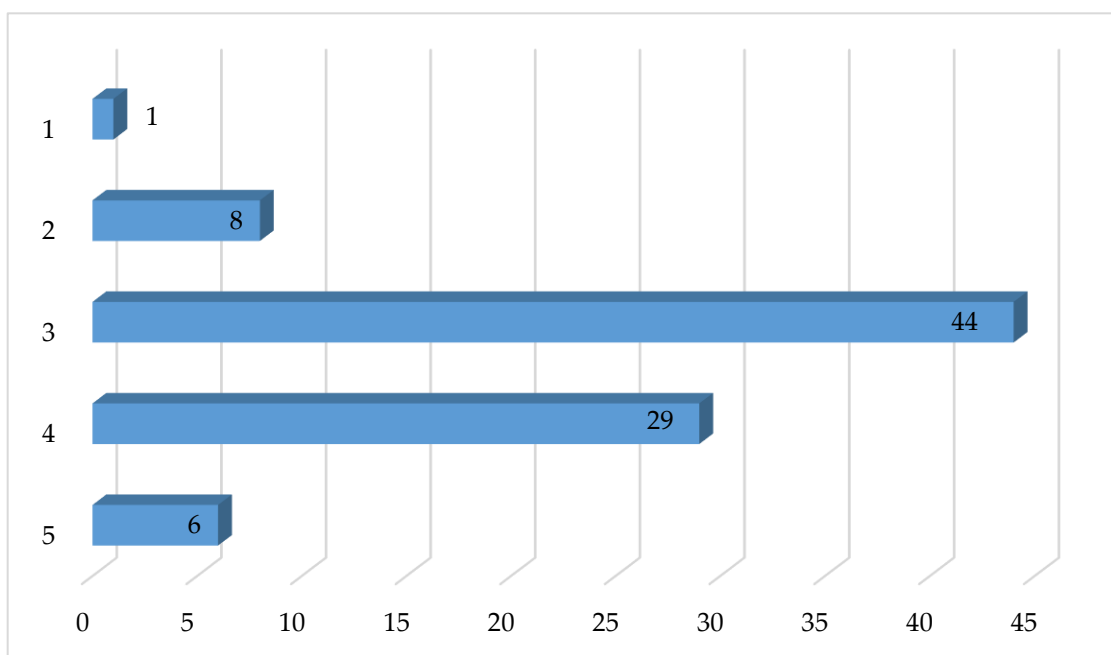


Obr. 13 - Je péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou obtížnější?

Převážná většina respondentů (80,7 %) uvedla, že je ošetrovatelská péče a komunikace v případě psychiatrických pacientů obtížnější. 11,9 % dotazovaných se domnívá, že není a 7,3 % neví.

15. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď ano, uveďte prosím míru obtížnosti.

- 1 2 3 4 5



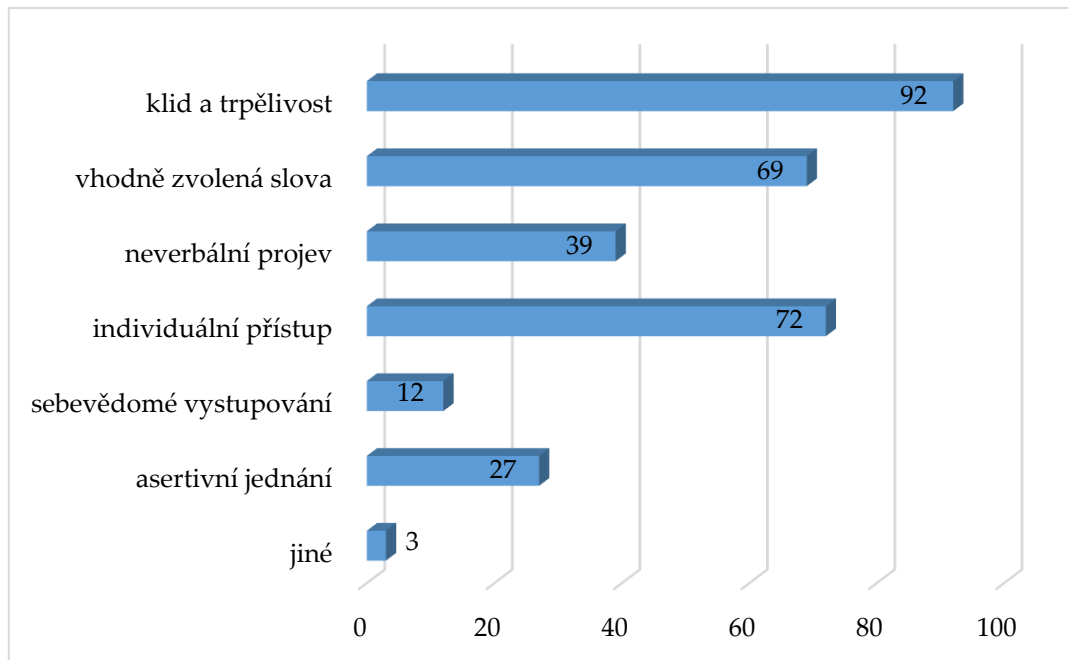
Obr. 14 - Míra obtížnosti komunikace s pacienty s psychiatrickou diagnózou

Na tuto otázku odpovídali ti, kteří v předchozí otázce uvedli odpověď ano. Hodnota 1 zde byla nejméně obtížná, 5 nejvíce obtížná. Největší zastoupení (50 %) měla varianta odpovědi 3. Následovala 4 se 33 %, 2 s 9,1 % a 5 s 6,8 %. Míru obtížnosti 1 zvolil pouze jeden respondent.

16. Co je podle Vás důležité v komunikaci s pacientem s psychiatrickou diagnózou?

- klid a trpělivost vhodně zvolená slova neverbální projev

- individuální přístup
- sebevědomé vystupování
- asertivní jednání
- jiné (uveďte prosím jaké.)

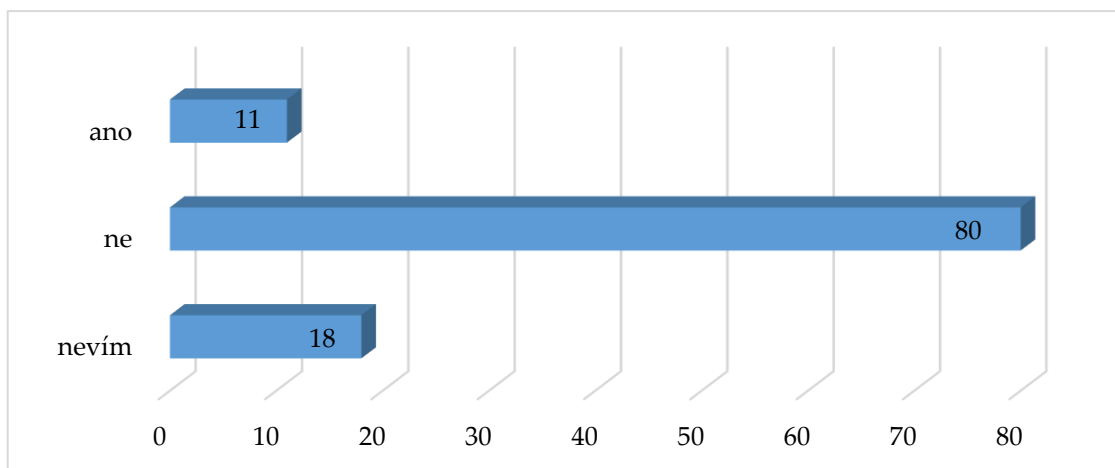


Obr. 15 - Důležité prvky v komunikaci s pacienty s psychiatrickou diagnózou

Zde vybírali dotazovaní právě tři možnosti, které jsou podle nich důležité v komunikaci s pacienty s psychiatrickými diagnózami. Nejvíce respondentů (84,4 %) uvedlo, že je v komunikaci důležitý klid a trpělivost. Možnost vhodně zvolená slova využilo 63,3 %, neverbální projev 35,8 %, individuální přístup 66,1 %, sebevědomé vystupování 11 % a asertivní jednání 24,8 % dotazovaných. 3 respondenti využili varianty jiné a doplnili teoretické znalosti, empatii a asistenci policie.

17. Má zdravotnická záchranná služba nebo zdravotnické zařízení, kde působíte, obecné postupy pro péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou poruchou?

- ano
- ne
- nevím

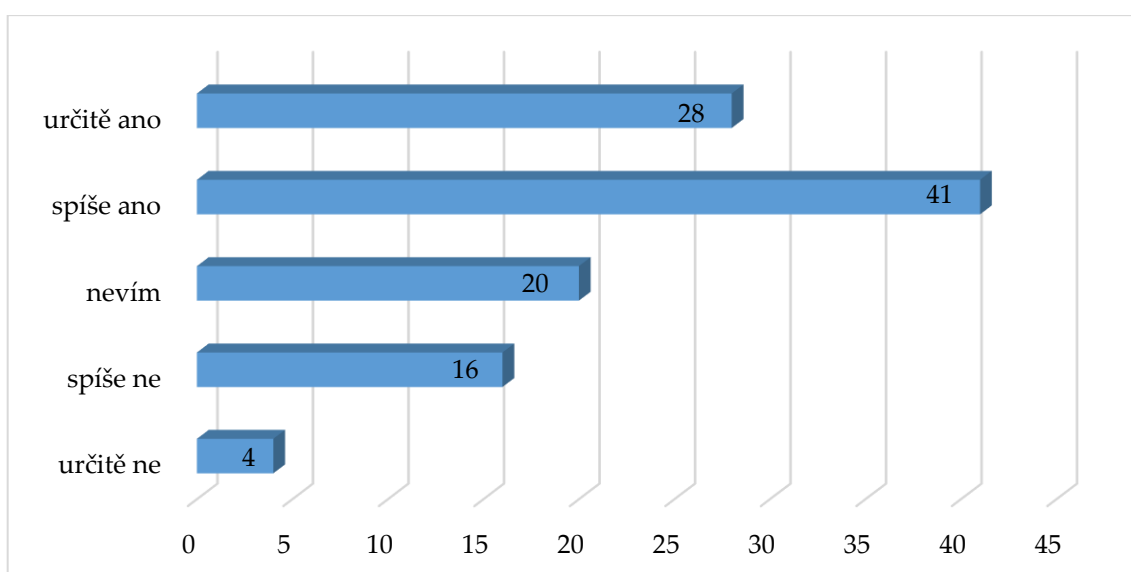


Obr. 16 - Obecné postupy v péči o pacienty s psychiatrickou diagnózou

73,4 % respondentů se nedomnívá, že by ZZS nebo zdravotnické zařízení, u kterých pracují, měla vytvořené obecné postupy péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou. 10,1 % dotazovaných vybralo možnost ano a odpověď nevím využilo 16,5 % respondentů.

18. Uvítali byste vytvoření postupů pro ošetrovatelskou péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou poruchou?

- určitě ano
 spíše ano
 nevím
 spíše ne
 určitě ne



Obr. 17 - Vytvoření obecných postupů

Vytvoření těchto postupů by určitě uvítalo 25,7 % dotazovaných, spíše uvítalo pak 37,6 %. Odpověď určitě ne zvolilo 3,7 % a spíše ne 14,7 % respondentů. 18,3 % zvolilo možnost nevím.

5.2 Vyhodnocení cílů práce

V bakalářské práci jsme si stanovili pět cílů, jejichž vyhodnocení popisujeme níže.

V rámci teoretické části jsme přinesli ucelený náhled na poskytování přednemocniční neodkladné péče u pacientů s psychiatrickými diagnózami. Pomocí analýzy a zpracování odborné literatury jsme tím splnili daný první cíl.

Data z validně vyplněných dotazníků jsme statisticky zpracovali a v diskuzi porovnali s výsledky jiných autorů zabývajících se touto problematikou, čímž jsme obsáhli druhý cíl.

Třetí cíl se týkal naformulování a potvrzení, nebo vyvrácení našich hypotéz. Tyto tři hypotézy jsme vyhodnotili pomocí analýzy získaných dat z dotazníkového šetření.

V rámci čtvrtého cíle jsme zjistili frekvenci výskytu poskytování přednemocniční neodkladné péče psychiatrickým pacientům u našich respondentů. V případě výjezdů ZZS volil největší počet respondentů (36,5 %) možnost do pěti výjezdů k psychiatrickým pacientům měsíčně. 32,7 % dotazovaných se setkává s těmito pacienty jednou nebo dvakrát do měsíce, 18,3 % do 10 výjezdů měsíčně, dále pak do 20 případů měsíčně 6,7 % a 1,9 % respondentů více jak dvacetkrát do měsíce. Zbývající dotazovaní (3,8 %) volili odpověď nevím. U pacientů na urgentním příjmu se procentuální zastoupení jednotlivých variant odpovědí od výsledků u ZZS lišilo. Největší zastoupení (87 %) měla odpověď nevím.

Následně shodně po dvou respondentech, tedy ve 4,3 %, volili dotazovaní možnost do pěti pacientů, do 20 pacientů a více než dvacet pacientů. Možnosti 1-2 pacienty a do 10 pacientů žádný z nich nezvolil. Druhou částí tohoto cíle bylo zjistit nejčastější diagnózy, se kterými se respondenti setkávají. Ti měli z předepsaných diagnóz nebo skupin diagnóz vybrat čtyři pro ně nejčastější. Téměř všichni respondenti (95,4 %) považují za jednu z nich skupinu diagnóz F 10 - F 19. 53,2 % dotazovaných dále vybralo diagnózu F 20, v 48,6 % diagnózu F 00 - F 03, ve 41,3 % případů neurotické poruchy F 40 - F 41. 26,6 % dotazovaných řadilo mezi nejčastější skupinu F 30 - F 39 poruchy nálady. Jeden respondent zvolil skupinu F 04 - F 06 a žádný se nedomnívá, že by mezi 4 nejčastější diagnózy patřil autismus. Dva zdravotníci v rámci možnosti jiné uvedli diagnózu F 43 (reakci na těžký stres a poruchy přizpůsobení) a X 64 (úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky/léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení) a suicidální pokus.

Způsoby získávání teoretických informací a praktických zkušeností v oblasti realizaci komunikace s pacienty s psychiatrickými diagnózami, a také užitečnost těchto informací pro výkon povolání zdravotnických záchranářů, byly předmětem pátého cíle. Respondenti volili několik možností, kterými byli v této problematice edukováni. Největší zastoupení měla varianta odpovědi studium na SŠ/VOŠ/VŠ. Více jak polovina respondentů (51,4 %) se domnívá, že tyto informace získalo právě během studia. Dále 44 % dotazovaných informace obdrželo díky samostudiu, na seminářích, kurzech a podobných akcích ZZS 25,7 % a 11 % se nedomnívá, že by informace získali. 11,9 % zdravotníků volilo verzi odpovědi jiné, kde následně jako odpověď uvedli poznatky z vlastní praxe, zkušenosti od kolegů a praxi na psychiatrickém oddělení jako krizový intervent a PEER. Užitečné pro výkon povolání považuje tyto informace, a tedy volilo možnost určitě ano (35,8 %) nebo spíše ano (45 %), celkem 80,8 % respondentů. Možnost určitě ne (4,6 %) a spíše ne (1,8 %) zvolilo dohromady 6,4 % dotázaných. Zbylých 12,8 % volilo možnost nevím.

5.3 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1 *Předpokládáme, že více než 75 % respondentů uvede jako jedno z největších úskalí ošetrovatelské péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou variantu odpovědi – obtížná komunikace a nespolupráce pacienta.*

S touto hypotézou souvisela otázka číslo 9, ve které respondenti vybírali právě tři z daných možností. Variantu odpovědi obtížná komunikace s pacientem zvolilo jako jednu z nich 66,1 % respondentů a variantu nespolupráce pacienta 72,5 % dotazovaných.

Na základě analýzy dosažených výsledků konstatujeme, že hypotéza **nebyla potvrzena**.

Hypotéza 2 *Předpokládáme, že více než 75 % respondentů (z těch, kteří odpovídali na otázku 15) uvede variantu odpovědi 4 nebo 5.*

Pomocí otázky 14 jsme zjišťovali, zda respondenti považují ošetrovatelskou péči a komunikaci s psychiatrickým pacientem za náročnější. Ti respondenti, kteří zvolili možnost ano, následně odpovídali na otázku 15, která určovala míru obtížnosti škálou od 1 do 5, kdy 1 byla nejméně a 5 nejvíce obtížná. Ošetrovatelskou péči a komunikaci s pacientem s psychiatrickou diagnózou považuje za náročnější 88 respondentů. Z nich míru obtížnosti 4 volilo 33 % dotazovaných a za míru obtížnosti 5, tedy za nejvíce obtížnou, považuje péči a komunikaci s těmito pacienty 6,8 % respondentů. Míru obtížnosti 4 nebo 5 vybralo dohromady 40,1 % respondentů.

Na základě analýzy dosažených výsledků konstatujeme, že hypotéza **nebyla potvrzena**.

Hypotéza 3 *Předpokládáme, že u více než 50 % respondentů lze vysledovat výrazný zájem o vytvoření obecných postupů v ošetrovatelské péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou diagnózou.*

K potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy jsme použili výsledky získané pomocí otázky číslo 18. Varianty odpovědí určitě ano (volilo 25,7 % dotazovaných) a spíše ano (37,6 % respondentů) jsou pro ověření hypotézy relevantní. Celkem by tedy vytvoření obecných postupů pro péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou diagnózou tedy nejspíše uvítalo 63,3 % oslovených zdravotníků.

Na základě analýzy dosažených výsledků konstatujeme, že hypotéza **byla potvrzena.**

6 DISKUZE

V rámci přednemocniční neodkladné péče znamenají pacienti s psychiatrickou diagnózou skupinu, kterou nelze opomíjet. Pravděpodobně téměř každý pracovník ZZS se již někdy setkal s pacientem trpícím nějakou psychiatrickou diagnózou. Krizový manažer ZZS Hlavního města Prahy (HMP) pan Bc. Ondřej Šedivka DiS. nám poskytl statistiku, která říká, že za rok 2018 přijalo operační středisko HMP 5 326 výzev k pacientům s diagnózou F. Následně bylo pomocí ZZS HMP 5 126 z těchto pacientů transportováno.

Ze 109 respondentů našeho dotazníku pouze dva uvedli, že nikdy neposkytovali ošetrovatelskou péči u pacienta s psychiatrickou diagnózou. Autorka Kykrychová (2017) došla k podobnému výsledku. V jejím případě celých 100 % dotazovaných již někdy poskytlo péči pacientovi s psychiatrickou diagnózou.

V rámci cíle 4 jsme zjišťovali, jaká je frekvence poskytování přednemocniční neodkladné péče zdravotnickými záchranáři pacientům s psychiatrickou diagnózou a které psychiatrické diagnózy se vyskytují nejčastěji. Jak je zřejmé z odpovědí na otázku šest, zdravotničtí záchranáři vyjíždějí k psychiatrickým pacientům poměrně často. Největší část respondentů (36,5 %) uvedla, že mají měsíčně do pěti výjezdů. Další skupinou bylo 32,7 % dotazovaných, ti uvádí jeden až dva výjezdy do měsíce. Téměř pětina respondentů (18,3 %) má za měsíc do deseti výjezdů. Necelých sedm procent (6,7 %) má do dvaceti výjezdů k pacientovi s psychiatrickou diagnózou. Téměř dvě procenta respondentů (1,9 %) uvedlo více než dvacet případů měsíčně a zbývajících 3,8 % neví.

Autorka Kykrychová (2017) získala ve své práci tyto výsledky: 82,4 % jejích respondentů uvedlo, že mají do pěti výjezdů k pacientovi s psychiatrickou diagnózou měsíčně, necelých 15 % do dvaceti výjezdů měsíčně, do třiceti výjezdů

1,8 % a 0,9 % nad třicet výjezdů. Z výsledků je zřejmé, že se záchranáři s těmito pacienty setkávají alespoň jednou za měsíc.

Nejčastější psychiatrické diagnózy jsme zjišťovali pomocí otázky 8. Naši respondenti z nabídnutých variant volili čtyři podle nich nejčastější skupiny diagnóz. Valná většina dotazovaných zdravotníků (95,4 %) považuje za jednu z nejčastějších skupinu diagnóz F 10 - F 19. Do té patří poruchy chování způsobené intoxikací alkoholem, léky, psychoaktivní látkou, a tedy stavy jako je akutní intoxikace, škodlivé použití a odvykací stav. Druhou nejčastěji vybíranou variantou byla diagnóza F 20 schizofrenie. Zvolilo ji 53,2 % respondentů. Dále 53 (48,6 %) odpovědí patří variantě F 00 - F 03 demenci. Pouze o něco méně respondentů (41,3 %) uvedlo diagnózy F 40 - F 41 úzkostné poruchy. Více jak čtvrtina dotazovaných (26,6 %) považuje za jedny z nejčastějších psychiatrických diagnóz i skupinu F 30 - F 39 afektivní poruchy, tedy poruchy nálady. Ostatní diagnózy, které byly na výběr, již mají podstatně menší zastoupení. Pouze jeden respondent zvolil diagnózy F 04 - F 06 (organický amnestický syndrom, delirium nezpůsobené psychoaktivní látkou a rovněž poruchy způsobené poškozením mozku), žádný z dotazovaných zdravotníků nepovažuje za jednu z nejčastějších diagnóz autismus. Poslední dva respondenti využili možnost jiné a sami doplnili diagnózy F 43 reakci na těžký stres a poruchy přizpůsobení, X 64 úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivy, návykovými látkami a suicidální pokus.

Autorka Kykrychová (2017) získala podobné výsledky. I v jejím případě volili respondenti jako nejčastější požití léků, alkoholu nebo jejich kombinaci. Následovaly pokusy o sebevraždu, neurotické poruchy a požití psychoaktivních látek. Jako časté ještě označovali respondenti afektivní poruchy, schizofrenii, nedodržování správného užívání léků. V tomto případě nelze porovnávat procentuální zastoupení, protože autorka ve své práci použila jiný systém výběru variant odpovědí. Přesto můžeme vidět, že problematika požívání léků, alkoholu nebo

psychoaktivních látek patří mezi nejčastější psychiatrické diagnózy, se kterými se zdravotničtí záchranáři na výjezdech setkávají.

Jak uvádí autoři Knor a Málek (2016), od roku 1990 se v populaci markantně zvýšila dostupnost drog. Velké procento pacientů psychiatrických léčeben zaujímají právě závislí na nějaké psychoaktivní látce a bohužel se stále snižuje věk, ve kterém se s drogou člověk setká. Takovou zkušenost mají často již žáci základních škol. Dostupnost se samozřejmě zvyšuje i s velikostí města. Nejčastějšími důvody výjezdu k takovýmto pacientům je předávkování, abstinenční syndrom, nevhodná kombinace psychoaktivních látek, či různé úrazy v souvislosti s požitím psychoaktivní látky. Výjimkou nejsou ani případy sebevražedných pokusů, mezi něž patří i úmyslné předávkování označované jako „zlatá dávka“. Zároveň Knor a Málek (2016) jmenují jako nejčastější intoxikaci alkoholem, která může být navíc komplikovaná současným požitím psychoaktivní látky například ze skupiny kanabinoidů. Zároveň se objevují i různé otravy vázané na konkrétní roční období, například houbami. Ve všech případech otrav a intoxikací je potřeba provádět kvalitní vyšetření pacienta a odpovídající symptomatickou léčbu. Příčina se totiž často zjistí až po několika dnech.

Také autoři Šeblová a Knor (2018) uvádějí, že v rámci přednemocniční neodkladné péče jsou případy intoxikací poměrně časté, a vybírají faktory, které ovlivňují pacientův aktuální stav. Patří do nich účinky látky, která způsobila intoxikaci, na organismus, množství podané látky, způsob, jak se do organismu dostala, a doba, po kterou již v organismu od jejího vstupu reaguje. Vážnost otravy zvyšuje také nízká odolnost člověka, naopak vysoká odolnost může vést k mírnějším projevům intoxikace. Následně uvádějí, že je velice nutné monitorovat životní funkce pacienta, zajistit žilní vstup a získat co nejlepší anamnestické údaje, důležité jsou zejména ty časové. Přestože většina psychoaktivních látek, které si pod tímto pojmem představíme, jako je například kokain nebo heroin, patří mezi látky nelegální, mnoho jiných látek, lze zcela legálně pořídit.

Autor Dreher (2017) uvádí, že látky jako je alkohol, kofein a nikotin nejsou zakázané proto, že pravděpodobnější je jejich neškodlivé užívání. Přesto mohou tyto látky u člověka snadno a poměrně rychle způsobit závislost.

Devátá otázka se týkala největších úskalí péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou. Respondenti vybírali z několika možností. Nejčastější odpovědí byla nespolupráce pacienta (72,5 %). Jak uvádí autor Pavlovský (2014) v takových případech musíme posoudit pacientovo chování, jeho schopnost navázat kontakt a možnou příčinu jeho stavu. Může se jednat například o schizofrenika nebo třeba o pacienta v akutní psychotické atace. Autorka Pokorná (2019) uvádí, že pacient může být nespolupracující z mnoha důvodů. Nejvíce bývá takovéto chování způsobeno přímo psychiatrickým onemocněním. Nespolupracující pacient je typický i pro delirantní stavy, ve kterých je pak často až agresivní. Další odpovědí s 66,1 % respondentů byla obtížná komunikace s pacientem.

Autor Vymětal (2009) popisuje důležité prvky při komunikaci s pacientem v krizové situaci. Patří mezi ně zejména aktivní naslouchání a empatie, trpělivost a projevení zájmu. Důležité je si dávat pozor i na neverbální složku komunikace.

54,1 % dotazovaných zdravotníků za jedno z největších úskalí považuje ohrožení jejich vlastní bezpečnosti pacientem. Pro 43,1 % respondentů je obtížný odběr anamnézy a následné určení diagnózy, necelých dvacet procent (19,3 %) považuje za problém ohrožení pacienta jím samotným a jeden respondent zvolil možnost jiné, kde uvedl jako problém výběr cílového místa, kde pacienta vyšetří.

V otázce zaměřené na největší problémy při poskytování přednemocniční neodkladné péče pacientovi s psychiatrickou diagnózou došla autorka Kykrychová (2017) k tomu, že téměř čtvrtinové zastoupení měla mezi odpověďmi možnost odmítání pacienta ze strany zdravotnického zařízení. Druhým v pořadí byla obtížnost komunikace s pacientem, dále vhodně zvolené zdravotnické zařízení, kam bude pacient dopraven. Následuje je pak problém správné diagnostiky, dlouhá

dojezdová doba Policie ČR, volba farmakoterapie a nekompetentnost záchranářů k volbě zdravotnického zařízení, protože o zařízení rozhoduje pouze lékař. Posledním uváděným problémem je nezpůsobilost pacienta k právním úkonům. Dále u autorky Kykrychové (2017) v otázce, zaměřené na to, v čem zdravotníci záchranáři zápolí nejvíce při péči o pacienty s psychiatrickou diagnózou, měla největší zastoupení odpověď nespolupráce pacienta, jejímž aspektem jsme se již věnovali výše. Další v pořadí byla verbální agrese ze strany pacienta, následně fyzická agrese ze strany pacienta. Nejmenší zastoupení z odpovědí mělo ohrožování zbraní ze strany pacienta.

Naši respondenti uváděli v otázce 16 nejdůležitější prvky komunikace s psychiatrickým pacientem. Největší zastoupení (84,4 %) mělo klidné trpělivé jednání, další v pořadí byl se 66,1 % individuální přístup k jednotlivým pacientům, vhodně zvolená slova považuje za důležitá 63,3 % respondentů, následoval neverbální projev (35,8 %), asertivní jednání (24,8 %) a sebevědomé vystupování (11 %). Ve variantě jiné uvedli tři respondenti empatii, teoretické znalosti a asistenci policie a při nespolupráci pacienta i použití donucovacích prostředků.

Autorka Pokorná (2019) uvádí zásady pro zdravotníky, jak se zachovat v případech negativního chování pacientů. Mezi ně patří zejména získání co nejlepší anamnézy, na jejímž základě můžeme zjistit (a odstranit) příčinu takového chování. Dále by se zdravotník měl snažit zabránit vzniku takového chování. Například pomocí farmakoterapie vhodně zamezit u závislého pacienta vzniku delirantního stavu, který často vede k agresi. Je třeba se chovat profesionálně a klidně, pacientovi vysvětlit, že takové chování nelze tolerovat, ale také věcně argumentovat a snažit se budovat důvěru. Zdravotník, který má pocit, že probíhající situaci již není schopen sám vyřešit, by si měl přivolat pomoc. Přestože tato pravidla jsou vztažena spíše na pacienty v lůžkových zařízeních, lze většinu z nich aplikovat i v PNP.

Tím jsme se dostali k výsledkům otázky 10, ve které respondenti uváděli, jak často se během měsíce setkají s agresivním pacientem s psychiatrickou diagnózou. Nejvíce dotazovaných (76,1 %) volilo variantu jednou až dvakrát do měsíce. Necelých patnáct procent respondentů se setká se třemi až pěti agresivními pacienty s psychiatrickou diagnózou měsíčně, jeden respondent uvedl šest až deset případů měsíčně a dva uvedli nad deset případů agresivního pacienta za měsíc. Naopak nikdy se s agresivním pacientem s psychiatrickou diagnózou nesetkalo sedm respondentů.

Autor Morávek (2016) došel k výsledku, že nejčastěji se jeho respondenti setkávali s agresivním psychiatrickým pacientem jednou za půl roku, tuto možnost zvolilo 35,5 % dotazovaných. Jednou měsíčně mělo výjezd k takovému pacientovi 29,1 % respondentů, jednou za dva týdny 19,1 %, jednou týdně 1,8 % a při každé směně 0,9 % dotazovaných. Málokdy, nebo vůbec, se s takovými pacienty setkávalo 13,6 % respondentů. Vzhledem k tomu, že autor prováděl šetření před třemi lety, porovnáním jeho a našich výsledků lze usuzovat na vzrůstající tendenci. Nicméně je třeba dodat, že autor se zaměřoval pouze na zdravotnické záchranáře v Královehradeckém kraji. Morávek (2016) také zjišťoval nejčastější způsoby agrese vůči zdravotníkům, přičemž nejčastějším je verbální agrese, kterou uvedlo 96,8 % jeho respondentů.

Autorka Pokorná (2019) uvádí zásady, jak jednat s pacientem, který je agresivní. Z nich je to například klidný postoj bez prudkých pohybů, je třeba stát ve vhodné vzdálenosti od pacienta (například u dveří do místnosti). Musíme jasně dávat najevo, co hodláme udělat. Neměli bychom zaujímat vyloženě autoritativní postoj a zároveň si musíme dát pozor, aby se nelišil náš verbální a neverbální projev. V akutní fázi v PNP není vždy zcela možné zjistit příčiny takového chování, je tedy potom na zdravotnickém zařízení, do kterého pacienta převezeme, aby pokud možno předešlo opakování situace do budoucna.

Autoři Dušek a Večeřová-Procházková (2015) popisují, že agresivita u pacienta s psychiatrickou diagnózou není způsobena vždy pouze biologickými faktory, a tedy nestačí situaci řešit pouze farmakologicky, ale je třeba přihlídnout i k dalším faktorům, které mohly agresi vyvolat. Z nich častá bývá úzkost a strach ze situace, ve které se pacient nachází. Agresivními jsou často právě i pacienti pod vlivem návykových látek, jak už jsme řešili výše.

Autoři Petr a Marková (2014) se zabývají etickou otázkou péče o agresivní pacienty. Právě pacienti s psychiatrickou diagnózou bývají na základě svého onemocnění agresivní, často odmítají léčbu a nemají ve zdravotníky příliš důvěru. Z toho důvodu je třeba, aby byli zdravotničtí záchranáři kvalitně orientovaní v problematice poskytování péče těmto pacientům. Jejich přístup musí být adekvátní a nesmí docházet k jednání vůči pacientům, které bude neprofesionální nebo dokonce neetické.

Autoři Pekara a Kolouch (2016) uvádějí výsledky dotazníkového šetření, které bylo realizováno mezi zaměstnanci ZZS hlavního města Prahy v letech 2013-2014. Respondenti se vyjadřovali na otázku, jak často se jednotlivé posádky ZZS setkávají s verbální agresivitou a jak často dojde i k fyzickému napadení. Z celkového počtu 130 respondentů se s projevy verbální agresivity jednou za týden setkává 28 % respondentů. Fyzické napadení uvádělo 45 % respondentů, a to ve frekvenci nejméně jednou za rok. Častější výskyt verbální agresivity ze strany pacientů, a to nejméně třikrát až čtyřikrát za den, uvádějí autoři Němec a Stuchlíková (2007).

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) upozorňuje na skutečnost, že výskyt agresivního verbálního jednání jakož i fyzického násilí při poskytování zdravotní péče má rostoucí tendenci. Na základě výsledků analýzy, která se touto problematikou zabírala, lze konstatovat, že 38 % zdravotnických pracovníků se v průběhu jejich praxe setkává s výše uvedenými jevy. (Pourshainkhan et al., 2015).

O této souvislosti je otázka 13, ve které respondenti vyjmenovávali okruhy znalostí a dovedností, které by pro ně mohly být přínosné, ve kterých by se rádi dále vzdělávali. Mezi odpověďmi se hojně vyskytovaly právě prvky komunikace s pacienty s různými psychiatrickými diagnózami nebo zvládání situací, ve kterých je takový pacient agresivní. Další respondenti by uvítali praktické nácviky péče o tyto pacienty vedené psychiatry, aby jednotlivé situace dokázali efektivně a správně řešit. Několik odpovědí se týkalo i lekcí sebeobrany a bezpečnosti zdravotnických záchranářů. Autor Morávek (2016) zjišťoval, zda by zdravotníci uvítali zavedení povinné sebeobrany v rámci studia. 72,7 % respondentů uvedlo, že ano.

V rámci cíle 5 jsme zjišťovali, jakými způsoby byli dotazovaní zdravotníci záchranáři edukováni v oblasti komunikace s pacienty s psychiatrickými diagnózami a nakolik vidí takto získané informace jako užitečné pro výkon jejich povolání. V rámci vyhodnocení odpovědí otázky 11, ve které respondenti vybírali nejčastější možnosti, jsme zjistili, že 89 % respondentů získalo tyto informace, a to zejména prostřednictvím studia na SŠ/VOŠ/VŠ, a to ve více než polovině případů (56 respondentů). 48 dotazovaných se domnívá, že informace získali také samostudiem. 28 respondentů se dozvědělo potřebné informace prostřednictvím různých kurzů a seminářů pořádaných ZZS. Zbývajících 13 volilo variantu jiné, kde následně uvedli, že informace získali od starších kolegů a vlastní praxí u ZZS. Jeden respondent napsal, že je získal i v rámci praxe jako krizový intervent, a další uvedl, že informace, které získal jsou zcela odlišné od reality. Celých jedenáct procent všech respondentů se domnívá, že informace vůbec nezískali. V následující otázce číslo 12 respondenti určovali užitečnost získaných informací. 45 % dotazovaných zdravotníků volilo možnost spíše ano, možnost určitě ano pak 35,8 %. Čtrnáct respondentů vybralo odpověď nevím, variantu spíše ne zvolili dva respondenti a variantu určitě ne volilo pět dotazovaných (4,6 %).

Jak je patrné z výsledků autorky Kykrychové (2017), 65,8 % jejích respondentů získalo potřebné informace, naopak 34,2 % je nezískalo. Z hlediska způsobu získání autorka uvádí jako nejčastější varianty studium na SŠ/VOŠ/VŠ, a to u 33,4 % respondentů. Dále pak ve 25,4 % případů získali zdravotníci potřebné informace pomocí kurzů a seminářů a v 17,5 % případů samostudiem. Zbylí respondenti (23,7 %) volili možnost jiné.

Pokud se podíváme na otázku 14, zjistíme, že ošetrovatelskou péčí o pacienta s psychiatrickou diagnózou a komunikaci s ním považuje 80,7 % respondentů za obtížnější, 11,9 % naopak ne a zbývajících 7,3 %, tedy 8 dotazovaných, neví. Dále jsme zjišťovali míru obtížnosti na stupnici od jedné do pěti, kdy pět byla nejobtížnější. Z výsledků vyplývá, že polovina všech respondentů zvolila obtížnost 3. Nízkou obtížnost tedy míru jedna nebo dva uvádí 10,2 % dotazovaných a obtížnosti čtyři nebo pět 39,8 %.

Autorka Kykrychová (2017) se v otázce v rámci jejího výzkumu zaměřila pouze na obtížnost komunikace a zjistila, že 69,3 % jejích respondentů uvádí komunikaci s pacientem s psychiatrickou diagnózou jako obtížnější, zbývajících 30,7 % ji za obtížnější nepovažuje.

V posledních dvou otázkách dotazníkového šetření jsme zjišťovali, zda mají ZZS, případně zdravotnické zařízení, kde respondenti pracují, vytvořeny obecné postupy pro péči s pacienty s konkrétními psychiatrickými diagnózami. Většina dotazovaných (73,4 %) uvedla, že ne, jedenáct respondentů (10,1 %) uvedlo, že ano. Zbývajících 16,5 % neví.

Česká psychiatrická společnost na svých internetových stránkách uvádí doporučené postupy psychiatrické péče, které ovšem slouží pro odborníky z řad psychiatrů a psychologů a lze je jen obtížně aplikovat na přednemocniční neodkladnou péči.

Respondentů jsme se ptali, zda by vytvoření postupů pro konkrétní diagnózy uvítali. Variantu určitě ano a spíše ano zvolilo 63,3 % dotazovaných zdravotníků, pouze 18,4 % nepovažuje za užitečné vytvoření těchto postupů, a tedy odpovídali určitě ne nebo spíše ne. Zbývajících 18,3 % respondentů neví, zda by tvorba těchto postupů byla užitečná.

7 ZÁVĚR

V rámci bakalářské práce jsme si stanovili pět cílů. Jedním z nich bylo pomocí analýzy odborné literatury uceleně nahlédnout na problematiku poskytování přednemocniční neodkladné péče a ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými psychiatrickými diagnózami. Psychiatrické diagnózy, kterým jsme se věnovali, jsme vybírali na základě rešerše odborné literatury.

Pomocí dat získaných díky dotazníkovému šetření mezi zdravotnickými záchranáři jsme provedli statistickou analýzu výsledků a v diskuzi jsme provedli komparaci námi zjištěných poznatků s výsledky jiných autorů. Tím jsme splnili další z cílů.

V rámci třetího cíle jsme naformulovali tři hypotézy. Ty se týkaly největších úskalí péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou, míry obtížnosti komunikace s nimi a vytvoření obecných postupů v péči o tyto pacienty. První dvě hypotézy jsme na základě výsledků z dotazníkového šetření nepotvrdili, poslední hypotéza se ukázala jako správná. Více než polovina dotazovaných zdravotnických záchranářů by pravděpodobně uvítala vytvoření obecných postupů v ošetrovatelské péči v PNP pro pacienty s konkrétními psychiatrickými diagnózami.

Dále jsme ze zpracovaných dat zjistili frekvenci výskytu poskytování péče u pacientů s psychiatrickou diagnózou, stejně jako nejčastější psychiatrické diagnózy, které jsou příčinou výjezdu ZZS. Valná většina respondentů uvedla jako jednu z nich skupinu F 10 - F 19, tedy poruchy způsobené užíváním alkoholu a psychoaktivních látek.

Následně jsme zjišťovali metody a způsoby, kterými byli zdravotníci edukováni v oblasti ošetrovatelské péče a komunikace s pacienty s psychiatrickou diagnózou. Respondenti nejčastěji získali dané informace v rámci studia na SŠ/VOŠ/VŠ. Následně někteří z nich uváděli také zkušenosti z vlastní praxe nebo zkušenosti předané staršími kolegy. Dotazovaní také převážně tyto informace považují za užitečné. Zároveň by si mnozí respondenti do budoucna rádi rozšířili vědomosti v oblastech komunikace s pacienty s různými psychiatrickými diagnózami a o praktický nácvik jednotlivých situací, do kterých se během péče o tyto pacienty mohou dostat.

8 SEZNAM ZKRATEK

CMP cévní mozková příhoda

HMP hlavní město Praha

IM infarkt myokardu

IZS integrovaný záchranný systém

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

PNP přednemocniční neodkladná péče

ZZS zdravotnická záchranná služba

ZOS zdravotnické operační středisko

WHO Světová zdravotnická organizace

9 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Pohlaví respondentů.....	32
Obr. 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání	32
Obr. 3 - Délka praxe	33
Obr. 4 - Pracovní zařazení.....	34
Obr. 5 - Poskytování péče pacientům s psychiatrickou diagnózou.....	35
Obr. 6 - Počty výjezdů k pacientům s psychiatrickou diagnózou	35
Obr. 7 - Počty pacientů s psychiatrickou diagnózou	36
Obr. 8 - Nejčastější psychiatrické diagnózy.....	37
Obr. 9 - Největší úskalí péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou	38
Obr. 10 - Případy, kdy je pacient s psychiatrickou diagnózou agresivní	39
Obr. 11 - Způsoby získání informací o komunikaci s pacienty s psychiatrickou diagnózou.....	40
Obr. 12 - Užitečnost získaných informací v praxi	41
Obr. 13 - Je péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou obtížnější?.....	42
Obr. 14 - Míra obtížnosti komunikace s pacienty s psychiatrickou diagnózou ...	43
Obr. 15 - Důležité prvky v komunikaci s pacienty s psychiatrickou diagnózou.	44
Obr. 16 - Obecné postupy v péči o pacienty s psychiatrickou diagnózou.....	45
Obr. 17 - Vytvoření obecných postupů	45

10 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

1. Česká psychiatrická společnost: *Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP*. 2018 [online]. Česká psychiatrická společnost z. s., 2018 [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/>
2. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
3. DREHER, Jan. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7.
4. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
5. GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0
6. KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-514-9.
7. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
8. KYKRYCHOVÁ, Lucie. *Psychiatrický pacient a jeho ošetření v rámci PNP*. Brno, 2017. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů, Vedoucí práce: Mgr. Petra Janíková. [online] [cit. 2019-04-30]
Dostupné z: https://is.muni.cz/th/enml4/bak_prace_definitivne.pdf
9. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
10. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolar disorder and aggression* [online]. International Journal of Clinical practice, 2009 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1742-1241.2009.02001.x>

11. MCWILLIAMS, Nancy. *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktury osobnosti v klinickém procesu*. Přeložila Hana DRÁBKOVÁ. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0943-0.
12. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2. aktualizované vydání. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
13. MORÁVEK, Tomáš. *Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů, Vedoucí práce: doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D. [online] [cit. 2019-04-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/c4i2r/Bakalarska_prace_Moravek.Pdf?Zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dpsychiatrick%C3%BD%20pacient%20agenda:th%26start%3D11
14. MOYER, Kenneth E. *The psychobiology of aggression*. New York: Harper & Row, 1976. ISBN 0060446412.
15. MV - GŘ HZS ČR: *Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci STČ 12/IZS*. Hasičský záchranný sbor České republiky. [online]. Praha: MV - GŘ HZS ČR. 2015. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/soubor/stc-12-izs-typova-cinnost-slozek-izs-priposkytovani-psyhosocialni-pomoci-122015-pdf.aspx>
16. NĚMEC, Ivo a Helena STUHLÍKOVÁ. *Agresivní pacient*. Sestra. 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 12-10-0404.
17. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
18. PAPEŽOVÁ, Hana a kol. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.

19. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrický nálezn v rámci naléhavé péče*. In Papežová, H. a kol. *Naléhavé stavy v Psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
20. PEKARA, Jaroslav a Petr KOLOUCH. *Zkušenosti s násilím ve vztahu zdravotník a pacient na ZZS HMP v letech 2004-2014*. *Urgentní medicína*. 2016, roč. 19, č. 4, str. 35-41, ISSN 1212-1924.
21. POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9.
22. POURSHAIKHIAN, M., ABOLGHASEM, H., ARYANKHESAL, A., KHORASANIZAVAREH, D., BARATI, A. *A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel*. In *Archives Trauma Research*. 2016, issue. 1, vol. 5. ISSN 2251-953X.
23. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v somatické medicíně*. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3739-6.
24. 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.
25. RALBOVSKÁ, Rebeka a Renata KNEZOVIC. *Komunikace pro pomáhající profese 2*. Praha: Evropské vzdělávací centrum s.r.o., 2010. ISBN 978-80-87386-05-7.
26. RALBOVSKÁ, R. *Psychologické aspekty mimořádných událostí*. In Šín, R. et al. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.
27. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

28. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
29. ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-98-5.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
31. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
32. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Vyhodnocení odpovědí respondentů na otázku č. 13

Příloha č. 1

Anonymní dotazníkové šetření

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Jaké je nejvyšší Vámi dosažené vzdělání?

- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské 1. stupně
- vysokoškolské 2. stupně

3. Kolik let pracujete u ZZS nebo na urgentním příjmu?

- méně než 1 rok
- 1-4 roky
- 5-9 roky
- 10-14 let
- 15-19 let
- více než 20 let

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- dispečer zdravotnické operačního střediska
- pracovník urgentního příjmu
- zdravotnický záchranář
- řidič záchranář
- jiné, uveďte jaké _____

5. Poskytoval jste v rámci výkonu Vašeho povolání přednemocniční neodkladnou péči pacientovi s psychiatrickou diagnózou?
- ano
 - ne
 - nevím
6. Pokud pracujete u ZZS, kolik máte během 1 měsíce průměrně výjezdů k pacientům s psychiatrickými diagnózami?
- 1-2 výjezdy
 - do 5 výjezdů
 - do 10 výjezdů
 - do 20 výjezdů
 - více než 20 výjezdů
 - nevím
7. Pokud pracujete na urgentním příjmu, kolik máte během 1 měsíce průměrně pacientů s psychiatrickými diagnózami?
- 1-2 pacienty
 - do 5 pacientů
 - do 10 pacientů
 - do 20 pacientů
 - více než 20 pacientů
 - nevím
8. S pacienty s kterými psychiatrickými diagnózami, se při výjezdu setkáváte nejčastěji?
- (Vyberte čtyři nejčastější položky)
- F 00-03 (s demencí)

- F 04-06 (s organickým amnestickým syndromem, deliriem – nezpůsobenými psychoaktivními látkami, poruchami způsobenými poškozením mozku)
 - F 10-19 (s poruchami chování následkem intoxikace alkoholem, léky, psychoaktivní látkou – akutní intoxikace, škodlivé použití, odvykací stav, ...)
 - F 20 (se schizofrenií)
 - F 30-39 (s afektivní poruchou – poruchy nálady)
 - F 40-41 (s neurotickými poruchami – úzkostnými stavy, fobiemi)
 - F 84 (s autismem)
 - s jinými (uved'te jakými)
-

9. Co vnímáte jako největší úskalí ošetrovatelské péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou?

(Vyberte prosím tři možnosti.)

- ohrožení Vaší bezpečnosti pacientem
 - ohrožení pacienta jím samotným
 - obtížná komunikace s pacientem
 - složitý odběr anamnézy – určení diagnózy
 - nespolupráce pacienta
 - jiné (uved'te prosím jaké)
-

10. Jak často je pacient s psychiatrickou diagnózou, se kterým se setkáte agresivní?

- nikdy
- v 1-2 případech měsíčně

- v 3-5 případech měsíčně
- v 6-10 případech měsíčně
- ve více jak 10 případech měsíčně

11. Jakým způsobem jste získal/a informace, jak realizovat komunikaci při poskytování ošetrovatelské péče s pacientem s psychiatrickou diagnózou?

(Můžete vybrat více odpovědí.)

- během studia na SŠ/VOŠ/VŠ
- na seminářích nebo kurzech (či podobných akcích) pořádaných ZZS
- samostudiem
- jiným způsobem (Uveďte prosím jakým.)

-
- nezískal/a jsem je

12. Byly Vám takto získané informace ve Vaší praxi užitečné?

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

13. O který okruh teoretických vědomostí a praktických zručností byste si rád/a doplnil/a Vaše znalosti o poskytování ošetrovatelské péče s pacientem s psychiatrickou diagnózou? (doplňte jednu nebo více odpovědí)

14. Je pro Vás ošetrovatelská péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou a komunikace s ním náročnější s ohledem na běžně realizovanou komunikaci při výkonu povolání?

- ano
- nevím
- ne

15. Pokud jste v otázce 14. označil/a odpověď ano, uveďte prosím míru obtížnosti.

(1 je nejméně obtížná, pět je nejvíce obtížná.)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

16. Co je podle Vás důležité v komunikaci s pacientem s psychiatrickou diagnózou?

(Vyberte 3 možnosti.)

- klid a trpělivost
 - vhodně zvolená slova
 - neverbální projev
 - individuální přístup
 - sebevědomé vystupování
 - asertivní jednání
 - jiné (Uveďte prosím jaké.)
-

17. Má zdravotnická záchranná služba nebo zdravotnické zařízení, na které/m působíte, obecné postupy pro péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou poruchou?

- ano
- ne
- nevím

18. Uvítali byste vytvoření postupů pro ošetrovatelskou péči o pacienta s konkrétní psychiatrickou diagnózou?

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

Příloha č. 2

Souhrn odpovědí respondentů na otázku č. 13: *O který okruh teoretických vědomostí a praktických zručností byste rád/a doplnil/a Vaše znalosti o poskytování ošetrovatelské péče s pacientem s psychiatrickou diagnózou?*

- ✓ zvládnání agresivity u pacientů
- ✓ nácvik sebeobrany, komunikačních technik zkušených profesionálů
- ✓ celkový přístup k pacientovi, komunikace (2x)
- ✓ komunikace s psychiatrickým pacientem
- ✓ psychologie
- ✓ schizofrenie (5x)
- ✓ krizová intervence
- ✓ komunikace (14x)
- ✓ všeobecné teoretické znalosti psychiatrických diagnóz
- ✓ komunikace s pacientem se suicidálními úmysly, komunikace s agresorem
- ✓ asertivita, kontrola situace při komunikaci s pacientem
- ✓ nevím (3x)
- ✓ kurz v rámci interního vzdělávání zaměstnanců ZZS
- ✓ akutní psychóza
- ✓ Ocenil bych více praktických znalostí z oblasti sebeobrany. Více teoretických znalostí z oblasti farmakoterapie pacienta s akutní exacerbací psychiatrických onemocnění
- ✓ praktické nácviky s psychiatrií
- ✓ jak jednat s agresivním pacientem
- ✓ komunikace u akutní stresové reakce
- ✓ simulace ošetření psychiatrického pacienta
- ✓ těžko říct, je to individuální. Důležitá je empatie a ta se nedá moc naučit.
- ✓ bezpečnost

- ✓ nevím (5x)
- ✓ vnímání světa pacientů s psychiatrickou dg.
- ✓ návštěva oddělení, kde se léčí pacienti s psychiatrickou dg.
- ✓ autismus (5x)
- ✓ komunikace v krizové situaci, resp. vyhrocené situaci
- ✓ komunikační dovednosti
- ✓ žádný
- ✓ Zvládání různých druhů a formy komunikace. Znalosti, na jakém podkladě začínají psych. dg.
- ✓ diagnostika, komunikace s pacientem s psychiatrickou dg.
- ✓ medicínská péče
- ✓ komunikace s pacientem, sebeobrana
- ✓ 0 (2x)
- ✓ nemá smysl se s nimi vybavovat, při nespolupráci volat Policii ČR - pouta - transport na psychiatrii
- ✓ nic mě nenapadá
- ✓ jak vyplňovat dotazník a nezbláznit se
- ✓ jak pracovat s agresivním pacientem
- ✓ přednášky o psychiatrických nemocech
- ✓ diagnostika
- ✓ praktický trénink
- ✓ praktické kurzy
- ✓ individuální přístup k různým diagnózám
- ✓ komunikace, přístup, možná náznak chápání a hlavně pochopení, pokoru
- ✓ při pokusu o sebevraždu
- ✓ trénink
- ✓ směřování pacienta z terénu, odběr anamnézy u nespolupracujících pac.
- ✓ správná komunikace s psychiatrickým pacientem

- ✓ jak přistupovat k této problematice
- ✓ komunikace s pacientem, příbuznými
- ✓ komunikace s dětskými psychiatrickými pacienty
- ✓ diferenciální dg psychiatrických stavů
- ✓ jak správně komunikovat s pacientem s psychiatrickou diagnózou
- ✓ agrese
- ✓ komunikace s psychiatrickým pacientem
- ✓ jak a kam ho umístit
- ✓ ti co chtějí dokonat sebevraždu skokem pod vlak a ne demonstrativní požití farmak
- ✓ drogově závislí
- ✓ obrana a bezpečí posádky
- ✓ sebeobrana (2x)
- ✓ komunikace s agresivním pac.
- ✓ školení
- ✓ terapie
- ✓ zásady jednání s agresivním pacientem
- ✓ Asi žádný, jelikož krizoví pacienti si sami nevolají ZZS a jsou v ústavní péči. A ti zbývající opakovaně zneužívají systému F10, dále kterým nic není, ale potřebují si popovídat, dále uživatelé drog a pak už nikdo.
- ✓ psychiatrické poruchy
- ✓ komunikace s pacienty intoxikovanými alkoholem
- ✓ nic
- ✓ praktický nácvik sebeobrany, komunikační dovednosti