

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Zajištění pacienta s atakou psychického onemocnění v terénu

Bakalářská práce

Autor práce: Jitka Formáčková
Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek
Datum odevzdání: 5. 5. 2011

Abstrakt

Zajištění pacienta s atakou psychického onemocnění v terénu

V této bakalářské práci jsou shrnuty základní poznatky, úkony a doporučení, jak správně ZZS může zajistit pacienta s duševní poruchou. První, teoretická část práce, je věnována nejčastějším psychopatologickým stavům, které ohrožují pacienta i jeho okolí a vyžadují neodkladnou psychiatrickou či jinou pomoc, která vede ke stabilizaci pacientova patologického chování.

Druhá část práce je věnována zpracování získaných dat o současném stavu v této problematice. Jedná se konkrétně o dotazování se zdravotnických záchranářů, jak se orientují a jaké jsou jejich zkušenosti s duševně nemocnými pacienty, popřípadě co by se dalo zlepšit a zkvalitnit v péči o ně. Na druhé straně jsou zpracovány informace od pracovníků přijímajících zdravotnických psychiatrických oddělení o tom, jak oni vidí spolupráci se ZZS.

Cílem práce bylo zjistit, zda existují v České republice, respektive na pracovištích ZZS vybraných regionů standardy péče o psychiatrické pacienty, pokud ano, zda je zdravotničtí záchranáři znají a dodržují, nebo postupují dle postupů doporučených literaturou. Dále analyzovat, jakou mají zdravotničtí záchranáři všeobecnou znalost o problematice psychiatrie. Další cíl byl ověřit, do jaké míry funguje spolupráce ZZS s ostatními složkami IZS právě při zajištění psychicky nemocného pacienta a jaká je spokojenost spolupráce mezi ZZS a zdravotnickými psychiatrickými zařízeními.

Analýzou získaných informací bylo zjištěno, že standardy péče o duševně nemocné jsou jen v rámci ošetrovatelské péče nikoli v péči přednemocniční. Zdravotničtí záchranáři o nich vědí, ale vesměs postupují dle nastudované literatury, poznatků od svých kolegů nebo vlastních zkušeností. Spolupráce mezi ZZS a dalšími složkami IZS byla hodnocena jako dobrá, stejně tak i spolupráce ZZS s psychiatrickými zařízeními. Bylo poukázáno i na několik problémů, které se týkají především nedostatečné vzájemné komunikace.

Abstrakt

Safeguard of a patient with a mental illness fit (attack) outdoors

In this bachelor thesis, basic findings, acts and proposals how ZZS (Health Rescue Service - HRS) can safeguard a patient with a mental disorder are summed up. The first, theoretical part of the thesis, is dedicated to the most common psychopathological conditions which endanger the patients and their neighbourhood and require an immediate psychiatric or another help to stabilize the patients's pathological behaviour.

The second part is dedicated to processing of the acquired data concerning the present state in this issue. Namely it deals with paramedics questioning, how they are acquainted and what experience they have regarding mentally ill patients, possibly what could be improved and refined in their treatment. In the other part, information from admitting workers at psychiatric wards is processed with regard to their view of cooperation with HRS.

The aim of the thesis was to find out if standards concerning the treatment of mentally ill patients exist in the Czech Republic, or in chosen HRS centres, and if yes, whether paramedics know and follow them or whether they proceed according to the procedures proposed in literature. Further on, to analyze what common knowledge regarding the issue of psychiatry paramedics have. The next goal was to verify to which extend the cooperation between HRS and other parts of IZS (integrated rescue system - IRS) works during the safeguard of a mentally ill patient, and what is the satisfaction of the cooperation between HRS and psychiatric wals

Through the analysis of the acquired information, it was found out that there are standards concerning the mentally ill treatment, but only in frame of nursing care, not pre-hospital care. Paramedics know about them, but mainly they proceed in accordance with the studied literature, findings of their colleagues or their own experience. The cooperation between HRS and other parts of IRS was assessed as a good one, as well as the cooperation of HRS with psychiatric wards. However, several problems concerning insufficient mutual communication were spotted.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2011

.....
Jitka Formáčková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Václavu Šnorkovi za ochotu, trpělivost, podporu a energii věnovanou odbornému vedení této práce.

Také bych ráda poděkovala svým rodičům za jejich velkou podporu v mém studiu.

OBSAH:

Úvod.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Zdravotnická záchranná služba v České republice	9
1.2 Historie psychiatrické péče	10
1.3 Nejčastější akutní stavy v psychiatrii.....	11
1.3.1 Deprese	11
1.3.2 Sebevražedné (cuicidální) jednání.....	12
1.3.3 Akutní manické stavy	14
1.3.4 Panická porucha	15
1.3.5 Hyperventilační syndrom	16
1.3.6 Schizofrenie.....	17
1.3.7 Akutní intoxikace (psychoaktivní látkou)	19
1.3.8 Akutní reakce na stres	22
1.3.9 Psychomotorický neklid.....	22
1.3.10 Agresivní chování	23
1.4 Zajištění pacienta zdravotnickou záchrannou službou	24
1.4.1 Psychofarmakologické ovlivnění pacienta.....	24
1.4.2 Fyzické omezení pacienta	25
1.4.3 Psychologické působení na pacienta	25
1.4.4 Nedobrovolná hospitalizace	26
1.4.5 Ošetrovatelský proces při výjezdu záchranné služby.....	27
2 Cíle práce	29
3 Metodika	30
4 Výsledky průzkumu	31
4.1 Zpracování rozhovorů se zdravotnickými záchranáři	31
4.1.1 Analýza případových studií	44
4.2 Zpracování dotazníků	47
5 Diskuze	56

6 Závěr	60
7 Seznam použitých zdrojů.....	61
8 Klíčová slova	64
9 Přílohy.....	65

Úvod

Mezi akutní psychické poruchy řadíme takové projevy psychopatologie, které mohou být psychotického ale i nepsychotického rázu. Jsou to stavy, které vyžadují neodkladný zásah. Lidé s touto poruchou mohou ohrožovat sebe i své okolí a je namístě takovou osobu zajistit, odstranit nebezpečí ohrožení jejího života či zdraví a předat příslušnému zdravotnickému zařízení. Ať už se jedná o psychiatrické oddělení, ambulanci, záchrannou stanici nebo některé z krizových center.

Příčin, které mohou akutní psychózu vyvolat je celá řada. Může to být z genetické, organické, psychologické, ale i ze sociální příčiny. Myslím, že právě proto je vhodné rozdělit výjezdy zdravotnické záchranné služby, které jsou často vyhodnoceny jako psychiatrická indikace, na takové, kdy se jedná o *osoby v akutní krizi*, *osoby duševně nemocné* a *osoby intoxikované*. Všichni tyto jmenovaní vykazují akutní změnu ve svém chování a jednání, a proto jsou nebezpeční sobě i svému okolí. Je však důležité tyto pacienty od sebe rozlišit, i když v podstatě jejich zajištění ZZS, pokud nejde o ohrožení vitálních funkcí pacienta, mívá podobný průběh.

K psychicky nemocnému pacientovi je vždy vyžadován individuální přístup. Často se jedná o pacienty, kteří o odbornou pomoc nestojí a nemohou posoudit závažnost svého stavu. Výjezdy ZZS k psychicky nemocnému pacientovi tvoří relativně malou část objemu výjezdů a jsou pro posádku ZZS vždy náročné psychicky i fyzicky. Relativní je pak také otázka, kam tyto pacienty transportovat. Z těchto důvodů se mi dané téma jeví užitečné a využitelné pro praxi.

V první části práce popisují nejčastější akutní stavy v psychiatrii a jejich správné řešení. Výzkum práce je pak zaměřen na spokojenost spolupráce ZZS s psychiatrickými zařízeními, s ostatními složkami IZS a také naopak spokojenost psychiatrických zdravotnických zařízení s prací ZZS. Dotazy na zdravotnické záchranáře se dotýkaly i oblasti jejich vlastních zkušeností, znalostí a dalšího vzdělávání v této problematice.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdravotnická záchranná služba v České republice

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) při stavech, které bezprostředně ohrožují pacienta na životě, které vedou či mohou vést k prohlubování chorobných změn nebo k náhlé smrti, které bez odborného zásahu způsobí trvalé následky nebo působí utrpení a akutní bolest, a při stavech, které změnou chování a jednání postiženého ohrožují jeho i jeho okolí, poskytuje přednemocniční neodkladnou péči (PNP). Jednotlivé kraje zřizují Územní střediska záchranné služby (ÚSZS). Ty se dělí na Oblastní střediska záchranné služby (OSZS) a pak dále na výjezdová stanoviště (5). Do vnitřního členění ZZS patří operační středisko a výjezdové skupiny (29).

„Zdravotnické operační středisko nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a integruje činnost všech článků přednemocniční neodkladné péče v určené spádové oblasti v nepřetržitém provozu. Činnost zdravotnického operačního střediska zajišťují zdravotničtí pracovníci“.¹

Výjezdové skupiny mají povahu RZP (rychlá zdravotnická pomoc), RLP (rychlá lékařská pomoc), RLP – RV (rendez-vous) a LZS (letecká záchranná služba).

ZZS patří mezi základní složky Integrovaného záchranného systému (IZS) společně s Hasičským záchranným sborem (HZS) a Policií České republiky (PČR) (5).

IZS je definován jako koordinovaný postup jeho složek při provádění záchranných a likvidačních prací a při přípravě na mimořádné události. Zákon č.239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému přináší podrobnosti o záchranných a likvidačních pracích (30).

¹ (33) Vyhl. 434/1992 sb., o zdravotnické záchranné službě. § 5 Zdravotnické operační středisko

1.2 Historie psychiatrické péče

Jestliže chceme uvažovat o začátcích psychiatrické péče, musíme se obrátit na začátky vývoje člověka. To proto, že pro psychiatrii je oproti jiným lékařským oborům velmi důležitá hranice mezi humanitními a přírodními vědami (14). Duševní choroby jsou tak staré, jako je lidstvo samo. Zmínky o duševních nemocech jsou již ve staroegyptských papyrech, v řecké mytologii i ve Starém zákoně. Nelze tedy tvrdit, že duševní nemoci jsou produktem civilizace, jak tomu někdy bývá (30). Z historie psychiatrie je dobře vidět, jak se mění názory a postoje v Evropě a ve světě vůbec (2).

Ze starověkých civilizací se můžeme podívat na Egypt a jeho medicínu. Z jejich poznatků v medicíně se dlouho nevytěšňuje filozofie, magie a náboženství. Egypťané věřili, že srdce a jazyk jsou orgány nadřazené všem ostatním (14). Záznamy o duševně chorém člověku jsou i v Písmu svatém. Například v Knize Daniel, kdy se babylonský král pásl na louce, protože se považoval za divoké zvíře (3).

V dobách středověku bylo šílenství po určitou dobu chápáno jako působení zlých duchů a ďáblů. Duševně nemocní se často označovali za čarodějky a kacíře (14). Toto období je v psychiatrii považováno za nejčernější. Odhaduje se, že v 16. a 17. století bylo upáleno a umučeno několik set tisíc lidí, místo toho, aby byli umístěni v azylech pro duševně choré. V Čechách se péče o duševně nemocné odehrávala převážně v kláštorech (20).

Situace se změnila až v období renesance, kterou můžeme v psychiatrii považovat za klíčovou. První psychiatrické oddělení bylo v Praze otevřeno v roce 1790 (14).

Deklarace práv duševně postižených lidí byla sepsána OSN (Organizace spojených národů) v roce 1971 (2). Ve 20. století byla psychiatrie spojena s dílem Sigmunda Freuda (20). Lékařské fakulty uznaly psychiatrii jako lékařský obor a začaly jí vyučovat samostatně (17). Docházelo k psychologizaci medicíny, a tím k většímu zájmu o psychiatrii (20). Psychiatrie se od počátku 20. století rozvíjela dvěma směry, a to jako biologická a sociální psychiatrie (17).

Dalším mezníkem byla druhá světová válka, kdy duševně nemocní byli hromadně likvidováni. Po válce s příchodem ideologie, že nová společnost bude bez

bláznů, přetrvává nezáměr o psychiatrii. Toto se mění teprve po roce 1989, kdy vytváříme vstřícnější a humánnější péči o duševně choré (20).

1.3 Nejčastější akutní stavy v psychiatrii

1.3.1 Deprese

Depresi můžeme označit jako dlouhodobě pokleslou náladu. Jedná se o patologický stav a trpí jím asi 5% populace (5).

Deprese jako diagnóza F32 patří mezi afektivní poruchy. Je to porucha nálady, neschopnost prožívat radost, snížení motivace k jakékoli aktivitě a apatie. Na samotnou depresi pak nasedají poruchy myšlení a vnímání, jako je snížení koncentrace, nerozhodnost či beznaděj. Dále jsou přítomny poruchy psychomotoriky a to retardace až stupor nebo naopak agitace až hyperaktivita (24). Depresivní člověk postupně ztrácí základní potřeby. Chronologicky to jsou sexuální, obživný a naposledy sebezáchovný pud. Příčinou deprese je nedostatek biogenních aminů. Jedná se například o látku Serotonin. Na této příčině je založena farmakologická léčba. A to selekcí serotoninu antidepresivy. Léky lze pacientovi předepsat nejvýše na 4 dny. Provádí se tak prevence jejich zneužití. Jako léčba deprese se využívá ještě fototerapie, psychoterapie a elektrokonvulze (5).

Při předávkování antidepresivy, zejména první generace, se u pacienta objevuje útlum, sedace, hypotenze, kolapsový stav, poruchy srdečního rytmu a tachykardie. Léčba spočívá v gastrické laváži případně hemodialýze. Dvě třetiny pacientů s depresí má úvahy o ukončení života.

Dle intenzity daných příznaků rozdělujeme depresivní stav na mírný, střední nebo těžký. Podmínkou diagnózy depresivního stavu neboli depresivní epizody je trvání obtíží nejméně dva týdny (24). Pro pacienta v depresivním stavu, který je nebezpečný především sám sobě, je hospitalizace, která ho má ochránit před suicidálním chováním, nutná. Když je zanedbaný, neupravený, kachektický, nemá nikoho blízkého, je bezdomovec nebo jinak trpí nedostatkem sociální podpory, nutnost hospitalizace výrazně stoupá (22).

Lehčí forma deprese lze řešit krátkodobou psychoterapií. V jiných případech sedativně působící antipsychotika a antidepressiva. Při neklidu je možná kombinace s neuroleptiky. Je nutné dávat pozor na hrozící nebezpečí sebevražedného pokusu. Při převozu depresivního pacienta nebývají problémy, když se před převozem pacient zklidní (11).

Informace, které můžeme poskytnout pacientovi nebo jeho rodině a blízkým: Deprese je onemocnění, které není ojedinělé a dá se dobře léčit, neznamena slabost ani lenost. Je dobré plánovat krátké aktivity, které přináší radost a zvyšují sebedůvěru pacienta. Důležité je pátrat po riziku sebevraždy a myslet na potenciální riziko ohrožení pacienta nebo okolí (20).

1.3.2 Sebevražedné (suicidální) jednání

Sebevražedné jednání a následná sebevražda je pro člověka definitivní způsob, jak se dostat z bezvýchodnosti a jak vyřešit pro něho neřešitelný životní problém. Mějme tedy na paměti, že tato kapitola je pro každou psychiatrickou akutní situaci zásadní (10).

Samotné suicidální jednání není diagnóza, ale presuicidální symptom (22). Nejčastější příčinou takového chování bývá deprese nebo poruchy sebehodnocení. Přispívá k tomu několik základních rizikových faktorů. Těmi mohou být náhlá ztráta blízkého člověka, vyšší věk či období biologických krizí, sociální deprivace, rozvrácené vztahy, nezaměstnanost nebo finanční problémy (5).

V České republice je výskyt sebevražd dvacet na sto tisíc obyvatel. Patříme tak mezi země s nižší sebevražedností (22).

Je důležité rozlišovat termín sebepoškozování a sebevražednost. Sebepoškozování neboli automutilace je paradoxně spojeno s vysokým pudem sebezáchovy. Jedná se o autoagresi, ale poškozením sebe samého chce člověk zabránit větší újmě. Sebevražedné jednání je také agrese namířená jedincem proti sobě, ale s cílem zemřít (11). Důležité jsou varovné signály možného suicidálního chování. Takový člověk nemá žádné plány ani vyhlídky do budoucna, o sebevraždě mluví, zemřít je jeho

přáním nebo se dokonce na smrt těší. Není pravdou, že děti spáchat sebevraždu nemohou nebo pokusu o ni nelze zabránit (5).

Počínající suicidální chování vyžaduje odbornou lékařskou pomoc, přičemž léčba může probíhat jen ambulantně. Pacient totiž neohrožuje své zdraví ani život. V každém případě, jedná-li se o podezření na takové chování je psychiatrické ambulantní vyšetření nutnost (22).

Sebevražedné chování má své formy, způsoby a motivy. Suicidální myšlenky provází snad každého člověka. Typické jsou pro období dospívání. Poté se ale objeví tendence k jejich realizaci a myšlenky se mění na nutkavé. Suicidální pokus je další stupněm sebevražedného chování (16). Je zde vědomý úmysl zemřít, ale jedinec zůstává na živu. V prvních třech měsících po sebevražedném pokusu je nejvyšší riziko dokonalé sebevraždy (22). K sebevražedným pokusům dojde většinou ze spontánního a málo promyšleného rozhodnutí (16).

Další důležitý pojem je parasuicidium. Jedná se o demonstrativní sebevražedný pokus. Většinou jde o zkratkovité jednání a volání o pomoc.

Dále rozeznáváme ještě sebeobětování, kdy motivací k sebezabití je prospěch jiné osobě nebo skupině lidí (20).

Dokonaná sebevražda neboli suicidium je ukončení vlastního života úmyslně a vědomě (32).

Sebevraždy dělíme na biické a patické. Biická sebevražda vychází z reality, patří sem sebevražda bilanční či parasuicidium (demonstrativní). Patická sebevražda je založena na psychopatologii (5). Například schizofrenie, deprese, panická porucha, závislost a jiné (22).

Jestliže je podezření na suicidální chování jedince, má presuicidální symptomy, je depresivní, je nutné psychiatrické vyšetření. Většinou psychiatr nasadí léčbu anxiolytiky či antidepresivy v kombinaci s psychoterapií.

U vysoké pravděpodobnosti realizace nebo u opakování sebevražedného pokusu je nutná i nedobrovolná hospitalizace. Čím nebezpečnější metoda sebevraždy je zvolena, a jsou-li učiněna opatření, aby pacient nebyl nalezen, prognóza je horší.

Pátráme například po dopisu na rozloučenou. Snažíme se od příbuzných získat objektivní anamnézu (11).

Důležité je vyjádření přijetí problémů pacienta, klidný rozhovor a nabídnutí pomoci a ochrany. Při akutním nebezpečí sebevraždy nikdy pacienta nenecháváme o samotě a spolupracujeme s ostatními složkami IZS (5).

Jak zabránit pacientovi v provedení suicidia? Uvádí se, že pokud pacient sebevraždu spáchat chce, pravděpodobně se o to pokusí bez ohledu na přihlížející záchranáře. Pokusit se navázat s pacientem verbální kontakt, citlivě a ohleduplně se k němu přiblížit a zabránit mu v sebevražedném pokusu je nutnost. Jestliže se toto povede, pacienta posadíme, popřípadě fyzicky omezíme a, když je třeba, podáme medikaci (22). Jestliže mluvíme o přednemocniční neodkladné pomoci, je důležité dbát především na vlastní bezpečnost. Například tím, že si o pacientovi zjistíme co nejvíc informací ještě před zásahem. Pro vlastní i pacientovu bezpečnost si ověříme, zda v místnosti nebo v okolí není něco, co může pacient použít jako zbraň. Další zásada je nikdy nezůstat s pacientem o samotě!

Jestliže je velmi pravděpodobné, že dojde k realizaci sebevraždy je nutno kromě policie přivolat i psychologa (8).

Z medikamentů zvolíme při úzkosti benzodiazepiny, antidepresiva, při afektivních poruchách neuroleptika, sedativa (5). Jedná se například o Tiapridal 100mg i.v., Plegomazin 25-30mg i.v. nebo i.m., Haloperidol 3 - 5mg i.m. či i.v., i.m., a další.

Sebevražedné jednání není trestní čin. Trestněprávní odpovědnost ale připadá na osoby, které se na sebevraždě nějak podílely. Vše podle trestního zákona č. 140/1991 Sb. v platném znění (16). Jestliže se posádka zdravotnické záchranné služby ZZS dostane na místo nedokonalé sebevraždy, většinou je potřeba zahájit neodkladnou kardiopulmonální resuscitace KPR, či realizovat protišoková opatření (8).

1.3.3 Akutní manické stavy

Mánie se projevuje nadměrnou veselou, rozjařenou náladou a zvýšenou aktivitou. Tento stav musí trvat alespoň jeden týden, abychom mohli hovořit o manickém stavu (32). Jedná se o naprostý opak deprese. Pacient má sníženou potřebu

spánku a pocit vysoké výkonnosti (5). Přítomno je zrychlené myšlení a řeč. Pacient je velmi důvěřivý, není schopen udržet sociální odstup, nemá pocit únavy. Akutní manický stav se objevuje jako manická fáze bipolární afektivní poruchy nebo jako typ schizoafektivní poruchy.

Hospitalizace u manického stavu je potřebná, jako u všech akutních psychóz, hlavně v případě, dojde-li k takové poruše chování, která je sociálně neúnosná. Například se pacient projevuje opakovaně agresivně nebo je sexuálně nezdrženlivý (tzv. antisociální chování) (22).

Informace které můžeme poskytnout pacientovi, rodině nebo jeho blízkým: Takové změny nálady a chování jsou příznaky duševního onemocnění, na které existuje léčba a dlouhodobá terapie může zabránit dalším záchvatům onemocnění. Bez léčby se onemocnění může stát nebezpečné až destruktivní. Často se stává, že pacient přijde o zaměstnání a může se dostat do finančních a společenských problémů (21).

1.3.4 Panická porucha

Panickou poruchu řadíme do skupiny úzkostných a fobických neuróz (35). Tato porucha postihuje asi tři procenta naší populace. Jedná se o opakující se a nevyprovokované záchvaty silné úzkosti. Těmto záchvatům říkáme panické ataky (32). Ataky trvají obvykle několik minut, zřídka několik hodin. Pacient má pocit bezmocnosti, strach ze smrti, pociťuje intenzivní úzkost. Objevují se i příznaky jako palpitace, tachykardie, chvění, zvýšené pocení, nauzea až zvracení a návaly horka (35). Panická ataka je komplikována tím, že pacienti často nejprve udávají své organické symptomy a úzkost již jako jejich následek. Existují také panické ataky bez výrazné úzkosti, tzv. „panics withouth fear“, kde dominují kardiovaskulární, gastrointestinální a svalové somatické příznaky.

Panická ataka se často vyskytuje společně s depresivní poruchou a agorafóbií (úzkostná porucha – strach z veřejných prostranství). Výjezdy ZZS k pacientovi s panickou atakou bývají opakované. Takový pacient je vždy „*obtížný*“ pacient. Je ve svém stesku neurčitý a tak ani neumožňuje jasné stanovení diagnózy. Pacient si často

žádá další vyšetření. Pro pocit jistoty ale zdravotník jen těžko pacientovu žádost odmítne, aby něco nepřehlédl, i když organická příčina není (31).

Léčba farmakologická probíhá v podání anxiolytik – Neurol 5mg či antidepressivy třetí generace SSRI (5).

„Akutně lze ke zmírnění tělesných symptomů využít dýchání s odporem – dýchání do sáčku.“² V první pomoci většinou postačí správný a základní psychoterapeutický přístup, který vede k částečnému zklidnění pacienta. V další fázi léčby již nastupují relaxační techniky jako je například autogenní trénink (35).

1.3.5 Hyperventilační syndrom

Vyskytuje se velice často u pacientů, kteří trpí některými onemocněními psychického charakteru. Hlavně úzkostnými poruchami, fobiemi či panickou poruchou.

Hyperventilační syndrom je často důvodem přivolání zdravotnické záchranné služby. Hyperventilace je velmi rychlé dýchání, kdy dochází k většímu výdeji oxidu uhličitého a dochází tak ke zvýšení pH krve a respirační alkalóze. Zvyšuje se nervová i svalová dráždivost, vzniká vazokonstrikce v mozgovém a koronárním řečišti a tak i snížení průtoku krve srdcem a mozkem.

Mortalita u hypoventilačního syndromu je velmi vzácná. Při zajištění a ošetření pacienta je velmi důležité nejprve vyloučit organické příčiny hyperventilace. Na prvním místě by mělo být polohování – Fowlerova poloha a klidný přístup k pacientovi (5,8). Důležitý je tišící rozhovor, který spočívá v uklidnění a laickém vysvětlení, proč je důležité, aby pacient začal dýchat normálně (8). Pozvolná ventilace do sáčku, která napravuje alkalózu, se doporučuje až po vyloučení organického poranění (5,7). Pulzní oxymetrie je žádoucí pro vyloučení hypoxie. U pacienta by měl proběhnout rozhovor o možných příčinách hypoventilačního syndromu a základní neurologické vyšetření (7).

² (31) VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena. Pacient s panickou poruchou v situaci akutního kontaktu – návod na použití lékaře. *Urgentní medicína*. 2005, roč. 8, č. 2. s. 29-31.

1.3.6 Schizofrenie

Jedno z nejzávažnějších psychotických onemocnění je právě schizofrenie (6). Charakteristické pro tuto psychózu je rozklad osobnosti, porucha vnímání, cítění, myšlení a jednání. Slovo schizo v překladu z řečtiny znamená štěpit (32).

Příznaky schizofrenie se rozdělují na negativní a pozitivní, kognitivní a afektivní. Pozitivní jsou takové, které pacientovi něco přináší a to například halucinace a bludy. Mezi negativní řadíme ty, které pacientovi vlastně jakoby chyběly. To jsou třeba nedostatky v řeči, apatie nebo anhedonie (neschopnost prožívat radost). Vyskytuje se snížení kognitivních a adaptačních funkcí (30).

Pozitivní příznaky, tzv. psychotické bývají nejčastější příčinou hospitalizace. Jsou to halucinace, bludy a dezorientace, které ovlivňují chování a jednání nemocného. Negativní příznaky představují ochuzení psychiky hlavně v emotivní a volní složce. Kognitivní dysfunkce znamená narušení poznávacích funkcí. Tuto dysfunkci pozorujeme před začátkem choroby. Mezi afektivní příznaky patří například deprese, která je velmi častá a bývá součástí akutní psychotické ataky. Uvádí se, že až 5% schizofreniků spáchá suicidium.

Schizofrenii rozdělujeme na několik klinických forem:

Paranoidní schizofrenii F20.0, kdy převažují bludy doprovázené halucinacemi. Jedná se o nejrozšířenější typ schizofrenie.

Hebefrenní schizofrenie F20.1 se objevuje nejčastěji v období adolescence a časné dospělosti. Chování nemocného je neodpovědné a nepředvídatelné. Hebefrenní schizofrenie karikuje pubertální projevy.

Katatonní schizofrenie F20.2, zde jsou v popředí poruchy motoriky. Například bezcílná motorická aktivita nebo naopak stupor. Často se objevuje tzv. vosková ohebnost.

Při *nediferencované schizofrenii* F20.4 jsou přítomny příznaky více forem a nelze určit, která je v popředí.

Reziduální schizofrenie F20.5 je chronický stav, který přetrvává po odeznění akutních příznaků. Charakteristické je podivínství a zanedbávání okolí i sebe.

Pro *simplexní formu* F20.6 je typické postupné oploštění emotivity a redukce volní složky (6).

Některé ze společných pocitů nemocných schizofreniků je obecný pocit nejistoty, „pusto a prázdno“, nedůvěra k vlastnímu podnikání, neschopnost vnímat „krásné a velké věci“, „označení razítkem méněcennosti“ (4).

V této kapitole je vhodné zmínit se i o dětské schizofrenii. Projevuje se výrazným narušením interpersonálních vztahů, bizarním impulzivním chováním (abnormální motorické projevy, panické reakce, rituály) a po desátém roku života poruchami myšlení a vnímání. Schizofrenie v dětství je také charakterizována sociální izolací, zvláštní mimikou, agresivitou bez emočního doprovodu (raptus). Někdy jsou přítomny nenormální pohyby a postoje, jako je například našlapování jako do schodů, poskakování, točení se při chůzi a jiné. Halucinace bývají nejčastěji sluchové za doprovodu úzkosti a strachu. Objevuje se echolálie (opakování slov vyřčených jinou osobou) nebo vytvářením neologismů s tendencí rýmování (19, 32).

Například: „*To je panák. Jsou důležitá játra, střeva a moc, moc krve. Krev se dát pijak diak kysak. Dívka 9let, text pod obrázkem.*“³ Stanovit diagnózu u dětského pacienta je obtížné, protože psychika dítěte se mění v závislosti na tom, v jaké vývojové etapě se dítě nachází. Důležitá součást péče o dětského psychiatrického pacienta je spolupráce s rodinou, se školním či sociálním zařízením. Rozhoduje i souhlas rodičů s léčbou dítěte. Bez souhlasu alespoň jednoho z rodičů má právo lékař dítě léčit pouze v případě ohrožení života (25).

Akutní psychotické poruchy lze označit za závažné akutní stavy v psychiatrii, které patří právě do okruhu schizofrenie. Tento stav je třeba zvládnout co nejrychleji právě proto, že dochází k ohrožení života nemocného i jeho okolí.

Je na místě užít psychofarmaka v injekční formě. Například: Plegomazin (bazální sedativní antipsychotikum), Tizercin, Haloperidol (incizivní antipsychotikum), Tiapridal (atypické antipsychotikum 2. Generace), Apurin (benzodiazepinů), a jiné.

³ (19) MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. s. 27.

Farmakologické zklidnění akutně psychotického pacienta naráží na technické problémy. Daná situace někdy vyžaduje přítomnost několika členů záchranné služby či policie ČR a fyzické omezení pacienta. Všechny takové zákroky je nutno dokumentovat. U pacientů, u kterých víme, že trpí schizofrenií a jedná se o recidivu či relaps, je terapeutické zvládnutí situace stejné. Zajímavým poznatkem je, že k relapsu psychózy dochází v rodinách s vysokou úrovní vyjadřování emocí, a to v 55%, u rodin s nízkou úrovní vyjadřování emocí v 20% (25, 23)

1.3.7 Akutní intoxikace (psychoaktivní látkou)

Tuto kapitolu jsem se rozhodla zařadit do své bakalářské práce hlavně proto, že v současné době se zdravotničtí záchranáři setkávají s pacienty, u kterých jsou právě změny v chování projevem intoxikací psychoaktivními látkami.

Akutní intoxikace je přechodný stav, který trvá většinou několik hodin a vzniká po užití psychoaktivní látky. Stupeň intoxikace je závislý na druhu a množství aplikované dávky a na aktuální toleranci látky vůči pacientovi (25).

Psychoaktivní látka je ta, která narušuje psychické funkce člověka a to jakýmkoli způsobem. Může jít o změněnou emotivitu, chování a aktivitu, poruchy myšlení a vnímání až poruchy vědomí. Psychoaktivní látky návykové vyvolávají u člověka závislost. Mluvíme o závislosti psychické a fyzické. Fyzická závislost se dostaví při snížení dávky nebo vysazení látky. Jde o nepříjemné tělesné příznaky jako bolesti, křeče, epileptické záchvaty a další. Reakce se vždy odvíjí od druhu psychoaktivní návykové látky. Psychickou závislostí rozumíme touhu si znovu navozovat příjemné stavy, které návyková látka přináší (26).

Do této kapitoly bych ráda zařadila ty nejčastější akutní intoxikace psychoaktivními návykovými látkami, se kterými se zdravotnická záchranná služba setkává.

„Nejčastější příčinou jsou intoxikace látkami ze skupiny hypnotik, sedativ, opiátů a stimulačních látek. Mezi lety 2002 a 2003 došlo k výraznému nárůstu intoxikací

kanabinoidy, které do té doby tvořily jen okrajovou skupinu. Intoxikace těkavými rozpouštědly se objevují stále a vyskytují se v nejslabších sociálních vrstvách.“⁴

Intoxikace alkoholem, opilost, ebrietas

Rozeznáváme čtyři stádia opilosti. Je to excitační, hypnotické, narkotické a asfyktické stádium. Alkohol působí vazodilatačně. To má za následek zarudnutí kůže, hypotenzi, bradykardii, sníženou teplotu a mělký dech. Při vyšších stádiích opilosti se dostavují poruchy rovnováhy, zvýšený práh bolesti, zmatenost, poruchy vědomí, zvracení a s tím spojené riziko aspirace (5).

Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů

Kanabinoidy označujeme souhrnně jako psychoaktivní substance, patří mezi ně hašiš, marihuana. Akutní intoxikace se projevuje změnou nálady. Jak euforií, tak naopak úzkostí, halucinacemi či iluzemi a zpomaleným vnímáním času. Typickými příznaky pro intoxikaci kanabinoidy je sucho v ústech a zvýšená chuť k jídlu. Nebezpečné je po požití velkých dávek pro intoxikovaného i jeho okolí mírné delirium, příznaky paniky, a když dojde k propuknutí psychotické poruchy (schizofrenie). Závislost na kanabinoidech je psychická. Odvykací stav je výjimečný a projevuje se psychomotorickým neklidem, bolestmi hlavy či depresivní náladou. Akutní psychotický stav způsobený konzumací kanabinoidů spočívá v podání benzodiazepinů (25).

Intoxikace po užití sedativ nebo hypnotik (F13)

Riziko vzniku závislosti nebo akutní intoxikace těmito látkami je velké, a to proto, že sedativa a hypnotika jsou nejčastější psychoaktivní látky předepisované lékařem, a to ne vždy adekvátně. Akutní intoxikace je často popisována jako opilost. U těžké intoxikace se objevuje hypotenze, hypotermie až útlum CNS (centrální nervový systém) a dýchání. Jde o život ohrožující stav, který si žádá intenzivní resuscitační péči (25). Odvykací stav bývá bouřlivý. Objevují se až generalizované tonicko-klonické křeče. Akutní intoxikace sedativy a hypnotiky většinou vyžaduje intenzivní péči na odděleních ARO (anesteziologicko resuscitační oddělení) (22).

⁴ (22) POKORNÝ, Jan et al. *Lékařská první pomoc*. s. 320.

Zneužití opiátů

Opiáty způsobují euforii a pocit klidu. Na opiáty vzniká fyzická závislost. Ve větším množství, při akutní intoxikaci ale způsobují útlum CNS. Opiáty vyvolávají nauzeu a zvracení, protože se snižuje motilita gastrointestinálního traktu. Intoxikovaný se může dostat do bezvědomí, nastupuje útlum dechu, apnoe a mióza. U akutní intoxikace je možnost aplikovat i. v. antidotum opiátů a to Naloxon (22). Opioidy nevyvolávají psychotické poruchy (25).

Intoxikace psychostimulancii

Nejrozšířenější v této skupině je pervitin. Patří sem také amfetamin, kokain a extáze. Po užití přijde pocit výkonnosti a sebedůvěry, sníží se pocit žízně a hladu. To je nebezpečné zejména u drogy extáze, kdy při pohybu intoxikovaného a současné dehydratace dochází až k rabdomyolýze a metabolickému rozvratu. U takového stavu je přítomna hyperpyrexie. Ve vyšších dávkách se u pacienta může vyvinout intoxikační psychóza. Pacient je úzkostný, paranoidní a agresivní vůči okolí. Závislost na těchto látkách bývá psychická (22).

Při zajištění intoxikovaného pacienta jako první hodnotíme stav vědomí a zajistíme průchodnost dýchacích cest. Kontrolujeme přítomnost pulzu a při bezvědomí, apnoe a zástavě oběhu přistupujeme ke KPR (kardiopulmonální resuscitace). Jestliže je pacient kardiopulmonálně kompenzovaný, dbáme na dostatečnou oxygenii, zajistíme žilní vstup, vyšetříme glykémii a zvážíme podání antidot (Opiáty - Naloxon, Benzodiazepiny – Flumazelin). Podáváme dostatek krystaloidů, které urychlují eliminaci toxické látky. Pacienta monitorujeme (TK, AS, EKG, TT) a to opakovaně. Poté provedeme základní neurologické vyšetření a zvážíme možnost přidruženého traumatu. Léčíme případné křeče. Při neklidu pacienta sedujeme. Při předávkování stimulancii podáváme k sedaci benzodiazepiny. Ošetření takového pacienta sebou nese pro záchranáře jistá rizika, která bychom měli mít stále na paměti, a to především riziko infekce a riziko napadení (22).

1.3.8 Akutní reakce na stres

Jde o psychickou úzkostnou poruchu, která se objeví u člověka, co dříve netrpěl psychickými poruchami. Je to okamžitá odpověď na neobvykle velký stres. A to psychický nebo i fyzický. Vyvolat akutní reakci na stres mohou události, jako jsou povodně, požár, ztráta někoho blízkého, ztráta zaměstnání, závažná změna v partnerských vztazích, znásilnění nebo únos. Větší riziko k akutní reakci na stres mají lidé fyzicky vyčerpaní, dlouhodobě nemocní či staří.

Akutní reakce na stres je diagnóza F43.0. Symptomy jsou variabilní, ale reakce probíhá většinou v typickém cyklu. Nejprve se dostaví ustrnutí, zúží se vědomí a pozornost a člověk je dezorientován. Může následovat další otupělost nebo naopak agitace a hyperaktivita (zde se jedná o tzv. útěkovou reakci). Objevují se i příznaky jako tachykardie, pocení, chvění a zčervenání. Jako první pomoc často postačí zklidňující postoj a rozhovor.

Při neutišení reakce lze podat jednorázově benzodiazepiny (například Diazepam 10mg i.v. nebo Lorazepam p.o.) (24).

1.3.9 Psychomotorický neklid

Základem pro psychomotorický neklid je vnitřní napětí. Jde o nespecifický symptom různých psychických onemocnění. Jestliže pacient přechází z místa na místo, je nepokojný, neochotný na výzvu a dochází ke zhoršování neklidu, klasifikujeme tento stav jako psychomotorické vzrušení. Extrémním stupněm psychomotorického neklidu je psychomotorická agitovanost. Tento stav většinou doprovází agresivní chování (22).

Psychomotorický nepokoj se může projevovat impulzivním chováním, zkratkovitou reakcí, demonstrativní reakcí nebo výbuchem zuřivosti proti sobě a později proti okolí, což označujeme jako raptus (32, 7). Takový pacient vyžaduje neustálý odborný dohled. Od zdravotníka se čeká klidné, diskrétní, jisté a rozhodné jednání. U pacienta s vyšším stupněm psychomotorického neklidu je na prvním místě radikální farmakoterapie (například Haloperidol, Diazepam) (35).

1.3.9 Agresivní chování

Agrese a agresivita jsou dva rozdílné pojmy. Agresi se rozumí krátkodobý nepokoj proti okolí, náhlé vybití energie. O agresivitě mluvíme tehdy, je-li agrese dlouhodobá a spojená s osobností nemocného (7).

Je několik teorií, co je to agrese. Například podle CH. Darwina jde o ochranu obživy a existence, dle etologa Lorenze jde o vrozené chování a S. Freud tvrdil, že agrese je součást biologické evoluce. Agresivitou nemocného není ohrožen sám pacient, ale hlavně jeho okolí a zdravotnický personál. Zde zdravotník nevykonává jen funkci léčebnou, ale především detekční (11).

Násilné chování a jednání může být způsobeno psychózou, ale i intoxikací nebo poraněním mozku. Agrese vrcholí v pozdní adolescenci a rané dospělosti (15).

Agresivita má několik způsobů. Pacient ji může vůlí potlačovat, bývá v motorickém neklidu, zatíná pěsti, zuby nebo se kouše do rtů. Dále svou agresi může projevit verbálně výhrůzkami, výhrůžnými gesty, ponižováním a psychickým terorem. Taková agrese může vyústit ve fyzické napadení (brachiální agrese) lidí nebo zvířat. Někdy pacienti svou agresivitu použijí proti věcem, které pak rozbíjí a ničí (7).

Příčin agresivního chování je hned několik. Především se jedná o intoxikace, abstinční příznaky, psychózy, strach, pocit vyčerpání nebo bolest (5). Nemusí se jednat jen o biologické faktory, ale i sociální a situační okolnosti mohou agresivní chování rozvíjet (11). Agresivně reagují často i normální lidé, co se dostali do krizové situace a svojí agresi zakrývají bezmocnost a bezvýchodnost vzniklé situace. Agresi získávají pocit, že například pomáhají svému blízkému, kterému pomoci neumí. Lidem, kteří bezbranně přihlížejí, jak přichází o život jeho blízký, stačí k projevu agrese jen jediné hloupé slovo, nevhodná poznámka nebo gesto od posádky ZZS (9).

Zásah ZZS u agresivního pacienta je komplikován časovou tísňí, a proto někdy i nemožností zjistit, z jaké příčiny pacient agresivní je. Agresi a agresivitu lze ovlivnit několika způsoby. Fyzické omezení, psychofarmakologické ovlivnění a psychologické působení na pacienta (22). Zdravotnický záchranář by se měl snažit nebýt podrážděný. Největší riziko totiž vzniká tam, kde se sejde podrážděný pacient s podrážděným

zdravotníkem. Přístup k nemocnému a postup si vždy předem promyslíme, domluvíme se ostatními a pak jednáme (12).

„Ak dá policajt agresívnému pacientovi na výber, či chce ísť do väzenia alebo do nemocnice, bude pacient v sanitke skôr, ako jej posádka.“⁵

1.3 Zajištění pacienta zdravotnickou záchrannou službou

1.4.1 Psychofarmakologické ovlivnění pacienta

Psychofarmaka se v posledních desetiletích stala v léčbě psychotických pacientů základem. (3) K psychofarmakologickému ovlivnění pacienta přistupujeme tehdy, když pacient je objektivně úzkostný, agitovaný, když jde o stavy s vyšší mírou napětí. U lehčích stavů, například poruch přizpůsobení nebo reakce na stres, lze jednorázovou dávku zklidňujících léků podat perorálně. V úvahu pak přichází Diazepam 10mg, Oxazepam 10mg, alprazolam 0,25 – 1mg (22). Jestliže se jedná o intenzivnější neklid u depresivních poruch, schizoafektivních poruch depresivního typu nebo psychotických poruch je výhodnější volit parenterální aplikaci. Pozor! U pacientů, kteří před rozvojem neklidu užili alkohol, hrozí po aplikaci benzodiazepinů útlum dechového centra, proto se v tomto případě jejich aplikace vůbec nedoporučuje.

Při nejtěžším neklidu pacienta, většinou u schizofrenie, v průběhu mánie nebo při akutních a přechodných psychotických poruch a chronických duševních onemocnění s bludy bývá často první aplikace psychofarmaka možná pouze podáním i. m. formou. K dispozici je clonazepam (Rivotril) 2mg, diazepam 20mg i. m., nebo Haloperidol 5mg i.m. Velmi výhodné, s okamžitým účinkem a s malým rizikem komplikací je kombinace Haloperidolu a diazepamu. K léčbě neklidu a agrese se využívají sedativní antipsychotika první generace, jako jsou Tisercin a Plegomazin.

Při farmakologickém ovlivnění pacienta musíme vždy brát v úvahu nežádoucí účinky a možné komplikace (provokace epileptického záchvatu či možné inkompatibility aplikované látky)! Proto například u agresivního opilého pacienta nebo epileptika zvolíme pro zklidnění omezující prostředky (11).

⁵ (7) DOBIÁŠ, Viliam a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta, 2007. s. 219.

1.4.2 Fyzické omezení pacienta

K fyzickému omezení pacienta dochází před pokusem o farmakologické ovlivnění, při čekání na účinek psychofarmaka nebo při jeho nedostatečném účinku. Fyzické omezení připadá v úvahu i tehdy, když není možné psychofarmaka aplikovat. Například z velkého rizika komplikací. Víme-li, že byl pacient již v minulosti agresivní, jeví známky závislosti nebo je evidentně agitovaný, hlučný a naléhavý měli bychom myslet především na vlastní bezpečnost (11)! Není vhodné zahájit pokusy o omezení pacienta ve spolupráci s rodinou. Měli bychom vyčkat příjezdu policie. ZZS policii vyjasní a zdůvodní nutnost zákroku a policisté pacienta fyzicky omezí tak, aby zdravotník mohl aplikovat připravená psychofarmaka. Jestliže dojde k napadení, dostává se ZZS do vyhrocené a složité situace. Především se musí dbát na bezpečnost personálu, okolí a samotného pacienta. Fyzické omezení je ideální tehdy, když na každou končetinu útočnicka je k dispozici jedna osoba.

Cílem je, co nejrychleji a šetrně pacienta položit na záda na zem. Jeden ze zdravotníků pak musí mít volnou ruku na aplikaci psychofarmak a sleduje, zda pacient volně dýchá. Použití fyzického omezení a omezovacích prostředků je nutné řádně zapsat do záznamu o výjezdu a následně zdůvodnit zdravotnickému zařízení (11).

1.4.3 Psychologické působení na pacienta

Akutní zásah u pacienta s psychickou poruchou vyžaduje nejen farmakologické ovlivnění, ale i některé z psychoterapeutických postupů či sociálních opatření. K psychologickému ovlivnění přistupujeme u lehčích forem neklidu. Například u osob v akutní krizi. Podmínkou pro tento postup je částečně zachované vědomí, nepřítomnost agrese nebo psychomotorického neklidu. Jestliže se jedná o případ akutní krize, je zdravotník na místě zásahu především zástupcem společnosti a řešení má spíše sociální charakter (11).

Názorným příkladem první psychické pomoci zdravotníkem může být představa matky, která se snaží utišit své dítě. Projeví porozumění situaci, mateřským tónem mu vysvětlí co se děje, dává mu najevo, že může situaci zvládnout a ona mu bude nápomocná (1).

Významnou roli v rozhovoru hraje hlas, který má být klidný, jistý, níže položený. Situaci lze ovlivnit i pomalými pohyby a gesty, nakročením směrem k pacientovi a vstřícným podáním ruky (18). Zdravotník má vystupovat jako klidný a jistý člověk, z jehož jednání se dá vycítit, že právě on pacientovy pomůže. Cílem psychoterapeutického rozhovoru je abreakce (uvolnění emocí). V ideálním případě je komunikace vedená na úrovni partnerů. Od zdravotníka se očekává respekt, úcta, autorita a snaha o porozumění. Následuje informační funkce rozhovoru, kdy se pacient dozví o zamýšleném postupu a závěru lékaře či záchranáře. Pacienti v akutní krizi by měli dostat informace o příslušných krizových centrech, popřípadě by tam měli být směřováni (11).

1.4.4 Nedobrovolná hospitalizace

Fyzické omezení společně s nedobrovolnou aplikací psychofarmak patří k výkonům bez souhlasu pacienta. V takových případech musí být dodrženy předpoklady dané zákonem. Konkrétně Zákonem o péči o zdraví lidu č 86/1992 Sb. (§ 23 odst. 4) (11).

Jde o osoby, které jeví známky duševní nemoci, intoxikace, které zjevně a aktuálně ohrožují na životě sebe i své okolí nebo takové od kterých nelze získat souhlas k provedení život nebo zdraví zachraňujících výkonů (22). Zákon o péči o zdraví lidu je první normou, která nedobrovolnou hospitalizaci indikuje. Převzetí a držení občana bez jeho souhlasu je upraveno dalšími právními normami, a to Listinou základních práv a svobod a Občanským soudním řádem.

„Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí.“⁶

⁶(34) Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění. § 24.

Příslušný soud pak musí do sedmi dnů rozhodnout o přípustnosti převzetí pacienta do ústavu bez jeho souhlasu. Toto rozhodnutí je na základě výslechu pacienta a jeho ošetřujícího lékaře (25).

V mimořádných případech, jako je například agrese jedince s duševní poruchou nebo jeho opevnění v bytě, se lze obrátit na PČR vzhledem k zákonu č. 283/1991 Sb. o Policii České Republiky. Policista je v těchto případech oprávněn zajistit osobu, která ohrožuje sebe sama i své okolí. Fyzicky omezený a farmakologicky ovlivněný pacient musí být transportován do zdravotnického zařízení pod neustálým dohledem. Pacient přivezen do zdravotnického zařízení je předáván s dokumentem (doporučení k přijetí), což je dostatečný důkaz k hospitalizaci pacienta (11).

Výsledky evropské studie EUNOMIA s názvem Nedobrovolná hospitalizace a názory pacientů publikované v časopise psychiatrické společnosti ČLS JEP a psychiatrické společnosti SLS Česká a slovenská psychiatrie říká, že ze 202 pacientů nedobrovolně hospitalizovaných ve Vinohradské fakultní nemocnici a Psychiatrické léčebně Bohnicích považovalo za hospitalizaci proti jejich vůli za oprávněnou po jednom měsíci hospitalizace 55% z nich, a 63% po měsících třech (27).

1.4.5 Ošetrovatelský proces při výjezdu záchranné služby

Ošetrovatelský proces je průběh ošetrovatelské činnosti, která se děje v daném a logickém pořadí. Jedná se o 5 kroků a to o posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Posouzení a zhodnocení stavu pacienta je na výjezdu ZZS stejné jako ve zdravotnickém zařízení. Provádí se rozhovorem, pozorováním, měřením a objektivními projevy.

V diagnostice se ošetrovatelský proces v urgentní medicíně liší. Při výjezdu ZZS se léčba odvíjí od diagnózy lékařské, ale zdravotnický záchranář si může stanovit tříložkovou ošetrovatelskou diagózu. Tím můžeme dosáhnout komplexnějšího péči a naplnění pacientových potřeb.

Třetí fáze plánování je ve výjezdu ZZS těžko realizovatelná z důvodu časové tísně. Zdravotnický záchranář si musí stanovit takové cíle, které se za krátkou dobu,

jakou tráví s pacientem, dají naplnit. Například zmírnění bolesti nebo úzkosti. Fáze plánování je proto v ošetrovatelském procesu realizovaném na výjezdu ZZS nejnáročnější.

Realizace je pak činnost, kterou se dosáhne stanoveného ošetrovatelského cíle. Rozdíl realizace ošetrovatelského procesu na výjezdu oproti zdravotnickému zařízení je ten, že není možné ji dokumentovat a záchranář ji provádí a dokončuje sám. Setře na oddělení, kde je pacient přijímán by ale měl slovně o ošetrovatelské péči informovat.

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Rozdíl mezi zhodnocením dosažených cílů u lůžka a na ZZS prakticky není. Provádí se objektivním pozorováním, testem nebo měřením, popřípadě i subjektivním hodnocením od pacienta (13).

2 Cíle práce

Na základě analýzy literárních pramenů jsme stanovili konkrétní cíle, kterými jsme měli možnost zmapovat probíranou problematiku.

1. Zjistit, zda existují standardy péče o psychiatrické pacienty.
2. Zjistit, zda standardy zdravotničtí záchranáři znají.
3. Zjistit, zda dodržují zdravotničtí záchranáři zásady péče o duševně nemocné.
4. Analyzovat, jakou mají zdravotničtí záchranáři všeobecnou znalost o problematice psychiatrie.
5. Zjistit, do jaké míry funguje spolupráce zdravotnické záchranné služby s ostatními složkami IZS.
6. Zjistit, jak funguje spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a vybranými psychiatrickými zařízeními.

Vzhledem k exploračnímu charakteru výzkumu nebyly předem stanoveny žádné hypotézy.

3 Metodika

Výzkum probíhal formou řízeného rozhovoru a formou dotazníku.

Struktura rozhovoru byla tvořena 15 otevřenými otázkami. Otázky jsou k nahlédnutí v příloze č. 1. Úvod je zaměřen na základní informace o respondentovi, jako jsou věk, vzdělání a délka praxe na záchranné službě. Další otázky se pak odvíjejí od šesti jednotlivých cílů práce. Jsou to otázky na zkušenosti zdravotnických záchranářů s výjezdy k pacientům s atakou psychického onemocnění, na nejdůležitější zásady při práci s duševně nemocnými a na možnost se v tomto oboru dále vzdělávat.

Další oddíl otázek je zaměřen na spokojenost zdravotnických záchranářů se spoluprací se zdravotnickými zařízeními. A také spokojenost zdravotnických záchranářů s kooperací ostatních složek IZS v rámci výjezdů s psychiatrickou povahou. Rozhovor byl určen zdravotnickým záchranářům, toho času pracujícím na záchranné službě. Zpracované rozhovory a výstup z nich je zpracován níže.

Ve druhé části výzkumu byl vytvořen dotazník určený pracovníkům ve vybraných psychiatrických zařízeních, zaměřený na kvalitu péče zdravotnických záchranářů s duševně nemocnými pacienty a na spokojenost zdravotnických zařízení se ZZS. Dotazník je k nahlédnutí v příloze č. 2. Jednotlivé otázky jsme zaměřili na úroveň a spokojenosti spolupráce vybraných zdravotnických zařízení se ZZS. Konkrétně pak na dostatečné zajištění pacienta záchrannou službou a úroveň profesionality zdravotnických záchranářů. V dotazníku se objevuje 10 uzavřených, 1 polootevřená a 1 otevřená otázka. Získaná data jsou zpracována graficky a to konkrétně výsečovými, sloupcovými a jedním spojnicovým grafem. Dvě otázky z dotazníku jsou vzhledem k přehlednosti zhodnoceny pouze slovně.

Výzkumný soubor se skládal ze zdravotnických záchranářů, konkrétně z ÚSZS v Českých Budějovicích a Liberci, z OSZS v Táboře a ze ZZS Hlavního města Prahy. Dotazník byl určen vrchním sestřám, staničním sestřám a lékařům z psychiatrických oddělení v Krajské nemocnici Liberec, Nemocnici v Českých Budějovicích a Nemocnici Tábor.

4 Výsledky průzkumu

4.1 Zpracování rozhovorů se zdravotnickými záchranáři

Otázky na zdravotnické záchranáře ve vybraných výjezdových stanicích:

- 1) Věk 2) Pohlaví 3) Vzdělání 4) Jak dlouho pracujete jako zdravotnický záchranář?
- 5) Máte zkušenosti s výjezdy s atakou psychického onemocnění v terénu?
- 6) Jak často se s takovou indikací setkáváte?
- 7) Setkal/a jste se někdy s psychiatrickou indikací u dítěte?
- 8) Setkal/a jste se někdy nebo víte o standardech péče o psychicky nemocné pacienty?
- 9) Jaké jsou podle Vás nejdůležitější zásady při zajištění pacienta s atakou psychického onemocnění?
- 10) Zajistí Vám zaměstnavatel možnost dalšího vzdělávání nebo studijní materiály v této problematice?
- 11) Existují na vašem pracovišti nějaké vnitřní předpisy o tom, jak postupovat v krizových situacích popřípadě jak bránit svou osobu?
- 12) Jakou máte zkušenost se spoluprací s ostatními složkami IZS konkrétně v případě psychiatrické indikace?
- 13) Jste spokojen/na se spoluprací psychiatrických zdravotnických zařízení? Popřípadě co byste změnil/a?
- 14) Je ve vašem regionu dostatek zdravotnických zařízení pro umístění pacientů s akutní psychickou atakou?
- 15) Můžete mi stručně popsat nějaký výjezd s psychiatrickou indikací, a jak jste ho řešil/a? Popřípadě jak byste ho řešil/a zpětně?

Respondent č. 1: Zdravotnický záchranář z Územního střediska záchranné služby Jihočeského kraje v Českých Budějovicích

1) 28 let.

2) Muž.

3) Vyšší odborná škola (Dis.)

4) Zde na záchranné službě pracuji 5 let.

- 5) *Ano, mám zkušenosti s takovými výjezdy.*
- 6) *Jezdím převážně RV, takže se s těmito výjezdy setkávám méně. Přibližně 1x do měsíce.*
- 7) *Ano, jednalo se o 12tiletého chlapce, který vyhrožoval sebevraždou. Chlapec byl ze sociálně slabší rodiny. V bytě byla přítomna matka a babička. Otec s rodinou nežil. Rodina se potýkala s dluhy. Chlapec byl převezen na psychiatrii. Vše probíhalo v rámci rozhovoru. Policie ani psycholog se výjezdu neúčastnili.*
- 8) *Zde na záchranné službě nejsou ani o žádných konkrétně standardech nevím. Pracuji podle svého vlastního vědomí a svědomí.*
- 9) *Naše možnosti nám neumožňují pacientovi nijak zvláště pomoci. Důležité je, aby si nikdo z posádky a svědků více neublížil a aby se situace nezhoršovala. Cílem je, aby vše přecházelo v klidný rozhovor a dohodu o případné hospitalizaci.*
- 10) *Zaměstnavatel mi rozhodně nebrání, ale je to spíše v rámci mé vlastní iniciativy. Posílá nás na různé konference, kde je také tato problematika někdy probíraná. Myslím, že každý z nás někdy nějakou přednášku o tomto tématu absolvoval. Dále mohu zmínit různé soutěže, kde se s takovou situací setkáváme. Je to například záchrannářská soutěž „Rallye Rejvíz“ které se někteří z nás účastní.*
- 11) *Vím, že mám k dispozici a k pomoci složky IZS a lékaře, který má možnost pacienta farmakologicky ztlumit.*
- 12) *Myslím, že to funguje tak jak má, občas se někdy na policii déle čeká, ale nikdy jsem neměl větší problém.*
- 13) *Často například v souvislosti s alkoholem psychiatrického pacienta nepříjemnou, i když míra opilosti je velmi malá. Myslím si, že umístění pacienta na záchrannou stanici není vždy nejvýhodnější řešení. V těchto případech se setkávám s arogancí ze strany personálu. Jinak jsem se spolupráci spokojen.*
- 14) *Ano. S nedostatkem místa jsem se neseťkal.*
- 15) *Indikace výjezdu byla dušnost kolem čtvrté hodiny ráno. Jednalo se o ženu. Na místě (sídlíště) pobývala partička mladých lidí kolem dvaceti let zjevně pod vlivem alkoholu, možná i některých dalších návykových látek. Po delším hledání ženy s dušností a vyšetření lékařem se ukázalo, že jde spíše o hysterii. Žena byla odeslána*

domů. U mladých stoupala agresivita a té noční služby jsme ke stejné partě lidí vyjeli ještě čtyřikrát. Jeden z výjezdů skončil převozem dvou mužů na traumatologii. Jednalo se o rvačku. Beru to jako zneužití záchranné služby!!! Co bych změnil? Já osobně bych takové výjezdy volajícím nechal zaplatit.

Respondent č. 2: Zdravotnický záchranář z Územního střediska záchranné služby Jihočeského kraje v Českých Budějovicích

1) 28 let.

2) Muž.

3) Vyšší odborná škola (Dis.)

4) Na záchranné službě pracuji 5 let.

5) Ano, zkušenost s takovým výjezdem mám.

6) Přibližně 2x do měsíce.

7) Nevybavuji si.

8) Na oddělení ano. V rámci naší záchranné služby ne.

9) Bezpečnost posádky a zdravotníků, při agresi pacienta asistence PČR, snažit se vést klidný rozhovor, popřípadě pacienta farmakologicky ovlivnit.

10) Semináře jsou čas od času na psychiatrické téma. Soutěží se účastním ojedinele, ale modelová situace na toto téma bývá pravidlem.

11) Nic takového nemáme.

12) Mám vesměs dobrou zkušenost.

13) Neměnil bych nic. Všechno se mi jeví v pořádku.

14) Nikdy se nestalo, že bych pacienta neumístil.

15) Jednalo se o léta léčeného schizofrenika. Muži bylo 30let, byl silný, obézní, vynechal léčbu. Poté nastoupila ataka, pacient byl agresivní na svou matku a ohrožoval jí nožem. Matka sama volala záchrannou službu. Pacient byl nespolupracující. Na místo byla volána policie. Zdržení proběhlo, když policie čekala na posily. Nakonec pacienta omezilo osm policistů a za jejich asistence byl pacient převezen na psychiatrické oddělení.

Respondent č. 3: Zdravotnický záchranář z Územního střediska záchranné služby Jihočeského kraje v Českých Budějovicích

1) 31 let.

2) Muž.

3) Vysoká škola (Mgr.).

4) Pracuji zde na záchranné službě 4 roky a 3 měsíce.

5) Ano.

6) Přibližně 1x týdně.

7) Ne, ale s intoxikací u dítěte ano. Intoxikace ale podle mého není psychiatrická indikace.

8) Na záchranné službě ne. V jednotlivých nemocnicích ano.

9) Bezpečnost, pacienta zklidnit aby spolupracoval, popřípadě aktivovat jiné složky IZS.

10) Různé semináře. Myslím, že jednou probíhal seminář i na psychiatrické téma. Jinak se jedná vesměs o samostudium.

11) Ne.

12) Má zkušenost je dobrá.

13) Když se jedná o psychiatrickou indikaci, není ve spolupráci problém. Intoxikovaného pacienta však nepřijmou.

14) Myslím, že je dostačující. Nikdy jsem neměl problém s umístěním pacienta.

15) Muž 40 let v bytě, ležel na posteli, předváděl nějaké křeče – indikace Epileptický záchvat - pak se ale ukázalo, že muž je narkoman a alkoholik. Byl malátný, stav trochu přehrával. Přítomen byl u pacienta psychomotorický neklid. Následně proběhla konzultace s lékařem – aplikovali jsme 10mg Apaurinu, ale nemělo to výrazný efekt. Alkohol pacient negoval. Měl blud – že je na hokeji – chvíli pak hyperventiloval, ale hyperventilační tetanie neproběhla. Následoval převoz na psychiatrickém oddělení. Transport probíhal vleže spolu s fyzickým omezením pro neklid.

Respondent č. 4: Zdravotnický záchranář Územního střediska záchranné služby Libereckého kraje v Liberci

- 1) 43 let.
- 2) Žena.
- 3) *Sestra pro intenzivní péči (ARIP).*
- 4) *Pracuji zde 16 let.*
- 5) *Ano, samozřejmě.*
- 6) *Jestliže nebudu počítat intoxikace, myslím, že 1-2x do měsíce.*
- 7) *Ano, často. Nemocnice v Liberci má oddělení dětské psychiatrie.*
- 8) *Vím, že existují v rámci nemocnic, ale v PNP jsem se s nimi nesešla.*
- 9) **ASERTIVITA, ROZVAHA, SPOLUPRÁCE S PČR!!!**
- 10) *Ano, jistě. Jsou různé semináře, a jeden v roce nám zaměstnavatel platí, téma si smíme vybrat dle vlastního výběru. Mám pocit, že od zaměstnavatele se nám v oblasti vzdělávání dostává kvalitní péče.*
- 11) *Ne. Nevím o ničem.*
- 12) *Vesmíš dobrou. Vždy to ale není stoprocentní. Občas se zpozdí, mají nechuť k práci, nebo se dokonce stává, že nás, záchranáře, pustí do bytu jako první. Není to pravidlem. Záleží na skupině policistů.*
- 13) *S psychiatrií v liberecké nemocnici jsem spokojena.*
- 14) *Tohle je dostačující. Nikdy jsem neměla problém s umístěním psychiatrických pacientů. Horší je to s intoxikovaným pacientem. V Liberci totiž chybí záchranná stanice.*
- 15) Na otázku respondent odmítl odpovědět.

Respondent č. 5: Zdravotnický záchranář Územního střediska záchranné služby v Libereckém kraji v Liberci

1) 34 let.

2) Muž.

3) Vysokoškolské (Bc.)

4) Pracuji zde 7 let.

5) Ano.

6) Myslím, že se jedná zhruba o 10% z celkového počtu výjezdů.

7) Ano, ale je to jen velmi vzácně. Za svou praxi jsem se s takovým výjezdem setkal jednou možná dvakrát. O co se jednalo, si teď nevybavuji.

8) Ne.

9) Hlavní je neublížit sobě či svému okolí, zlepšit stav pacienta aby byl schopen převozu, pokud jde o agresi, transport provádět za asistence policie. Po dobu výjezdu pacienta pozorně sledovat a monitorovat. Je dobré vžít se do pacientovi situace a snažit se ho upovídat tzv. „ukecat“.

10) Probíhají na toto téma semináře. Vždy jsem se setkal s vysokou kvalitou přednášek. Náš zaměstnavatel na další vzdělávání velmi dbá.

11) Myslím, že ne. Nevím o tom.

12) Záleží jak kdy, ale když je nějaký problém, jde hlavně o neschopnost policie problémovou situaci řešit.

13) Ano velmi. Vždycky jsem s naší psychiatrií měl dobrou zkušenost.

14) Ano.

15) Například včera jsme vyjeli k psychiatrickému pacientovi - muž 35 let. Doslova běhal s nožem zapíchnutým (naštěstí jen povrchně) v pravém podžebří po náměstí a hlasitě pokřikoval na kolemjdoucí. Na místo byla volána policie a poté i naše posádka RZP a RV. Bylo na PČR aby zasáhla jako první. Pacienta omezila a pomohla ho dopravit do sanitního vozu. My jsme mu pak zajistili žilní vstup, změřili základní vitální funkce, glykémii a ošetřili místo zranění. Náš lékař i já jsme se snažili situaci vyřešit klidným, vstřícným, ale i trochu důrazným přístupem k pacientovi. nicméně podání Haloperidolu i.v. po čase bylo na místě. Za asistence policie byl pacient převezen na

traumatologickou ambulanci. Při rozhovoru byl muž velice neklidný a stěžoval si na lékaře, kteří mu jeho zranění údajně způsobili. Trpěl bludy, že prý už týden je doma svázan v kozelci a „oni“ mu aplikují různé injekce a dávají šoky. Po celkovém vyšetření pacienta jsme zjistili, že na hrudníku má zbytek lepících elektrod od EKG vyšetření, které absolvoval před čtrnácti dny. Výjezd hodnotím vcelku jako zdařilý. Policie byla vstřícná a ochotná. Zda po propuštění z traumatologie byl odeslán domů či na psychiatrické oddělení, nebo zda při hospitalizaci bylo provedeno psychiatrické konzilium, nevím.

Respondent č. 6: Zdravotnický záchranář Územního střediska záchranné služby v Libereckém kraji v Liberci

- 1) 40 let.
- 2) Žena.
- 3) Sestra pro intenzivní péči (ARIP).
- 4) Pracuji zde na záchranné službě 12 let.
- 5) Ano jistě.
- 6) Myslím, že 1x do týdne určitě.
- 7) Ano, v nemocnici v Liberci je dětská psychiatrie a vozíme děti i z různých ústavů. Takže ano, řekla bych, že se s dětmi s psychiatrickým onemocněním se setkávám často.
- 8) Víím, že jistě jsou v rámci ošetrovatelské péče. O standardech se mluví i u nás na ZZS, ale myslím, že oblast psychiatrie přijde na řadu až mezi posledními.
- 9) Souhlasím s kolegyní, že rozvaha a spolupráce nejen s PČR, ale i ostatními v týmu je důležitá. Asertivitu je dobré využít jak u agresivního tak u depresivního pacienta.
- 10) Ano, ať už se jedná o přednášky s touto problematikou nebo různé studijní materiály.
- 11) Ne.
- 12) Občas se stane, že policisté otevřou byt, ale jako první jdeme my. Někdy je problém s komunikací. To, ale záleží na lidech, ostatně jako ve všem.
- 13) Ano, jsem spokojena.

- 14) *Co se týče psychiatrických pacientů, tak ano. Chybí tu ale záchytná stanice. Intoxikované pacienty vozíme na interní ambulanci, což není často namístě.*
- 15) *Konkrétní výjezd Vám teď nepovím, ale nejčastěji se jezdí k agresivním mladým lidem, u kterých je zapotřebí asistence policie. Často se setkáváme i s depresí, tak je výjezd většinou klidný. Snažíme se pacientům vysvětlit, že je potřeba odborná pomoc psychiatra, a vše je na úrovni klidného rozhovoru. Jestliže se jedná o výjezd ke schizofrenikovi, pak jde většinou o léčeného schizofrenika, který přestal brát léčbu a kterého po určité době praxe záchranář zná.*

Respondent č. 7: Zdravotnický záchranář Zdravotnické záchranné služby Hlavního města Prahy

- 1) *24 let.*
- 2) *Muž.*
- 3) *VOŠZ – Diplomovaný zdravotnický záchranář*
- 4) *7 měsíců- nemocnice-JIP+ARO , 1 Rok na ZZS HMP*
- 5) *Ano, mám.*
- 6) *Jak kdy. Někdy i dvakrát za službu. Myslím, že tak v průměru jedenkrát za tři služby.*
- 7) *Ano. Jednalo se o 13tiletou holčičku. Suicidální pokus kvůli špatným známám ve škole. Výjezd probíhal v noci v terénu v lese. Vše nakonec skončilo „jen“ podřezaným zápěstím.*
- 8) *Ano, setkal jsem se. Když jsem se učil psychiatrii ještě na škole, tak postupy, jak mluvit s psychiatrickým pacientem, jak se pohybovat kolem něho, jaké zásady dodržovat, na jaké bezpečnostní zásady dbát, k tomu mi pomohla literatura. Pak dále v zácviku po nástupu na ZZSHMP, jak v rámci školení, tak v rámci praxe v terénu od lektora, jsem se důležité zásady dozvěděl.*
- 9) *Určitě přirozenost, klid, empatie, nepospíchat, pomalé a klidné pohyby, klidný tichý hlas, jednoduché věty, nejdříve obecné a postupně se zaměřující otázky na daný problém a obtíže. Udělat pohodlí jak pacientovi, tak sobě.*
- Pokud rozebíráme danou situaci u něho doma, jeho optimálně posadit do křesla, abychom viděli, jak vstává a chce něco udělat. Křeslo je rozhodně lepší než židle. Hůře*

se z něj vstává. Záchranář by se měl taktéž posadit, stále sledovat pacienta, být v bezpečné vzdálenosti od něho, počítat se vším, stále být připraven na útěk a mít zmapováno, kudy budu utíkat. Záchranář by si během rozhovoru neměl nic psát, ničím by neměl být vyrušován.

Během rozhovoru periferně sledovat prostředí bytu, např. nebezpečné předměty, nebo otevřené okno. Optimální je mít jakési dorozumívací znaky s kolegou, s kterým je ve službě na místě zásahu. Pokud je situace již od začátku vyhrocená, pacient výrazně neklidný a agresivní, je nutnost si okamžitě vyžádat asistenci PČR.

Je důležité vstupovat do bytu takového pacienta za sebou, optimální je mít před sebou batoh, ten co jde první. Druhý záchranář se drží hned za zády prvního záchranáře a v případě problému ho stahuje za ramena zpátky. První záchranář oba dva chrání před možnými údery právě tím zásahovým batohem. PČR mít ve voze i během transportu do zdravotnického zařízení.

Během transportu v autě je nutné pacienta připoutat, vše mu však pečlivě, pomalu a srozumitelně vysvětlit, že je to především kvůli bezpečnostním důvodům kvůli možné autonehodě, že to není fyzické omezení, aby se nemohl bránit. Pokud je pacient agresivní a nevladatelný, kurtace ano, ale za asistence PČR. Pokud sedím s takovýmto pacientem v zadu sám ve voze v ambulantním prostoru, opět sedím v bezpečné vzdálenosti od pacienta, po celou dobu transportu do zdravotnického zařízení ho neustále sleduji. Je lepší ho posadit přímo na nosítka, ze kterých se opět těžko vstává. Zabezpečit dveře kvůli možnému útěku psychiatrického pacienta a to především i během transportu do zdravotnického zařízení, kdy při nepozornosti záchranáře, nezajištěných dveřích a když pacient není za jízdy připoutaný, je možnost, že si může sám dveře otevřít a za jízdy vyskočit. Je důležité mít opět dorozumívací znaky s kolegou, který sanitku řídí. Aby věděl přesně, kdy volat o pomoc.

Skrýt veškeré ostré předměty z dosahu pacienta a zabezpečit těžké předměty. Nemít viditelně v kapse nůžky, kanyly, propisky. Např. právě když pacienta poutám, je zde velké riziko, že mi takovýto předmět z kapsy vytáhne a ohrozí mně. Je důležité během transportu s pacientem dále klidně komunikovat a naslouchat mu, aby neměl strach z ticha a hlavně, aby neměl čas přemýšlet, jak se z vozu ZZS dostat. Dále mu vše

srozumitelně a klidně vysvětlit, pokud je to možné. Dbát zejména opatrnosti v prostoru při východu ze sanitního vozu a vstupu do dveří zdravotnického zařízení, zde je velké riziko útěku pacienta.

10) *Ano, je možné navštívit školení psychologie, kde se toto probírá. Jak zvládat agresivního pacienta v souladu s předpisy je pak na školení sebeobrany, která je jednou do roka.*

11) *Ano, školení sebeobrany, kterým projde každý. Dále máme každý z nás povinně u sebe ochranný pepřový sprej, na jeho použití jsou vnitřní předpisy! Použití spreje je okamžitě zaznamenáváno ve zvláštním protokolu!*

12) *Jak kdy! Někdy je posádka PČR výborná, ale musí přijet tzv. policejní motorizovaná jednotka - PMJ PČR, to jsou profesionálové, s kterými se spolupracuje výborně! Ostatní výjezdové složky PČR to už je někdy velký problém, vůbec kolikrát neví, jak takový problém řešit, jsou pasivní a posádka ZZS se necítí dostatečně chráněna. Městská policie, s ní je dobrá spolupráce jak, kdo a jak, kde. Někdy spolupráce dostačující a velmi dobrá a někdy podprůměrná!*

13) *Co se týká zajištění pacientů, např. zamykání vchodů, stálý dohled pomocného personálu, to je v pořádku. Příjem pacienta lékařem také není zpravidla nijak komplikovaný, až na jeden konkrétní problém a to je vliv alkoholu či jiných látek i v nepatrném množství u pacienta, kdy potom lékař odmítne takového pacienta přijmout, že je pod vlivem některé z těchto látek. Kdy právě primární problém je jeho psychiatrická anamnéza či akutní psychický problém-**suicidální tendence** apod. – kdy právě kolikrát pacient alkohol či drogu požije, aby suicidium vykonal.*

14) *Není jich málo, ale ani dostatek. Problém vidím nejvíce v dlouhé vzdálenosti do tohoto zdravotnického zařízení. Třeba do Psychiatrického centra v Praze Bohnicích je to kolikrát přes celou Prahu, tím je výrazně dlouhou dobu zablokovaná posádka ZZS jedním pacientem a poté návrat do rajonu, který je např. na druhém konci Prahy, opravdu dlouho trvá.*

15) *Jednou jsme byli vysláni v systému RV, jako posádka RZP přímo do Psychiatrického zdravotnického zařízení, že tamní lékař má akutní suicidální tendence. Po příjezdu na místo jsme zjistili, že se nejedná o lékaře, ale o psychiatrického pacienta, který chce*

zabít svého lékaře. Po příjezdu na místo události, pacient sedí v areálu tohoto zdravotnického zařízení (ZZ) venku v parku na lavičce s příznaky akutní psychózy, je zmatený, výrazně neklidný, vydává nesrozumitelné zvuky, odmítá se nechat jakkoli vyšetřit, naši lékařce sdělil, že zabije kohokoli, kdo se k němu přiblíží, že chce zpátky do ZZ, jinak někoho venku zabije.

Problém nastal proto, že se tamní ošetřující lékař domnívá, že pacient není psychiatrický, že trpí pouze poruchou osobnosti a že veškeré jeho reakce jsou demonstrující a jsou jakousi simulací a odmítá takového pacienta přijmout zpět do budovy ZZ, kde byl pacient do této doby a již několikrát během života hospitalizován. Otázkou a úplnou absurdností zůstává fakt, proč tohle má řešit ZZS přímo v areálu psych. ZZ? Lékař si nenechal naši lékařkou vysvětlit, že pacienta „popovezeme“ tak maximálně 50 m. na tamní centrální příjem psychiatrického zařízení a to je naprosto zbytečné.

U tohoto zásahu asistovala také Policie - z toho dva muži malé postavy a dvě ženy. Pacient byl velkého vzrůstu, výškou přes 2m, obézní a agresivní. Během rozhovoru naši posádky a lékaře psychiatrického zařízení pacient z lavičky vstal a rozběhl se proti nám, opět s nesrozumitelnými zvuky, výrazně agresivní! Všichni jsme se rozutekli, někdo se stačil zavřít do auta a někdo ne, policie také nejdříve utíkala, ty dvě ženy od policie utekly úplně, ti dva muži se po pár vteřinách vrací k němu, obkličují ho a uklidňují ho. Já byl k pacientovi těsně před útokem nejbližší, stál jsem těsně za naší lékařkou, pacienta jsem měl v té chvíli po své pravé straně.

Během útoku jsem nestačil utéct do vozu, pacient se mně snažil chytit a běžel za mnou kolem stromu! Měl jsem tenkrát opravdu velký strach, policie pacienta zajišťovala až příliš pozdě, došlo k ohrožení nás všech. Všech členů zasahující ZZS a kolemjdoucích lidí v parku areálu, kde jsem po chvíli viděl maminku s kočárkem. Policie stejně pacienta nijak neomezila v pohybu, žádnými donucovacími prostředky, asi na to nestačila. Pacient se po chvíli našťěstí uklidnil a sedl si zpátky na lavičku. Zda nakonec pacienta ZZ přijalo či nikoli, to nevím, protože situace se zdála neřešitelná, tak jsme odjeli. První kdo utíkal, byl ošetřující lékař pacienta - psychiatr, zabouchl se do budovy a už nevyšel. Jediný kdo vyšel, byl nelékařský personál, který dal pacientovi jeho

uklidňující léky, které si sám aplikoval. Dva muži od policie stáli dále po útoku u lavičky u pacienta, ženy od policie jsem viděl u jejich vozu se strachem ve tváři v dostatečné vzdálenosti od pacienta.

Tenkrát jsme měli velké štěstí, že se nikomu z nás nic nestalo a nikomu v areálu!!! Selhal tenkrát jak personál a zejména lékař tamního psychiatrického zařízení a také Policie!!! Pro mě to byla velmi přínosná zkušenost, ale velmi nebezpečná!

Respondent č. 8: Zdravotnický záchranář Oblastního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje v Táboře

1) 36 let.

2) Muž.

3) Vyšší odborná škola (Dis.)

4) Pracuji na záchranné službě 10 let.

5) Ano.

6) *Takových výjezdů moc není. Setkávám se s nimi přibližně 1-2x do měsíce. Je pravdou, že na podzim takových výjezdů bývá více.*

7) *Ano. Většinou jde o převoz z léčebny v Opařanech. Vzpomínám si i na dívku, kolem 12ti let, která chtěla vyskočit z okna. Jinak se většinou jedná buď o deprese, nebo agresi.*

8) Ne.

9) *Považuji za důležité rozeznat, zda se opravdu jedná o psychiatrického pacienta nebo jen o člověka, který se ocitl v nestandardní životní situaci a reakce na daný problém je často pochopitelná. Jde o různé kuriózní situace. Podle mého je tedy velmi důležitá podrobná anamnéza.*

10) *Jedině semináře. Myslím, že zrovna v květnu je seminář na téma psychiatrických pacientů.*

11) Ne.

12) *Záleží na tom, jestli na místě je posádka RLP nebo RZP. Když fyzické omezení indikuje lékař, jsou policisté ochotní. Problém nastává u posádky RZP, která nemá tolik pravomocí. Policisté ohrožují sami sebe a nejsou ochotni zasáhnout.*

13) Ano, jsem spokojen. Jen intoxikovaného pacienta nepřijmou.

14) Ano.

15) Nedávno jsme vyjeli k agresivnímu muži, střední věk, vyhrožoval, že ublíží své sestře. Jednalo se o tísňovou výzvu v bytě. Na místo byla volána i PČR a vyjela posádka RLP. S mužem byla obtížná komunikace a jako posádka jsme byli také ohroženi případným napadením. Proto se přistoupilo k fyzickému omezení policií. Lékař indikoval aplikaci Haloperidolu i.v. a za doprovodu policie byl pacient převezen na psychiatrické oddělení. Na tomto výjezdu bych nic neměnil, málokdy to mívá tak hladný průběh. Komunikace mezi posádkou a policií byla výborná.

4.1.1 Analýza případových studií

Současný stav této problematiky byl zjišťován od samotných zdravotnických záchranářů v podobě řízeného rozhovoru. Respondenti byli vybráni náhodně. Celkově se do výzkumu zapojilo 8 zdravotnických záchranářů. Konkrétně jeden ze ZZS Hlavního města Prahy, jeden z Oblastního střediska ZZS V Táboře, tři zdravotničtí záchranáři z Územního střediska ZZS v Liberci a tři z Územního střediska ZZS v Českých Budějovicích.

Jednalo se o 6 mužů a 2 ženy. Nejstarší z respondentů byl ve věku 43 let a nejmladšímu bylo 24 let. Průměrný věk dotazovaných zdravotnických záchranářů byl 33let. Průměrná doba, po kterou zdravotničtí záchranáři účastníci se výzkumu pracují na ZZS je 7,5 roku. Nejdéle 16 let a nejméně 1 rok.

Vyšší odborné vzdělání (Dis.) měli 4 z dotazovaných. Vysokoškolské vzdělání dva, z toho jeden dokončené magisterské studium a jeden zdravotnický záchranář dokončené studium bakalářské. Obě dotazované ženy jsou sestry specialistky v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči (ARIP). Všichni respondenti se za svoji praxi už s výjezdy s atakou psychického onemocnění setkali.

Na otázku, jak často se s výjezdy s touto charakteristikou setkávají, byla nejčastější odpověď 1-2x do měsíce.

S psychiatrickou indikací u dítěte se setkala už jen šest z osmi dotazovaných zdravotnických záchranářů. Dva z nich byli ochotní stručně výjezd popsat. Tři z dotazovaných uvádí, že se většinou jedná o převoz dětí z dětské psychiatrie nebo z různých ústavů a léčeben.

Se standardy péče o duševně nemocné na ZZS konkrétně v oblasti PNP se z respondentů nesetkal nikdo. Ani takové standardy nejsou. O ošetrovatelských standardech v rámci nemocnic zdravotničtí záchranáři vědí. Dotazovaný č. 7 se se základními postupy a zásadami setkal v rámci zácviku a školení na ZZS Hlavního města Prahy a poté ještě v praxi od svého lektora.

Vybrané ošetrovatelské standardy péče o duševně nemocné jsou k nahlédnutí v příloze č. 3, 4, 5.

Na otázku, jaké jsou nejdůležitější zásady při zajištění pacienta s atakou psychického onemocnění, se překvapivě odpovědi respondentů liší. Nejčastěji byla zmíněna bezpečnost posádky. Respondenti se vesměs shodli na tom, že je dobré začít situaci řešit cestou klidného rozhovoru.

Vzdělávání v této problematice se v jednotlivých regionech, kde byl výzkum prováděn, velmi různí. Dle odpovědí lze říci, že nejmenší péče co se týče vzdělávání, je věnována zdravotnickým záchranářům v Jihočeském kraji. Nelze ale určit, zda je příčinou kraj, zaměstnavatel nebo neochota zaměstnanců se dále vzdělávat. Respondent ze ZZS Hlavního města Prahy se pravidelně účastní školení sebeobrany.

To, jak mohou zdravotničtí záchranáři postupovat ve vyhrocených situacích, jaká opatření mohou zvolit a za jakých podmínek jich využít, není ve většině případů nijak určeno. Opět se odkazují na dotazovaného č. 7, který, jak tvrdí, prošel spolu s ostatními kolegy školením sebeobrany a u sebe povinně nosí ochranný sprej. Na jeho použití se pak vztahuje vnitřní předpis a jeho použití je nutno zapsat do zvláštního protokolu.

Respondenti odpověděli na otázku týkající se spokojenosti se spoluprací s ostatními složkami IZS (v rámci výjezdů s psychiatrickou indikací) zprvu hned kladně. Po odmlce pak ale většina dodala nějakou překážku, která brání hladké kooperaci PČR a ZZS. Jedná se nejvíce o problém ve vzájemné komunikaci, neschopnost policistů řešit nastalou situaci a tím ztráty pocitu bezpečnosti posádky ZZS, vpuštění posádky ZZS do bytu jako první a pasivita.

Se spoluprací s psychiatrickými zdravotnickými zařízeními jsou zdravotničtí záchranáři vesměs spokojeni. V odpovědích respondentů můžeme nalézt připomínku k nepřijímání do psychiatrických zdravotnických zařízení pacientů pod vlivem alkoholu či jiné psychoaktivní látky. Argumentace zdravotnických záchranářů je, že často jen nepatrné množství psychoaktivní látky stačí, aby pacient byl odmítnut. A právě hlavní psychiatrická anamnéza nebo akutní psychický problém je tak odsunut.

Co se týče otázky na dostatek psychiatrických zdravotnických zařízení, všichni dotazovaní odpověděli kladně. Dva respondenti z Územního střediska ZZS v Liberci si

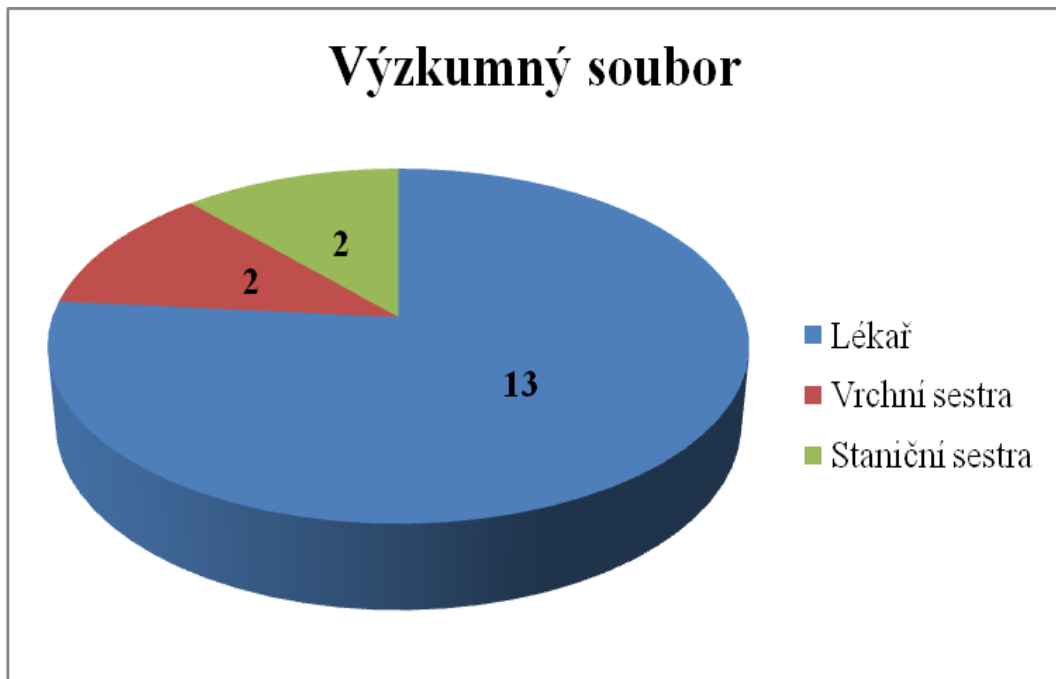
myslí, že pro psychiatrické pacienty je místa dostatek, ale jako problém vidí to, že v Liberci chybí záchytná stanice.

Poslední otázka na zdravotnické záchranáře byla doplňující. Respondenti měli popsat některý z výjezdů k atace psychického onemocnění. Jeden z dotazovaných odmítl na otázku odpovědět. Zbýlých 7 se snažilo stručně výjezd popsat a zhodnotit.

4.2 Zpracování dotazníků

Získané informace z dotazníků určené pro vrchní sestry, staniční sestry a lékaře ve vybraných psychiatrických zařízeních jsou názorně zpracovány v grafech. Celkem se této části výzkumu účastnilo 17 respondentů z toho 8 z psychiatrického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích, 5 z psychiatrického oddělení z Krajské nemocnice v Liberci a 3 z psychiatrického oddělení Nemocnice Tábor.

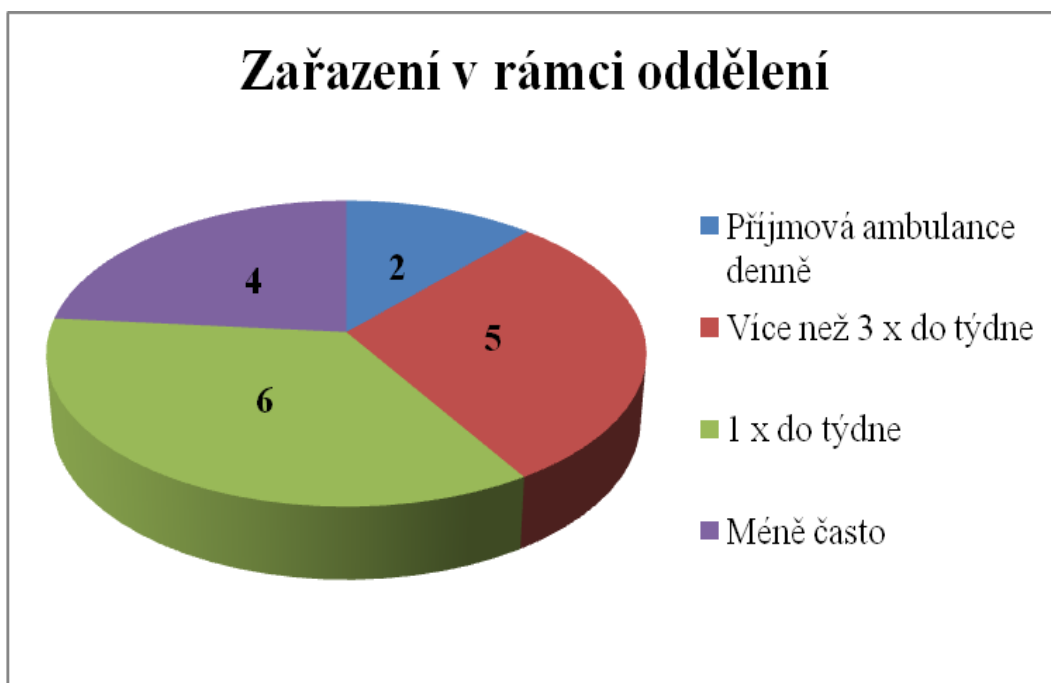
Graf č. 1



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1 říká, že výzkumu se zúčastnilo celkem 17 respondentů, z toho 13 lékařů, 2 staniční sestry a 2 vrchní sestry. Všichni dotazovaní jsou pracovníci zdravotnických psychiatrických zařízení.

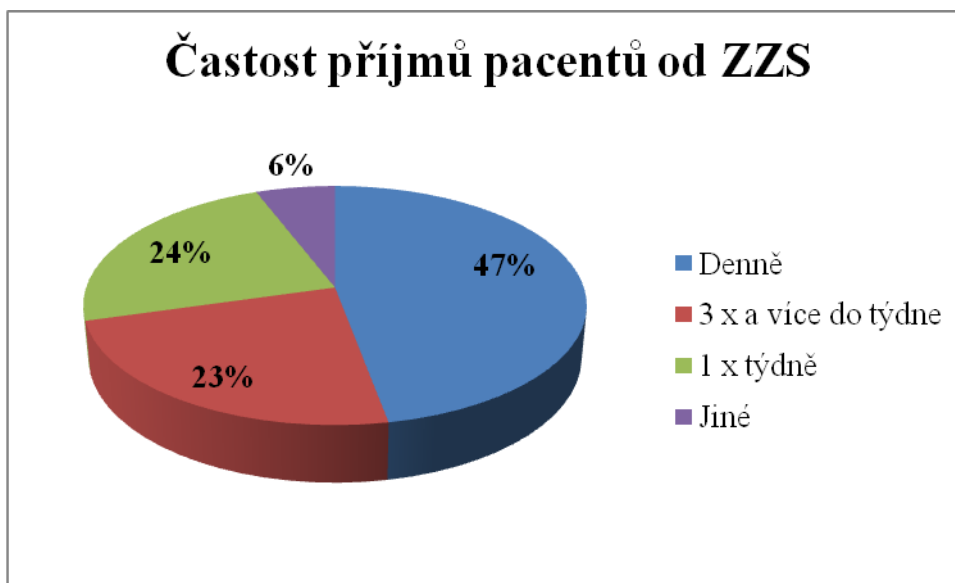
Graf č. 2



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č. 2 je vidět, že nejvíce, a to 6 z dotazovaných, vykonává 1x do týdne svoji pracovní náplň na příjmové ambulanci, 5 z respondentů pak více než 3x do týdne, 4 méně často a 2 jsou zaměstnání na příjmové ambulanci denně.

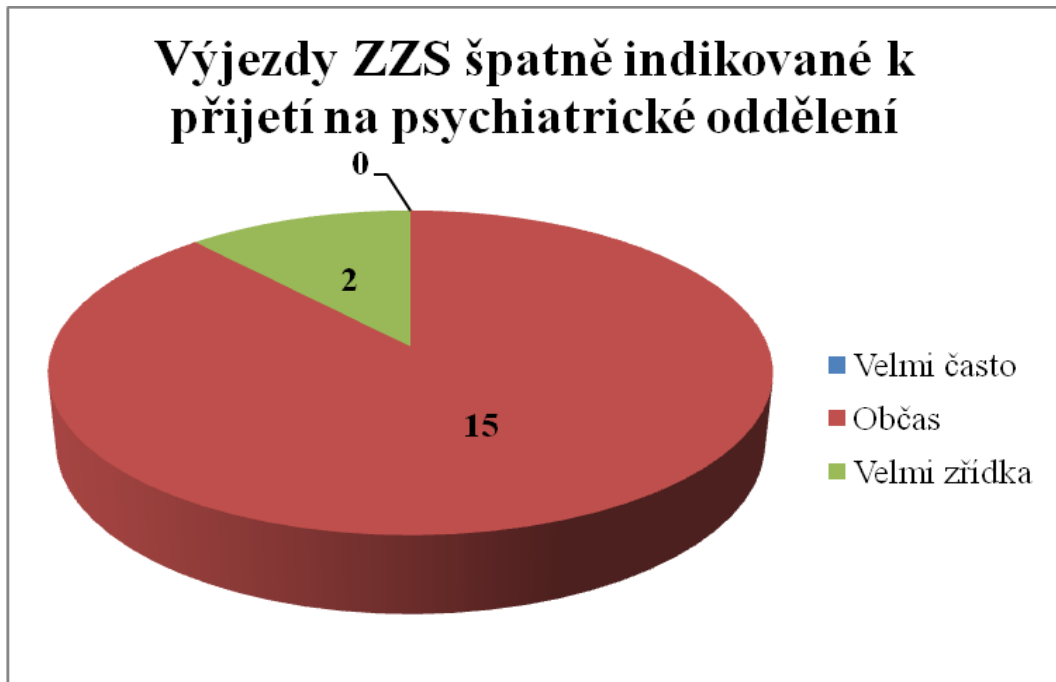
Graf č. 3



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku jak často jsou přiváženi pacienti na psychiatrické oddělení ZZS odpovědělo 47% z dotazovaných, že denně, 24% respondentů 1x do týdne a 23% 3x a více do týdne. Jen 6% respondentů má jinou zkušenost. Vše je patrné z grafu č. 3.

Graf č. 4

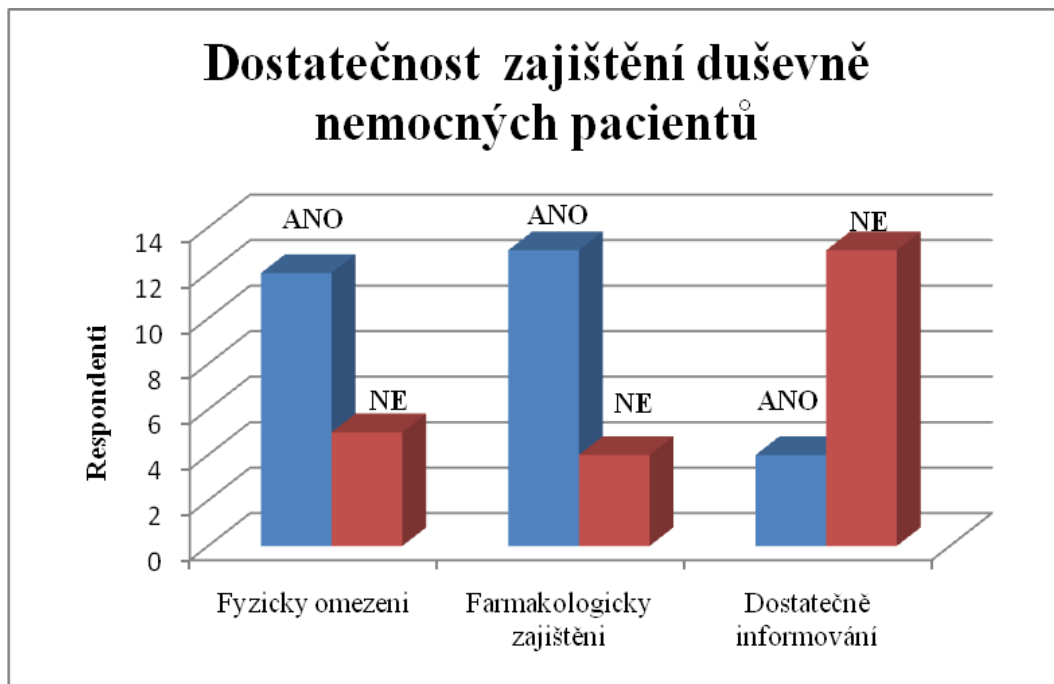


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 znázorňuje, jak často se stává, že jsou pacienti ZZS špatně směřováni na psychiatrické oddělení. Všechny 15 respondentů uvádí, že se taková situace stává občas, 2 uvedli velmi zřídka. Žádný z dotazovaných nezvolil možnost - velmi často.

Na otázku č. 4, zda jsou někdy na oddělení psychiatrie ZZS přiváženi pacienti, kteří nejsou indikováni k hospitalizaci nebo ambulantnímu psychiatrickému vyšetření, všichni dotazovaní odpověděli kladně. Z toho vyplývá, že se každý z respondentů s takovou situací setkává nebo alespoň jednou setkal.

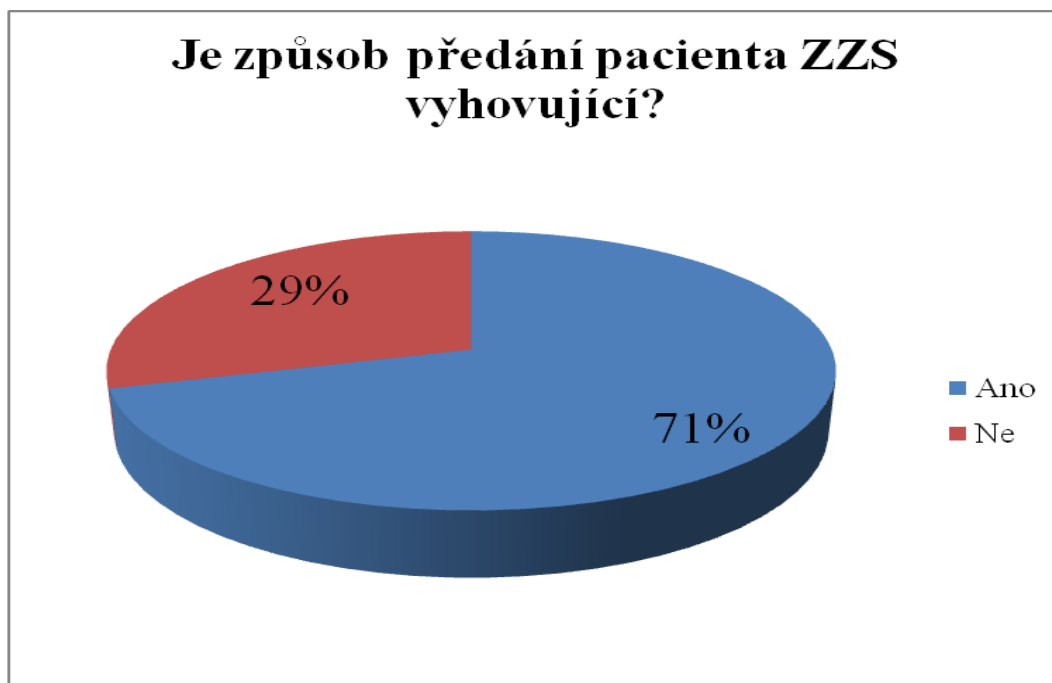
Graf č. 5



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 znázorňuje kvalitu zajištění pacienta s duševní poruchou zdravotnickým záchranářem. Na otázku dostatečného fyzického omezení odpovědělo 12 respondentů kladně a 5 záporně. U farmakologického zajištění pak 13 dotazujících kladně a 4 záporně a dostatečnou informovanost pacientů o dané situaci zhodnotilo 13 respondentů záporně a 4 kladně.

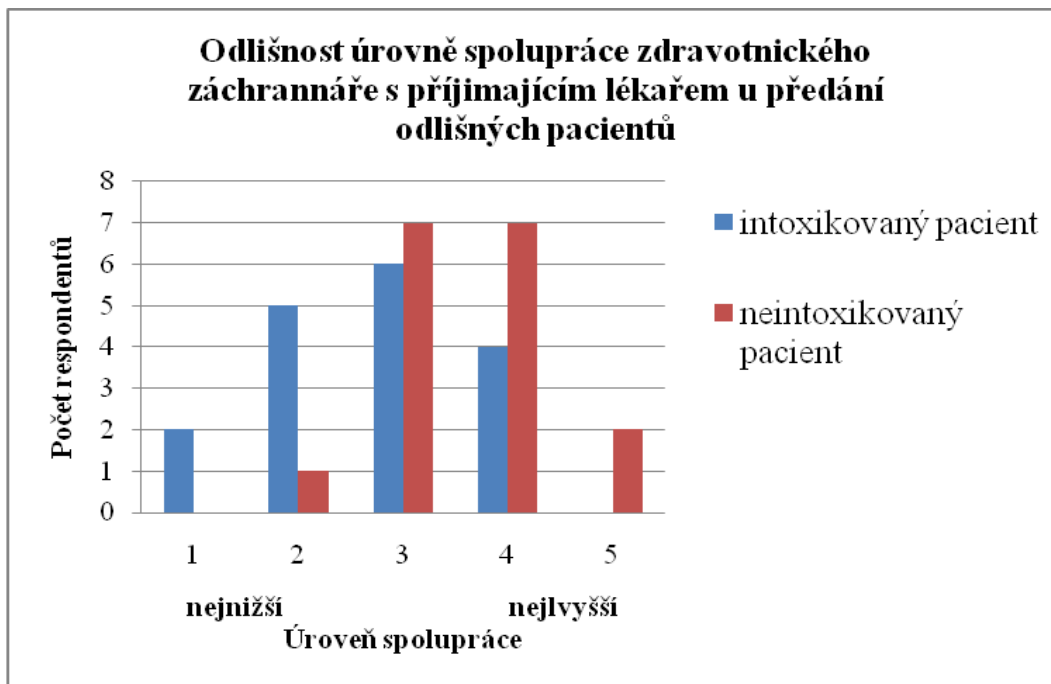
Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 6 vyplývá, že pro 71% z dotazovaných je předání pacienta zdravotnickou záchrannou službou na psychiatrické oddělení vyhovující a 29% respondentů je názoru opačného.

Graf č. 7

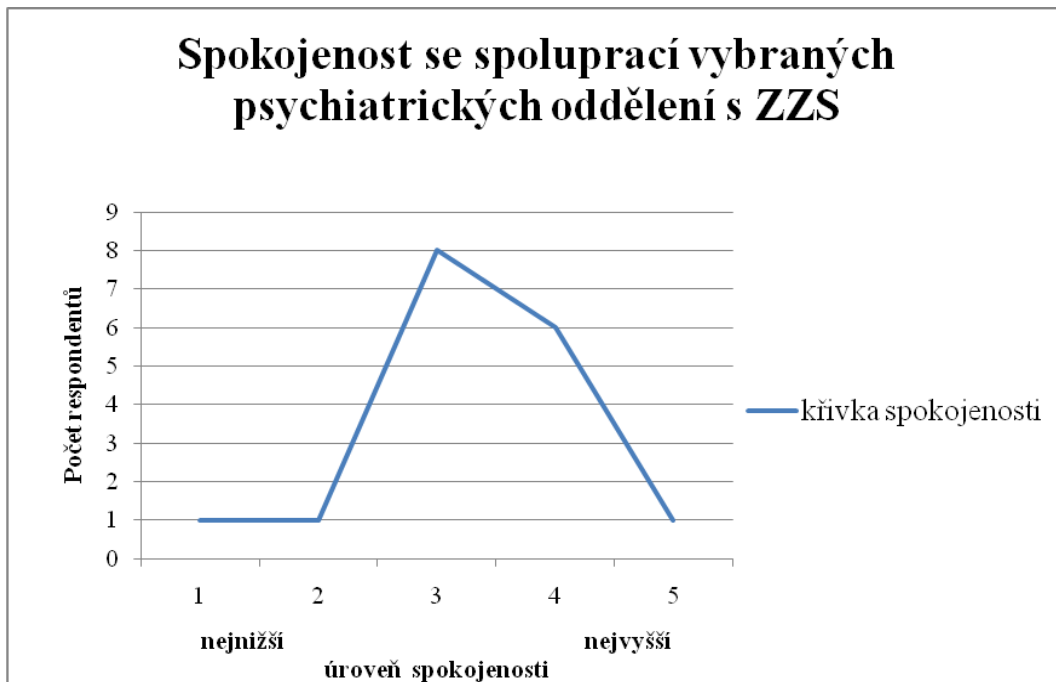


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 ukazuje, jak moc se úroveň této spolupráce liší. Konkrétně pak u řešení situace s intoxikovaným a neintoxikovaným pacientem.

Na otázku, zda se opravdu odlišuje úroveň spolupráce ZZS s lékařem u různých pacientů, odpovědělo 10 respondentů kladně a 7 dotázaných záporně.

Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 ukazuje jak jsou vybraní respondenti ze zdravotnických psychiatrických oddělení spokojeni se spoluprací se zdravotnickou záchrannou službou.

Na poslední otázku, která byla otevřená, odpovědělo 10 ze 17 dotazovaných. Otázka zněla: Co byste změnili v přístupu záchranářů k Vám či k pacientovi? Odpovědi:

- „Více úcty k pacientovi – občas.“
- „Intoxikovaný pacient není indikován k hospitalizaci na psychiatrii, ale na internu. Z toho důvodu je nepřijímáme.“
- „V případě podezření na somatické komplikace či možnou organickou příčinu nejprve převoz na interní obory.“
- „Více profesionality.“

- *„Zápis bývá velmi stručný.“*
- *„Lepší komunikace s přijímajícím personálem.“*
- *„Nestigmatizovat.“*
- *„Více informací o pacientovi a lepší zápis protokolu.“*
- *„Lepší komunikace záchranář X přebírající lékař na ambulanci.“*
- *„Lepší komunikace.“*

5 Diskuze

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři znají a dodržují zásady péče o duševně nemocné, o osoby v akutní krizi a intoxikované pacienty s akutní poruchou jednání a chování. Zda k tomu, aby zásady znali a dodržovali, mají dostatek kompetencí, znalostí a možnost získání dalších a nových informací. Dále také analyzovat, jak funguje kooperace mezi ZZS a ostatními složkami IZS. A zjistit, jaká je úroveň spolupráce se zdravotnickými psychiatrickými zařízeními.

Zajímavé je, že jednotlivé názory a poznatky se liší nejen mezi jednotlivými kraji a výjezdovými stanovišti, ale i mezi samotnými zdravotnickými záchranáři. Liší se i údaje od zdravotnických záchranářů a pracovníků na psychiatrických příjmech.

Celých 44 % dotazovaných lékařů, vrchních a staničních sester udávají, že jsou k nim od ZZS pacienti přiváženy denně. Jak vyplývá z analýzy rozhovorů i z dostupné literatury, zdravotnický záchranář se s takovým pacientem setkává jen několikrát do měsíce. Proto považuji za důležité, přijmout a zamyslet se nad připomínkami zdravotnických zařízení ke zlepšení péče o duševně nemocné pacienty a nad hladkým průběhem a správností předání takového pacienta.

Co se týká ošetrovatelských standardů v péči o duševně nemocné, je pochopitelné, že zdravotničtí záchranáři se raději řídí dostupnou literaturou, kde se mohou informovat o zajištění pacienta v PNP. Z některých odpovědí respondentů bylo patrné, že se setkali s publikací *Lékařská první pomoc* od doc. Jana Pokorného.

Za nejdůležitější zásady při práci s pacientem s atakou psychického onemocnění považují dotazovaní zdravotničtí záchranáři bezpečnost. A to jak svoji, tak pacienta a okolí. Respondenti se shodli na tom, že nevhodnější a neefektivnější je řešit situaci nejprve klidným rozhovorem a teprve pak, pokud toto neuspěje, má následovat fyzické omezení a farmakologické ovlivnění pacienta. Víme tedy, že zdravotničtí záchranáři vědí, jak postupovat.

Zda toto dodržují, se ale ověřilo až ve vyhodnocení dotazníků z vybraných psychiatrických zařízení. Analýzou bylo, narozdíl od tvrzení záchranářů, zjištěno, že pouze 14% pracovníků na psychiatrických příjmech si myslí, že jsou pacienti od ZZS

dostatečně informování o nastalé situaci. Zde je vidět, že, přestože zdravotníci záchranáři znají správný postup zajištění pacienta, neznamená to, že jen provádějí.

Na otázku dostatečného fyzického omezení odpovědělo 12 respondentů kladně a 5 záporně. U farmakologického zajištění pak 13 dotazujících kladně a 4 záporně, což koresponduje se zásadami péče o psychicky nemocné, vyjmenovanými zdravotnickými záchranáři.

V rozhovorech se můžeme dočíst i o názoru vcítění se do pacientových problémů. S tímto tvrzením nesouhlasí autor knihy *Prednemocničná urgentná medicína* Viliam Dobiáš.

K zamyšlení pak vede odpověď, která vyplývá z vlastní praxe respondentů, že nejdůležitější zásadou je asertivita, rozvaha a spolupráce.

Vzdělávání v této problematice se v jednotlivých regionech, kde byl výzkum prováděn, velmi různí. Dle odpovědí lze říci, že nejmenší péče co se týče vzdělávání, je věnována zdravotnickým záchranářům v Jihočeském kraji. Z výzkumu nelze ale určit, zda je příčinou kraj, zaměstnavatel nebo neochota zaměstnanců se dále vzdělávat.

Zajímavé je i zjištění, že ZZS Hlavního města Prahy pravidelně, a to jednou do roka, poskytuje Zdravotnickým záchranářům školení sebeobrany.

Zdravotnické záchranné služby, které se účastnily výzkumu, nemají žádné vnitřní předpisy o tom, jak postupovat ve vyhrocených situacích. Pouze Záchranná služba Hlavního města Prahy má vnitřní předpis k použití ochranného spreje, který nosí zaměstnanci povinně u sebe. Za úvahu stojí, zda by takové opatření mohlo být využito na ZZS v některých dalších větších městech a jaká by byla reakce laické veřejnosti. Někteří zdravotníci záchranáři spoléhají na možnost kooperace s PČR a přítomnost lékaře, který má kompetence k tomu, aby pacienta farmakologicky ovlivnil i proti jeho vůli.

Zkušenost zdravotnických záchranářů s ostatními složkami IZS, konkrétně s PČR, je hodnocena dobře. Vyskytují se problémy, jako neschopnost policie řešit danou situaci nebo vpuštění členů posádky ZZS do objektu jako první. Z výzkumu je patrné, že ani zdravotníci záchranáři ani členové PČR neví, jak některé situace řešit. Na poznámku respondenta, že je rozdíl ve spolupráci PČR a ZZS v souvislosti s

přítomností lékaře nebo pouze s SZP (střední zdravotnický personál), může odpovědět Zákon č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a Zákon č. 283/1991 Sb. o policii České Republiky. Respondent poukazuje na to, že v přítomnosti SZP je policie neochotná a není si jistá svou kompetencí k zásahu.

Všichni respondenti, kteří vyplnili dotazník, se setkali se situací, že byl ZZS přivezen pacient, který nebyl indikovaný k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení nebo k ambulantnímu vyšetření. Vzhledem k rozhovorům se často jedná o pacienta intoxikovaného psychoaktivní látkou. Stanovisko zdravotnických psychiatrických příjmů je jasné. Intoxikovaný pacient nemůže být přijat na psychiatrické oddělení z důvodu možných somatických komplikací a možnosti organické příčiny jeho stavu.

Zdravotničtí záchranáři účastníci se výzkumu se ale domnívají, že důvod nepřijetí kvůli nepatrnému množství například alkoholu v krvi je moc přísný. Odůvodňují to tím, že právě pacient, který je psychicky nestabilní, si psychoaktivní látkou pomáhá. Jeho akutní psychický problém je nepřijetím odsunut. Tento fakt stojí za zamyšlení se nad daným problémem. Na některých seminářích, které se problematikou psychiatrie zabývají a jsou určeny pro zdravotnické záchranáře, by mohly vystoupit obě strany a na základě argumentace tento stav řešit.

To, jak se odlišuje jednání zdravotnického záchranáře s lékařem při jednání nebo předání intoxikovaného a neintoxikovaného pacienta, je graficky znázorněno grafem č. 7. Je zde vidět výrazný rozdíl, který vypovídá o profesionalitě zdravotnických záchranářů. O malé profesionalitě se zmiňuje i jeden z respondentů, který toto napsal jako připomínku na změnu v přístupu k němu, jako přijímajícímu lékaři, či k pacientovi.

Zdravotničtí záchranáři byli dotazováni, jestli v jejich regionu je dostatek zdravotnických zařízení kam mohou pacienty s atakou psychického onemocnění transportovat a předat k hospitalizaci. Až na respondenty z Libereckého kraje, kde si záchranáři stěžují na nepřítomnost záchranné stanice, jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni a nestává se jim, že by nemohly pacienta umístit.

Lékaři, vrchní sestry a staniční sestry z vybraných psychiatrických příjmů by jako změnu ve spolupráci se ZZS uvítali lepší komunikaci, podrobnější zápis protokolu o pacientovi, větší profesionalitu, nestigmatizování a větší úctu k pacientovi.

Za úvahu stojí, zda by stejné připomínky měli i zaměstnanci jiných příjmů, třeba interní nebo chirurgické ambulance.

Pozitivní na výsledcích výzkumu je, že 71% přebírajících pacienta na psychiatrických odděleních jsou s prací ZZS spokojeni a způsob předání hodnotí jako vyhovující. Také úroveň spolupráce mezi ZZS a zdravotnickými psychiatrickými zařízeními je hodnocena jako dobrá, a to na obou porovnávaných stranách.

Při realizaci výzkumu se narazilo na několik úskalí. Například Psychiatrická léčebna v Kosmonosech, která měla být zařazena do výzkumu, opakovaně spolupráci odmítla. Také nebylo snadné, najít zdravotnické záchranáře, kteří byli ochotni se ve své pracovní době podrobit rozhovoru. Tímto bych ráda všem respondentům poděkovala za energii, kterou tomuto výzkumu věnovali.

6 Závěr

Cílem práce bylo zmapovat současnou situaci. Zjistit, jak probíhá práce ZZS při výjezdu k duševně nemocnému pacientovi a jak funguje spolupráce se složkami IZS a s přebírajícím zařízením. Zda existují standardy péče o duševně nemocné a zda je zdravotničtí záchranáři znají a dodržují. Pokud ne, zda dodržují alespoň nejdůležitější zásady péče s psychicky nemocnými.

Jednotlivé akutní stavy v psychiatrii a jejich řešení bylo na základě prostudované literatury stručně popsáno v první části práce.

Na základě rozhovorů se zdravotnickými záchranáři a formou dotazníku pro pracovníky psychiatrických příjmů byla zjištěna současná problematika (aktuální stav) mezi ZZS, vybranými psychiatrickými zařízeními a složkami IZS.

Myslím, že předem stanovené cíle práce byly naplněny. Standardy péče o duševně nemocné v PNP nejsou. Zdravotničtí záchranáři nejdůležitější zásady při zajišťování pacientů s psychickou atakou znají. Od pracovníků vybraných zdravotnických zařízení bylo zjištěno, že zásady dodržují, ale větší pozornost by měli věnovat edukaci pacienta. Dotazovaní zdravotničtí záchranáři jsou toho názoru, že psychiatrických pracovišť je v jejich regionu dostatek. Úroveň spolupráce mezi ZZS a psychiatrickými zařízeními a mezi ZZS a ostatními složkami IZS je na základě získaných informací dobrá. Nejčastější problém se vyskytuje ve vzájemné komunikaci, nikoli v nastaveném systému.

Věřím, že práce obsahuje praktické informace vypovídající o dané problematice a může být využita jako návod na zlepšení spolupráce mezi jmenovanými institucemi a vést tak ke zvýšení kvality péče o pacienty s atakou psychického onemocnění především v přednemocniční neodkladné péči.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Terénní krizová práce*. 1.vyd., Praha: Grada, 2005. 300s. ISBN 80-247-0708-X
2. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J.: *Psychiatrie a etika*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
3. BEER, M. D., PEREIRA, S., M. a PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005, 296s. ISBN 80-247-0363-7
4. BOLELOUCKÝ, Zdeněk a kol. *Hraniční stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada 1993. 214s. ISBN80-7169-029-5
5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd., Praha: Triton, 2008. 456s. ISBN 978-80-7254-815-6
6. ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 1/2007, roč. 8, č. 1, s. 5-24, ISSN 1213-0508
7. DOBIÁŠ, V.: *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. dopl. vyd. Osveta, 2007. 178 s. ISBN 80-8063-244-8
8. DOBIÁŠ, Viliam a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7
9. DOLEŽEL, K., LUKÁŠ, F. *Taktika řešení krizových situací a základy sebeobrany*. Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta v Ostravě: 2005. 54 s.
10. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské - učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1 vyd. Praha: Grada 1998. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
11. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9
12. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 365 s. ISBN 80-7013-397-1
13. ILLÉS, Tom, Jack. Plánování ošetrovatelské péče při výjezdu záchranné služby. *Urgentí medicína*. 2010, roč. 13, č. 2, s. 9-10. ISSN 1212-1924

14. KAFKA, Jozef a kol. *Psychiatria učebnica pre lékařské fakulty*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1993. 235 s. ISBN 80-217-0514-0
15. KOUKOLÍK, František. *O vztahu lidského mozku a chování – strukturální a funkční podklady některých neuropsychických chorob*. 1. vyd. Univerzita Karlova Praha: Karolinum, 1997. 251 s. ISBN 80-7184-276-1
16. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9
17. KUČEROVÁ, H., SVOBODA M., ČEŠKOVÁ, E.: *Psychopatologie a psychiatrie* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9
18. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978- 80- 247-1784- 5
19. MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3
20. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABÍÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
21. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Duševní poruchy v primární péči - vodítka pro diagnostiku a léčbu*. 10. verze. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. 102 s. ISBN 80-86471-13-6.
22. POKORNÝ, Jan et al. *Lékařská první pomoc*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 2010. 463 s. ISBN 978-80-7262-322-8
23. PRÁŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK J. et al. *Psychotická porucha a její léčba – příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Maxdorf 2001. 87 s. ISBN 80-85912-65-1
24. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 207 s. ISBN 80-7254-423
25. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 156 s. ISBN 978-80-7262-586-4
26. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. 201 s. ISBN 80-7254-746-1

27. RABOCH, J., KALIŠOVÁ, L., NAWKA, A. a kol. Nedobrovolná hospitalizace a názory pacientů – výsledky Evropské studie Eunomia. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Galén, 2010, č. 1, s. 5-8. ISSN 1212-1383
28. ŠEDIVĚC, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 58 s. ISBN 978-80-87142-00-4
29. ŠENOVSKÝ, M., ADAMEC, V., HANUŠKA, Zdeněk. *Integrovaný záchranný systém: Management záchranných prací*. 2. vyd. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství v Ostravě, 2007. 157 s. ISBN 978-80-7385-007-4.
30. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 89 s. ISBN 80-7040-786-7
31. VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena. Pacient s panickou poruchou v situaci akutního kontaktu – návod na použití lékaře. *Urgentní medicína*. 2005, roč. 8, č. 2, s. 29-31. ISSN 1212 – 1924
32. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0
33. Vyhláška č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě
34. Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění
35. ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2006. 192 s. ISBN 80-7184-494-2

8 Klíčová slova

Pacient

Přednemocniční neodkladná péče

Psychiatrické oddělení

Psychická ataka

Zdravotnický záchranář

9 Přílohy

Příloha č. 1 – Rozhovor určený zdravotnickým záchranářům

Příloha č. 2 – Dotazník určený lékařům, vrchním a staničním sestřám z vybraných zdravotnických psychiatrických zařízení

Příloha č. 3 – Ošetřovatelský standard č. 4

Příloha č. 4 – Ošetřovatelský standard č. 2

Příloha č. 5 – Ošetřovatelský standard č. 3

Příloha č. 1

Rozhovor určený zdravotnickým záchranářům

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou dotazník, který je součástí výzkumu mé bakalářské práce. Jmenuji se Jitka Formáčková a studuji obor Zdravotnický záchranář na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Účelem dotazníku není testovat Vaše konkrétní znalosti, proto je dotazník anonymní. Úkolem je zjistit jakým způsobem zdravotnická záchranná služba ve Vašem kraji pracuje s pacienty s duševní poruchou.

- 1) Vaše vykonávaná pozice: a) lékař b) vrchní sestra c) staniční sestra
- 2) Zařazení v rámci oddělení: a) příjmová ambulance denně b) více než 3x do týdne
c) 1x do týdne d) méně často
- 3) Jak často jsou k Vám přiváženi pacienti zdravotnickou záchrannou službou?
a) denně b) 3x a více do týdne c) 1x týdně d) jiné
- 4) Stává se, že jsou k Vám přiváženi pacienti, kteří nejsou indikováni k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení či ambulatnímu vyšetření? ANO / NE
- 5) Pokud ano, jak často? a) velmi často b) občas c) velmi zřídka
- 6) Bývají pacienti dostatečně zajištěni? Fyzicky omezení? ANO / NE
Farmakologicky zajištěni? ANO / NE
Dostatečně informováni? ANO / NE
- 7) Je podle vašeho názoru způsob předání pacienta zdravotnickou záchrannou službou vyhovující? ANO / NE
- 8) Odlišuje se úroveň spolupráce záchranné služby s lékařem u různých pacientů? ANO / NE

9) Jaká je dle Vašich zkušeností obvykle spolupráce zdravotnického záchranáře s lékařem při předání intoxikovaného pacienta? 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(1 = nejnižší 5 = nejvyšší)

10) Jaká je dle Vašich zkušeností obvykle spolupráce zdravotnického záchranáře s lékařem při předání psychiatrického neintoxikovaného pacienta? 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(1 = nejnižší 5 = nejvyšší)

11) Jste spokojeni se spoluprací se zdravotnickou záchrannou službou? 1 – 2 – 3 – 4 – 5

(1 = nespokojen 5 = maximálně spokojen)

12) Co byste změnili v přístupu záchranářů k Vám či k pacientovi?

.....
.....

Děkuji Vám za čas i energii věnovanou tomuto dotazníku a přeji příjemný den

Příloha č. 2

Dotazník určený lékařům, vrchním a staničním sestřám z vybraných zdravotnických psychiatrických zařízení

Otázky na zdravotnické záchranáře ve vybraných výjezdových stanicích.

- 1) Věk
- 2) Pohlaví
- 3) Vzdělání
- 4) Jak dlouho pracujete jako zdravotnický záchranář?
- 5) Máte zkušenosti s výjezdy s atakou psychického onemocnění v terénu?
- 6) Jak často se s takovou indikací setkáváte?
- 7) Setkal/a jste se někdy s psychiatrickou indikací u dítěte?
- 8) Setkal/a jste se někdy nebo víte o standardech péče o psychicky nemocné pacienty?
- 9) Jaké jsou podle Vás nejdůležitější zásady při zajištění pacienta s atakou psychického onemocnění?
- 10) Zajistí Vám zaměstnavatel možnost dalšího vzdělávání nebo studijní materiály v této problematice?
- 11) Existují na vašem pracovišti nějaké vnitřní předpisy o tom, jak postupovat v krizových situacích popřípadě jak bránit svou osobu?
- 12) Jakou máte zkušenost se spoluprací s ostatními složkami IZS konkrétně v případě psychiatrické indikace?
- 13) Jste spokojen/na se spoluprací psychiatrických zdravotnických zařízení? Popřípadě co byste změnil/a?
- 14) Je ve vašem regionu dostatek zdravotnických zařízení pro umístění pacientů s akutní psychickou atakou?
- 15) Můžete mi stručně popsat nějaký výjezd s psychiatrickou indikací, a jak jste ho řešil/a? Popřípadě jak byste ho řešil/a zpětně?

Příloha č. 3

Ošetrovatelský standard č. 4

282 Intenzivní péče v psychiatrii

Standard č. 4 Pravidla pro fyzické omezení pacienta

- Každý zaměstnanec zná kapitolu 18 zákona o duševním zdraví a prováděcí předpisy (Mental Health Act Code of Practice) „Patients Presenting Particular Management Problems – problematičtí a obtížně zvládnutelní pacienti“.
- Stupeň fyzického omezení pacienta se různí, jeho podstatou je ovládnutí pacienta nebo omezení jeho osobní svobody. Fyzické omezení a izolace pacienta jsou „metodou poslední volby“, když ostatní metody selhaly a hrozí fyzický útok, destruktivní chování nebo aktivita, vedoucí k úplnému vyčerpání pacienta a tím ke zhoršení jeho zdravotního stavu.
- Pokud je fyzické omezení pacienta nezbytné, přivoláme ostatní pracovníky slovně nebo poplašným zařízením.
- Jeden člen týmu odpovídá za koordinaci a kontrolu situace, přesvědčuje pacienta o ukončení jeho chování a podřízení se požadavkům personálu.
- Tým ovládá metodu omezení a ovládnutí. Fyzické omezení pacienta je účinné a bezpečné, vede ke zmenšení rizik.
- Fyzické omezení pacienta je „vzhledem k daným okolnostem ospravedlnitelné“. Jde vždy o nejmenší stupeň fyzického omezení, který je nutný ke zklidnění situace.
- Všechny incidenty pečlivě zaznamenáme do pacientova chorobopisu a do oficiálních formulářů (*Incident Report Forms*).
- Pacienta po fyzickém omezení prohlédne co nejdříve lékař.
- Zranění pacienta a členů týmu zaznamenáme a lékař je zkontroluje.
- Je-li pacient zraněn a jeho stav vyžaduje hospitalizaci, vedoucí jednotky, staniční sestra a supervizor prošetří incident a rozhodnou o vyrozumění komise (*Mental Health Act Commissioners*).
- Po incidentu následuje týmový rozbor incidentu.

Poslední kontrola – datum

Příští kontrola – datum

Zdroj: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6

Příloha č. 4

Ošetrovatelský standard č. 2

Standard č. 2 Postupy při prohledávání pacienta a jeho majetku

Předmluva

Prohledávání pacienta a jeho majetku je choulostivá záležitost, provádíme ji proto poctivě a dodržujeme profesionální standardy. Tato činnost má rysy provokace a degradace, následující postupy se snaží proto zachovat důstojnost a prospěch pacienta.

1. Obecné postupy

- 1.1 K prohledání pacienta a jeho věcí dochází na žádost sloužícího týmu a po schválení vedoucí sestrou. Důvodem je podezření o přechovávání předmětů a drog i alkoholu, které potenciálně i bezprostředně ohrožují bezpečnost pacienta a ostatních osob.
- 1.2 Prohledání je „poslední volbou“, není prvotním řešením problému, protože i jiné metody mohou přinést uspokojujivé řešení.
- 1.3 Během prohledávání s pacientem mluvíme, dáme mu možnost k vyjádření jeho úzkosti. Personál nikdy neprojevuje zjevné potěšení apod.
- 1.4 Při prohledávání pacientových věcí ho požádáme o svolení, i když ho nemusíme mít. Pacient si může přát být přítomen, personál zváží, zda je to bezpečné.
- 1.5 Při zcizení věcí jednotky si počínáme podle pravidel příslušných manuálů.

2. Postupy při prohledávání osoby

- 2.1 Pacienty prohledáváme individuálně v soukromí jejich pokojů, nevyžaduje-li naléhavost situace jiné řešení.
- 2.2 Pacienta prohledávají minimálně dva zaměstnanci, kteří jsou stejného pohlaví jako pacient. Jedním z nich je trénovaný pracovník. Naléhavost situace nás nemá vést k porušování této zásady.
- 2.3 Pacienta informujeme o důvodech jeho prohledání, dáme mu možnost vysvětlit situaci a sdělit důležité věci.
- 2.4 Pacient se sám svléká pod dozorem, pracovníci pak prohledávají jednotlivé části oděvu.
- 2.5 JE ZAKÁZÁNO PROHLEDÁVAT INTIMNÍ ČÁSTI TĚLA.
- 2.6 Personál zajistí pacientovo dostatečné oblečení před přemístěním do jiné místnosti.

3. Postup při prohledávání osobního majetku

- 3.1 Osobní majetek prohledáváme vždy za přítomnosti pacienta.

- 3.2 Prohledávání provádějí dva členové týmu, z čehož jeden pracovník je stejného pohlaví jako pacient a druhým pracovníkem je sestra s příslušným vzděláním.
- 3.3 Všechny věci vrátíme do původního uspořádání, nic nesmíme poškodit.
- 3.4 Prohlídku a její výsledky zaznamenáváme do pacientova chorobopisu.

Poslední kontrola – datum

Příští kontrola – datum

Zdroj: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6

Příloha č. 5

Ošetrovatelský standard č. 3

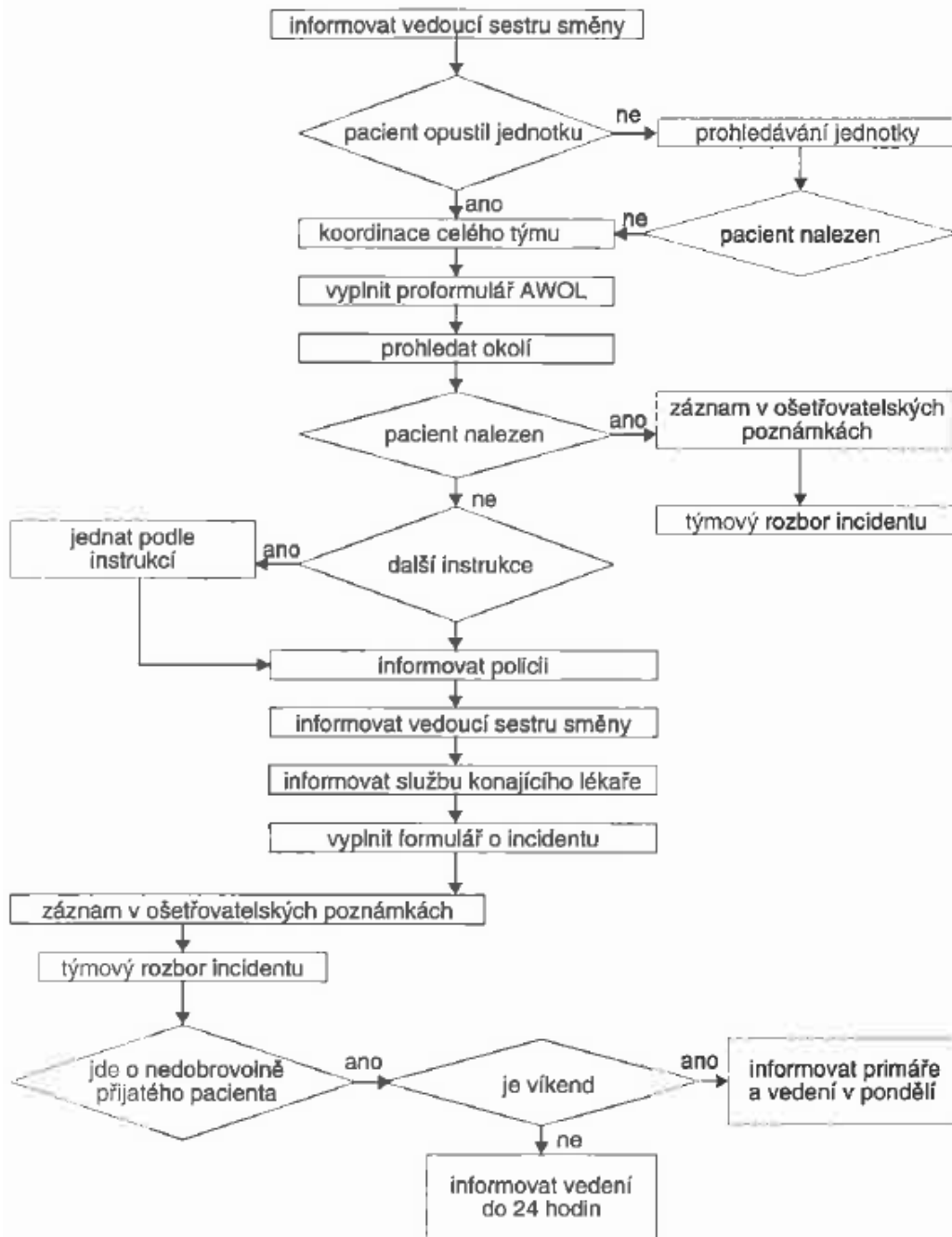
280 *Intenzivní péče v psychiatrii*

Standard č. 3 Útěk pacienta

1. Součástí chorobopisu je proformulář AWOL (*absent without leave*) pro podrobný popis vlastností a fyzických charakteristik pacienta.
2. Pokud máme podezření, že pacient svévolně opustil jednotku, okamžitě informujeme vedoucího směny.
3. Ujistíme se, že pacient oddělení opravdu opustil.
4. Vyplníme zbylou část proformuláře AWOL, policii seznámíme s „varovnými signály“ zaznamenanými ve formuláři.
5. Informujeme všechny důležité instituce a osoby – sestru konající příslužbu, služícího lékaře a ohrožené osoby; počínáme si diskrétně.
6. Přítomný personál prohledá okolí a v případě nutnosti přivolá pomoc.
7. Zaměstnanci při hledání pacienta nesmí podstupovat žádná rizika. Přivoz pacienta provedeme v dostatečně zastoupeném týmu.
8. Do 24 hodin podáme zprávu primáři jednotky.
9. Po návratu pacienta zpět na jednotku o tom uvědomíme všechny dotčené osoby.
10. Vedoucí sestra vyplní formulář o incidentu, podrobný popis vloží i do pacientova chorobopisu.
11. Pro další případy založíme nový proformulář AWOL.
12. Po incidentu se tým zúčastní skupinového projednání a probere příčiny, následky a opatření pro budoucnost.

Poslední kontrola – datum

Příští kontrola – datum



Standard č. 3 Schéma postupu při podezření na svévolné opuštění jednotky pacientem

Zdroj: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6