



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s
panickou atakou a úzkostnými stavy v přednemocniční
péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘSTVÍ

Autor: Elena Kleinová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Velimská, MBA

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s panickou atakou a úzkostnými stavy v přednemocniční péči jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz pozorovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 9. 5. 2023

.....

Elena Kleinová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Daně Velimské, MBA za její ochotné vedení, za cenné rady, připomínky k mé práci a ochotu pomoci. Dále bych chtěla poděkovat členům ZZS za pomoc a poskytnuté informace k mé práci a výzkumu. Poděkování patří také mé rodině, za pomoc, jejich velikou podporu a trpělivost při psaní této práce i v průběhu celého studia.

Komunikace zdravotnického záchranáře s pacienty s panickou atakou a úzkostnými stavy v přednemocniční péči

Abstrakt

Výjezdy k úzkostným pacientům a pacientům s panickou atakou jsou poměrně častými případy v přednemocniční péči. Správný přístup a styl komunikace jsou stěžejní pro primární zajištění a stabilizování takového pacienta. Teoretická část práce se věnuje problematice úzkostných stavů a panické ataky, jejich charakteru, příčinám vzniku a způsobům možné intervence v přednemocniční péči. Dále se zabývá komunikací s pacientem a psychickou intervencí. Cílem práce bylo zjistit povědomost zdravotnických záchranářů o panické atace a úzkostných stavech, jak takové pacienty vnímají, jakým způsobem získávají znalosti a dovednosti v oblasti komunikace s úzkostnými a panickými pacienty a jak je využívají v praxi. Bylo také zkoumáno, jakými metodami záchranáři docílí psychické stabilizace pacienta, jak takové případy řeší a jak na to pacienti reagují. Důraz byl kladen také na komunikaci a její vliv na pacienta. Výzkum byl proveden kvalitativně formou polostrukturovaných rozhovorů, které byli vedeny se zdravotnickými záchranáři z Jihočeského a Karlovarského kraje.

Stanovené cíle byly výzkumem naplněny. Ukázalo se, že každý takový případ je velice individuální, z toho důvodu bylo mnohdy pro záchranáře obtížné jejich odpovědi formovat tak, aby byly obecně platné. Co se týče znalostí a řešení samotných situací, čerpají záchranáři z vlastních zkušeností, jelikož informovanost záchranářů v této oblasti se ukázala jako velmi povrchová. Navzdory tomu jsou jejich praktické a komunikační schopnosti na velmi dobré úrovni.

Pevně doufám, že jak teoretické, tak praktické informace obsažené v této práci najdou své využití a poslouží zdravotnickým pracovníkům či komukoliv, komu by mohly být jakkoli užitečné, ať už za účelem získání informací nebo praktickému užitku. Věřím, že moderní technologické možnosti, jako jsou programy nabízející praktické postupy pro efektivní poskytnutí první psychické pomoci, najdou své uplatnění i v oblasti přednemocniční péče.

Klíčová slova

Psychologická intervence; komunikace; panická ataka; první psychologická pomoc; úzkost; zdravotnický záchranář; přednemocniční péče

Communication of paramedic with patients with panic attack and anxiety in the prehospital care

Abstract

Departures for anxious patients and patients having a panic attack are a relatively common case when it comes to prehospital care. Correct attitude and communication style are crucial for primary care and stabilization of such a patient. The theoretical part of this work is dedicated to the issue of states of anxiety and panic attacks, their symptoms, causes of emergence and ways of possible intervention in premedical care. It further covers communication with a patient and psychological intervention. The aim of this work was to find out about the awareness of paramedics concerning panic attacks and states of anxiety, how do they perceive those patients, how do they gain knowledge and skills in the area of communication with anxious and panic patients and how do they use these in action. Looked into were also the methods, with which paramedics achieve psychological stabilization of the patient, how do they handle such cases and how do the patients react to this. There was also an emphasis on communication and its influence on the patient. Research was done qualitatively in a form of semi-structured interviews, which were conducted with paramedics of the South Bohemia and Karlovy Vary regions.

Set goals were fulfilled by the research. It has been shown that each of these cases is very individual, for this reason it was often difficult for the paramedics to form their answers to be generally valid. When it comes to knowledge and handling the situations alone, the paramedics draw on their own experiences, because their awareness in this area has shown itself to be very superficial. Despite this, their practical and communication skills are on a very good level.

I firmly hope that both the theoretical and practical information contained in this work will find their use and will eventually serve the paramedics or anyone else, to whom it may be useful in any way, either to gain information or practical use. I believe, that modern technological possibilities, such as programs offering practical methods for effective providing of first psychological aid, will find their use even in the field of premedical care.

Key Words:

Psychological intervention; communication; panic attack; first psychological aid; anxiety; paramedic; prehospital care

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Psychopatologie	9
1.1.1 Vědomí a jeho poruchy	9
1.1.2 Kognitivní funkce	9
1.1.3 Neuromediátory a jejich funkce z psychologického hlediska.....	10
1.1.4 Fyziologická reakce spojená s emočním prožitkem	11
1.1.5 Akutní reakce na stres	12
1.1.6 Coping mechanismus	13
1.1.7 Fáze psychických obtíží v souvislosti se vznikem traumatu.....	13
1.2 Úzkost	14
1.2.1 Patologie úzkostných stavů.....	15
1.2.2 Somatoformní potíže.....	16
1.2.3 Intervence.....	17
1.3 Panická ataka.....	17
1.3.1 Patologie vzniku panické ataky.....	18
1.3.2 Agorafobie	19
1.3.3 Somatoformní potíže.....	20
1.3.4 Suicidalita v souvislosti s panickou atakou.....	21
1.3.5 Intervence u panické ataky.....	21
1.4 Komunikace v přednemocniční péči.....	22
1.4.1 Psychologická první pomoc	22
1.4.2 Krizová intervence	22
1.4.3 Komunikace s pacientem	24
1.4.4 Vliv komunikace na pacienta.....	26
1.4.5 Komunikace s úzkostným pacientem.....	27

1.4.6	Komunikace s pacientem s panickou atakou	28
2	Praktická část práce.....	29
2.1	Cíle práce a výzkumné otázky	29
2.1.1	Cíle práce	29
2.1.2	Výzkumné otázky	29
3	Metodika	29
3.1	Metoda výzkumu.....	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4	Výsledky výzkumu	30
4.1	Kategorizace dat.....	30
5	Diskuze.....	61
6	Závěr	69
	Seznam literatury	74
	Seznam příloh a obrázků.....	77
	Seznam zkratk	80

Úvod

V přednemocniční péči je třeba kromě medicínské lékařské pomoci i pomoc psychologická. Je třeba, aby na pacienta bylo pohlíženo komplexně. Obzvláště v posledních letech byl zaregistrován vzestup tzv. psychosociálních urgencí. Toto označení lze použít u stavů, které jsou psychosomatického původu a nesouvisí přímo s onemocněním či poraněním. Stále častější jsou výjezdy k panickým atakám, k pacientům s obtížemi psychosomatického charakteru, sebevražedným pokusům, samotným sebevraždám atp. (Šeblová, 2018). V akutních stavech se pacienti dostávají do velice náročné psychické situace, kterou špatně snáší, obzvláště pokud je situace doprovázená bolestmi, dalšími závažnými příznaky, nebo obavami o vlastní život. Za akutní stavy považujeme situace, kdy u člověka došlo k úrazu či jinému poškození na zdraví, které jsou náhlé a nečekané. Jakékoliv, byť jen mírné, ohrožení jeho zdraví může být příčinou vzniku psychického trauma pacienta. Za traumatické faktory lze považovat rovněž narušení funkce organismu v důsledku závažného poranění, které způsobilo ztrátu smyslu, končetin, nepohyblivost, silný zásah do estetického vzhledu pacienta např. v oblasti obličeje, omezené sociální fungování či přímo organické změny psychických funkcí. (Andršová, 2012) Jedinec na základě svých osobnostních rysů (optimismus, neurotičnost, odolnost atp.) volí způsob, jak se bude k situaci stavět a jak ji bude zvládat – tzv. zvládací strategii. Osobnostní rysy jej mohou ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně v realistickém smýšlení a jeho míře. Zvládací strategie ovlivňují vnímání bolesti a její intenzity, emoční prožívání, chování a aktivitu jedince. (Raudenská, 2011). Nečekanost a náhlá změna v pacientovi vyvolává obavy a strach, nejen o sebe, ale i o své blízké, majetek a práci. Bývá pro ně těžká i skutečnost, že za sebou nechávají opuštěnou domácnost. Se svými obavami a starostmi se často obrací na zdravotnické pracovníky a žádají je o pomoc. Nepochopení, nezájem a bagatelizování problémů pacienta z jejich strany může vést ke zhoršení jeho psychického stavu. (Andršová, 2012)

Téma jsem si vybrala, jelikož je tato problematika často opomíjená a není zdravotnickým záchranářům příliš blízká. Jak jsem již zmínila, případů napříč všemi generacemi stále přibývá. Podnětem ke zpracování této práce byla rovněž vlastní zkušenost s úzkostnými a panickými lidmi. Mým cílem bylo komplexně objasnit problematiku úzkostných stavů a nahlédnout na ni z pohledu přednemocniční péče.

1 *Současný stav*

1.1 *Psychopatologie*

1.1.1 *Vědomí a jeho poruchy*

Z fyziologického hlediska se vědomí popisuje jako stav, kdy je jedinec schopen si plně a správně uvědomovat sám sebe, adekvátně reagovat na vnitřní a vnější podněty a je schopen jednat v závislosti na vlastní vůli. Pro stav vědomí je nezbytná funkce mozkové kůry a správný chod kognitivních funkcí a ascendentního systému retikulární formace, neboli ARAS. Poruchy dělíme do dvou základních skupin, a to kvalitativní a kvantitativní poruchy. Mezi kvalitativní poruchy řadíme amentní, delirantní a mráкотné stavy. Vyznačují se např. poruchami pozornosti, paměťových procesů, percepce, emocí, chování a psychomotoriky. Kvantitativní se zaměřují na úroveň vigility a řadíme k nim somnolenci, sopor a kóma. (Ševčík, 2014) Zároveň je u nich alespoň částečně zachovaná vigilita, ale narušená psychika pacienta způsobuje zkreslené vnímání okolí, dezorientaci, poruchy chování a vstřípivosti. (Raboch, 2014)

1.1.2 *Kognitivní funkce*

V dnešní době místo pojmu myšlení užíváme spíše pojem kognitivní funkce. Kognitivní funkce, neboli poznávací funkce, mají na starosti procesy poznávání okolního prostředí, vyhodnocování situací, zpracovávání reakcí na podněty zevního i vnitřního prostředí. Řadíme je mezi ostatní funkce mozku, jako jsou např. řeč, spánek, bdění, emoce, sexualita, paměť, lateralizace atp. Informace z různých částí mozku proudí prostřednictvím senzomotorických nervů a následně jsou zpracovávány asociační mozkovou kůrou. (Raboch, 2014) Asociační oblast propojuje jednotlivé systémy, které vzájemně interagují. Díky jejich vzájemnému uspořádání jsou schopny koordinovat jednotlivé psychické procesy. (Vágnerová, 2017) Asociační korová oblast zahrnuje tři typy korových oblastí: unimodální, heteromodální a supramodální. Unimodální dokáže sjednocovat informace pouze z jednoho smyslového zdroje (pouze zrak, sluch atp.). Heteromodální umožňuje slučování informací z paměti s informacemi z více sensorických zdrojů, a tak dokáže ovlivňovat emoční prožívání. Supramodální oblast tvoří převážnou většinu frontálního laloku a je v jeho přední části. Ta primárně ovlivňuje kognitivní funkce např. formuje jednotlivé typy chování, uvědomování reality a řídí pokročilé myšlenkové pochody. (Kučera, 2013) Asociační kůra je dále tvořena jednotlivými laloky: temporálním, frontálním a parietálním. Temporální kůra hraje roli v porozumění řeči, intelektuálních funkcích a interpretačních funkcích, jelikož sjednocuje

a zpracovává informace z mnoha senzorických a asociačních oblastí. Frontální kůra je nezbytná pro motorickou aktivitu, myšlení a pracovní paměť, která slouží k plánování, úvahám, abstraktnímu myšlení, behaviorální odpovědi jedince, emoční kontrole a paměti. Parietální asociační kůra je obklopována senzorickými oblastmi - vizuálním kortexem a sluchovou kůrou - ze kterých zpracovává a interpretuje informace. (Fontana, 2014). Poruchami na úrovni parietální a temporální kůry se zabývá spíše obor neurologie, zatímco následky poruchy činnosti frontálního laloku a prefrontální oblasti, způsobují psychické poruchy, poruchy myšlení atp., tudíž spadají do oboru psychiatrie. (Raboch, 2014)

1.1.3 Neuromediátory a jejich funkce z psychologického hlediska

Nervový systém reguluje veškeré funkce v organismu zpracováváním informací z vnějšího a vnitřního prostředí. Přenosy umožňují neurony a glie. Neurony vytváří elektrický potenciál a glie zajišťují jejich správné fungování, pohyb a synapsi (elektrické a chemické vzruchy umožňující komunikaci mezi neurony). Neurony dělíme na motorické – přenáší informace ke svalům, senzitivní – vedou informace ze smyslových orgánů do mozku, autonomní (vegetativní), které dále dělíme na eferentní (řídící sekreci a hladkou svalovinu) a aferentní (které vedou informace z vnitřních orgánů). Interneurony pak zajišťují vzájemnou interakci a propojení mezi jednotlivými neurony. Informace mezi neurony se šíří díky akčnímu membránovému potenciálu (Kučera, 2013). Za přenos nervových signálů v mozku jsou zodpovědné neurotransmitery neboli neuromediátory. Tyto látky mají schopnost aktivovat či tlumit jednotlivé oblasti mozku a díky tomu v něm mohou regulovat přenos informací. Neuromediátory mají odlišné funkce, ale vzájemně interagují, čímž ovlivňují svůj výsledný efekt, ale účinek v jednotlivých oblastech se liší, a to i v souvislosti s denním rytmem, který dokáže funkci aktivujících a stimulujících neuromediátorů koordinovat. (Vágnerová, 2017) Řadíme mezi ně aminokyseliny, monoaminy (např. dopamin, noradrenalin, adrenalin, serotonin), neuropeptidy a také např. acetylcholin a melatonin. (Kučera, 2013). Dopamin dokáže snižovat úzkost, navozovat příjemné, pozitivní emoce a myšlení. Umožňuje nám posilovat naučené rutiny a stereotypy. Funguje také na principu odměny za správné a úspěšné chování. Acetylcholin nám slouží k učení se nových věcí, paměti a myšlení. Je rozumovou složkou, umožňuje logické a kritické myšlení, úsudek a jeho rychlost. Jeho účinek může být posílen užitím návykových látek, např. nikotinu. Serotonin dodává pocit klidu, uvolnění, dobré nálady, pozitivního myšlení, vyrovnanosti, má antidepresivní účinky a

podněcuje k nenásilnému chování. Adrenalin z psychické stránky přispívá k podrážděnosti, vyšší koncentraci, podporuje výkon a podněcuje sklony k negativním emocím až agresivitě. Noradrenalin naopak posiluje pozitivní emoce, myšlenky a navozuje klid, ale pokud je jeho hladina příliš vysoká způsobí vyšší ostražitost a neklid. Naopak nízká hladina se projeví bradypsychickým chováním – apatií, zvýšenou únavou, zpomalenými reakcemi. (Vágnerová, 2017) Bradypsychický člověk má snížené tempo myšlení a činí mu obtíže. Je pro něj náročné přemýšlet, byť o jednoduchých věcech, a dochází u něj k velmi rychlé únavě. Může dojít až tak daleko, že dotyčný nedokáže ani promluvit, což se odborně nazývá mutismus. (Raboch, 2014) Melatonin je hormon spánku s uklidňujícími účinky, jeho zvýšená koncentrace může zapříčinit malátnost, únavu a jeho nadmíra může vést až k depresivním sklonům. Reakce mozku na podněty se u jednotlivých osob mohou lišit v závislosti na jejich genetických dispozicích, a tak mohou být jejich reakce na určité podněty různě intenzivní. Mohou být rovněž ovlivňovány hladinou enzymu monoaminoxidázy. Jeho zvýšená produkce způsobí u jedince větší psychickou odolnost v zátěžových situacích, zatímco jeho nedostatek se může projevit například podrážděností, hyperaktivitou, neklidem a hyperreaktivitou jedince. (Vágnerová, 2017)

1.1.4 Fyziologická reakce spojená s emočním prožitkem

Autonomní nervový systém (vegetativní nervový systém) je zodpovědný za emoční prožívání se somatickým projevem, a to konkrétně sympatikus a parasympatikus. Jeho centrum se nachází v prodloužené míše. (Vágnerová, 2017) Vegetativní nervový systém řídí činnost orgánů, jako jsou srdce, plíce a další orgánové soustavy, a zároveň má na svědomí i pocity a tělesné příznaky při stresových a psychicky náročných situacích. Sympatikus je zodpovědný za zvýšenou tepovou frekvenci, nadměrné pocení, zvýšenou dechovou frekvenci a zvýšené svalové napětí. Parasympatikus má opačný efekt, tzn. tepovou frekvenci snižuje, stejně tak pocení, dechovou frekvenci a svalové napětí. Při stresové reakci tělo funguje na principu boje a útěku, který je v našem organismu zachován a díky kterému je naše tělo schopno reagovat v případě ohrožení. Reakce připravení organismu na takovou situaci je v rámci sekund a organismus je tak připraven k boji nebo útěku. Tělo proto potřebuje zvýšit přísun kyslíku do svalů a tkání, a tak zvýší dodávku okysličené krve zvýšenou srdeční činností – vzestupem tepové frekvence za současné zvýšené činnosti plic zvýšením dechové frekvence. A zároveň přesouvá krev z „nepotřebných míst“, jako je žaludek či hlava, do kosterního svalstva. Pacienti tak mohou

pacienti pociťovat tlak, píchání nebo svíravý pocit na hrudi, těžkost končetin, závratě a výpadky zorného pole, vidění. Často pacienti uvádí i subjektivní pocit dechové nedostatečnosti. Tento pocit vzniká v důsledku toho, že při zrychleném dýchání dojde ke změně krevních plynů a dojde k vydýchání většího množství oxidu uhličitého. Centrální nervová soustava v důsledku toho zpomaluje dechovou aktivitu, což většinou pacienta vyděsí a sám začne zrychleně dýchat, a pracuje tak proti odporu vlastních plic, které mají dostatek kyslíku a potřebují naopak doplnit oxid uhličitý, což vede k ještě většímu strachu a úsilí pacienta lapat po dechu, protože má pocit, že se udusí. Po nějaké době se pacient vyčerpá a dojde ke zklidnění. (Praško, 2006) Čím silnější je emoční prožívání, tím větší a intenzivnější jsou fyziologické procesy. Různé pocity se různě tělesně projevují. Pro pocit štěstí bývá charakteristický pokles srdeční frekvence a krevního tlaku. Vztek a zlost, kdy je aktivován sympatikus, naopak zvyšuje krevní tlak i srdeční frekvenci, zvyšuje svalový tonus a teplotu kůže. Ta naopak může klesat při pocitech strachu, kdy převažuje funkce parasympatiku. Obecně bývají negativní emoce spojovány s výraznější autonomní reakcí, kvůli pravděpodobné vazbě na potřebu připravenosti a potřebě rychlého reagování a jednání. (Vágnerová, 2017)

1.1.5 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je stav, kdy bezprostředně nebo velmi krátce (do 1 hodiny) po náročné zátěžové nebo stresové situaci dojde k nástupu somatických příznaků. (Dušek, et al., 2015) Dojde k ní po tom, co člověk zažije obzvláště stresující náročnou situaci, která mohla narušit jeho bezpečí nebo fyzickou stránku. Vzniká bez předchozí psychopatologie. (Šeblová, 2018) Je brána jako psychiatrická diagnóza (F 43.0), která často vyžaduje krátkodobou hospitalizaci. Může nastat po silně traumatické události s ohrožením bezpečí jedince či jeho blízkých, jako je např. znásilnění, úraz, živelná pohroma, přepadení či úmrtí blízké osoby (např. v důsledku neúspěšné resuscitace, dopravní nehody). Pacient může následně trpět i částečnou nebo úplnou amnézií na tuto událost. Příznaky jsou krátkodobé a mohou se vzájemně prolínat, nebo se měnit. (Andršová, 2012) Na počátku je fyzická a psychická ochablost bez reakce na vnější podněty, dezorientaci, zúžené vědomí (Šeblová, 2018), ale také reakce opačného charakteru, jako deprese, úzkost, zlost, zoufalství, hyperaktivita. Odezní maximálně do 2-3 dnů po vymizení působení stresového faktoru, buď samovolně, či za pomoci intenzivní krátkodobé psychoterapie. Reakce na situaci je individuální. Záleží na osobnosti a aktuálním stavu jedince. Vegetativními doprovodnými příznaky jsou

tachykardie, zčervenání, pocení atd. (Dušek et al., 2015) Pokud u jedince dochází k opětovnému vybavování si traumatické situace, nebo k úmyslnému vyhýbání se situacím podobného charakteru, přešla akutní stresová reakce do posttraumatické stresové poruchy. Ta už však není předmětem přednemocniční péče. U akutní reakce na stres je vhodná krizová intervence. Je nutné dotyčnému citlivě sdělovat informace, vysvětlit mu následující postupy, zajistit komfort, jako je např. poskytnutí deky, kapesníků (pokud pláče), pití, přítomnost blízkých osob či krizového intervenanta, pokud již není na místě, popř. transport do zdravotnického zařízení. (Šeblová, 2018)

1.1.6 Coping mechanismus

Zvládání stresových situací a nakládání se stresem je u každého člověka zcela individuální, záleží na jeho osobnosti. Každý jedinec má svůj coping mechanismus, což je soubor procesů a způsobů chování, kterými odbourává stres. Coping mechanismy se utváří v průběhu celého života z vlastních zkušeností jednotlivce a lze je také přebírat od rodiny a blízkých osob. Jsou 3 základní mechanismy. Prvním je orientace na problém, kdy jde o snahu změnit vnější podmínky např. rozhovor o daném problému a stresovém podnětu. Druhý mechanismus je orientovaný na emoce, tzn. snaha rozptýlit myšlení, uklidnit se. Třetím mechanismem je vyhýbání se, nepřipouštění si problému a vnitřní potlačování emocí. (Andršová, 2012) Mechanismy mají rovněž vliv na somatické zdraví pacienta. To, zda mají vliv pozitivní či negativní, záleží na druhu stresoru, délce jeho působení a zda ho člověk dokáže nějak ovlivňovat, a také jaký mají mechanismy dopad na psychické a fyzické zdraví pacienta. Nejlepší vliv na zdraví pacienta má strategie orientovaná na problém, a to hlavně díky tendenci těchto jedinců plánovat a zjišťovat si informace o svém stavu, popř. zdraví, a navíc redukuje úzkost a depresi. Existuje mnoho nemocí s různými typy léčby a dopady na život pacienta. Vážnost postižení na zdraví je úměrná obtížnosti vyrovnání se s ním. Záleží na postoji pacienta k nemoci. Ten je subjektivní, někteří i shledávají své obtíže daleko závažnějšími, než ve skutečnosti jsou. A na obtížnosti vyrovnání se se situací přidává také nutnost hospitalizace, vliv léků na organismus, možné nežádoucí účinky i případné operace a nezbytné zákroky. (Jochmannová et al., 2022)

1.1.7 Fáze psychických obtíží v souvislosti se vznikem traumatu

Psychické obtíže doprovázející fyzické zranění lze dělit v souvislosti s časem jejich nástupu. V akutní fázi dochází k psychickým projevům už v průběhu, nebo bezprostředně poté, co se pacientovi zranění přihodilo. Pacient může zranění popírat a odmítat pomoc.

Rovněž můžeme u pacienta pozorovat stavy jako panika, silná úzkost, apatie nebo agrese. Agrese bývá převážně v situacích, kde se nachází i viník pacientovy újmy na zdraví. Je nutné počítat se zúženým vědomím u pacienta a s tím, že se právě potýká s velmi silným emočním prožitkem. Je tedy nezbytné dbát také na jeho bezpečnost a podávat mu jasné, jednoduché a zřetelné informace, některé věci opakovat. K subakutní fázi dochází v řádu hodin až dní od vzniku traumatu. U pacienta dochází k demonstraci příznaků deliria, někdy obtížně pozorovatelných kvůli studu pacienta a strachu z psychiatrického stigmatu. V této fázi často dochází k dezorientaci a poruchám chování. Postižený se může projevovat agresivně z důvodu pocitu viny či vzteku, může být tenzní, úzkostný, trpět nespavostí, depresemi, mít zvýšenou úlekovou reakci a somatizovat. Psychické potíže mohou být i dlouhodobého charakteru, často se jedná o deprese, úzkostné poruchy, posttraumatickou stresovou poruchu, fobie, somatomorfní poruchy či organické poruchy u poranění hlavy. (Andršová, 2012)

1.2 Úzkost

Úzkost je běžný pocit, který lidé zažívají. V běžném životě je důležitá pro obranu organismu před nebezpečím. Pokud začne negativně ovlivňovat život jedince, stává se vážným problémem. (Poláčková, 2014) Úzkost je stav, kdy pacient pociťuje strach a vnitřní napětí bez zjevné příčiny. Strach bez objektu, očekávání nepříjemností neznámého původu. Rozdíl mezi strachem a úzkostí je ten, že zatímco strach tělo aktivuje k útěku a je vázán na konkrétní situaci, úzkost vede člověka ke strnulosti a obavám. (Praško, 2006) Jedinec je zmatený, pociťuje vnitřní napětí a chová se neúčelně, nepřítomně až zmateně a může přejít i do paniky. (Poláčková, 2014) Projevuje se neklidem, kdy pacient má neustálou potřebu pohybu, nemá klidnou polohu, nedokáže sedět nebo stát na místě, ale zároveň se onen neklid může odehrávat pouze v nitru dané osoby, a to stísněným a svíravým pocitem na hrudi, v břiše či dolních končetinách. Může být somatickou příčinou odchylek v činnosti jednotlivých orgánů, jako např. žaludek, plíce, srdce a střeva. Typickým projevem úzkosti je bušení srdce, subjektivní dechová nedostatečnost, bolest břicha. (Kučerová, 2013) Úzkostné myšlenky pacientů bývají zkreslené, mají tendence věci a problémy zveličovat, přehánět a předkládat jim nejhorší možné alternativy. Úzkostný člověk má tendenci vyhýbat se situaci, která k úzkosti vedla, má tendence zmatkovat v náročné situaci, naříká a hledá ujištění u druhých lidí. (Praško, 2006) Sociální úzkostná porucha, panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha jsou stavy, které u lidí propukají již v raném dětství. Mohou se však projevit i během dospívání

či v rané dospělosti. Velmi podstatné je rozlišovat rozdíl mezi stresem vyvolanou, přechodnou, úzkostí a patologickou úzkostí. Patologická úzkost neboli úzkostná porucha se vyznačuje tím, že pocity úzkosti jsou velice silné a až nepřiměřené vůči aktuální hrozbě s tím, že přetrvávají, výrazně zhoršují a ovlivňují každodenní fungování člověka. (Craske, 2016) Silné úzkostné stavy se mohou projevat zároveň také u duševních onemocnění, jako jsou schizofrenie, endogenní deprese, demence a v rámci abstinenčních příznaků u drogově a alkoholově závislých. (Kučerová, 2013) Úzkost velmi často doprovází infarkt myokardu. Její přítomnost rovněž zvyšuje riziko další ischemické příhody. (Praško, 2007)

1.2.1 Patologie úzkostných stavů

Napětí, úzkost, vztek a bezmoc jsou pocity, které pramení z obav člověka o jeho zdraví a které jsou propojeny s tělesnými reakcemi organismu. (Praško, 2006) V rámci lidského myšlení je bolest obvykle známkou nemoci, objevení bolesti tedy je pokládáno za důležitý signál nějaké poruchy zdraví. To vyvolá pocit strachu a obav z nemoci. (Linhartová, 2008). Z fyziologického hlediska sympatický nervový systém vyvolá v člověku pocity strachu nebo vzteku, které mají člověka aktivovat, útočit nebo se bránit a zvládnout větší zátěž. Současně aktivuje fyziologické procesy, které vedou ke zvýšení tepové frekvence, dechové frekvence, svalovému prokrvení a aktivaci energetických zásob, což se může projevit např. zvýšenou hladinou glukózy v krvi. (Vágnerová, 2017) Jakmile mozek vyhodnotí, že už nebezpečí nehrozí, vše se vrátí do normálu. Takovéto tělesné příznaky se mohou projevit i při pouhých myšlenkách na něco nepříjemného a mohou přetrvávat delší dobu, což vede k tomu, že situaci nelze adekvátně zvládnout. Při úzkostných stavech, které jsou způsobeny přítomností tělesných příznaků nebo nadměrnými obavami o vlastní zdraví, člověk zpravidla nebývá přímo ohrožen na životě, avšak jeho katastrofické myšlenky jim přidávají na hodnotě a zhoršují tak i somatický projev. (Praško, 2006) Studie ukazují, že u lidí s úzkostnou poruchou existuje vyšší riziko rozvinutí somatických onemocnění. Těmi mohou být např. cefalgie, kardiální problémy, onemocnění kosterní a svalové soustavy a onemocnění gastrointestinálního traktu. (Pascual et al., 2008)

Za úzkostnými stavy stojí nevhodný coping-mechanismus. (Havlíčková, 2019) Úzkost může být rovněž podmíněna hladinou serotoninu. Porucha na úrovni přenosu serotoninu v mozku je pravděpodobnou příčinou vzniku úzkostí. Sklony k úzkostem lze rovněž přisoudit genetickému podkladu. Z genetického hlediska totiž člověk získává predispozici ke způsobu reakce na zátěžové situace. Úzkost jako taková však přímo

dědičná není. Vliv může mít rovněž výchova dětí, mezilidské vztahy, náročné životní události, míra stresu (v práci, životě), postoj k životu jako takovému a vlastní vysoké nároky jedince na sebe sama. Existují i jisté osobnostní sklony, které se vyskytují častěji u pacientů, trpících úzkostmi. Mezi takové patří např. perfekcionismus, nedostatek asertivity a problémy s vystupováním. (Poláčková, 2014)

1.2.2 Somatoformní potíže

Úzkostný stav a strach se projevuje na celkovém organismu člověka. Netýká se pouze emočního prožívání, prostřednictvím myšlenek a emocí, ale rovněž také tělesnými projevy nebo změnami chování. (Vyskočilová et al, 2008) Ty souvisí i se stresovou reakcí, která se při úzkosti projeví. (Havlíčková, 2019) Co se týče tělesných projevů, postihují celý náš organismus a jakýkoliv systém. (Vyskočilová et al, 2008) V prvopočátku většina pacientů zhruba 70–90 %, kteří trpí úzkostí (nebo depresi), kteří neví, že takovýto problém mají, navštíví svého praktického lékaře kvůli určitým tělesným obtížím. Některý udávají pouze jeden určitý symptom např. nespavost nebo průjemy a někteří mají rovnou celou řadu obtíží. Mohou to být bolesti hlavy, gastrointestinální potíže, svalová tenze, bolesti na hrudi, tíha na hrudi, palpitace atp. Většinou nelze lékařsky určit jejich vzájemnou souvislost. (Metzler et al, 2016) Potíží, které pacienty trápí, je obvykle více na jednou a často se i mohou obměňovat. Po mnohých vyšetřeních negujících původ jejich obtíží v nemoci, se zpravidla dojde k závěru, že zdravotní potíže pacienta jsou psychogenního původu. Pacienti většinou udávají zdravotní potíže, kterých je obvykle více najednou a často se mohou obměňovat. Po mnohých vyšetřeních negujících původ jejich obtíží v nemoci, se často dojde k závěru, že zdravotní potíže pacienta jsou psychogenního původu. Pacienti však své obtíže skutečně zaznamenávají, fyzicky je cítí a jejich psychogenní původ zavrhnou. V přednemocniční péči a na urgentním příjmu je ovšem velmi omezené množství možností, kterými lze vyloučit reálné „tělesné“ onemocnění. Psychosomatické obtíže se mohou demonstrovat různými způsoby. (Šeblová, 2018) V rámci gastrointestinálního systému se projevují jako nauzea, zvracení, diarhoe, pocit sucha v ústech, obtížné polykání, nechutenství, nadýmání, zácpa, nepříjemné pocity v břiše. Kardiovaskulární systém je zodpovědný za palpitace, bolesti nebo tíhu na hrudi, zrychlený tep, tlak u srdce, imitace infarktu myokardu, bušení ve spáncích. V rámci dýchací soustavy jde o svíravé pocity na hrudi, hyperventilaci, obtížné dýchání, bolesti na hrudi spojené s dýcháním, pocit nedostatečného dýchání. Nervová soustava: rozmazané vidění, pískání v uších,

vertigo, bolest hlavy na spáncích, třes rukou, únava, mravenčení a svědění končetin. Genito-urinální systém: zvýšená potřeba na močení, polyurie, impotence, poruchy menstruace, bolestivá menstruace, ztráta libida. Tyto projevy jsou způsobeny změnami na úrovni vůlí neovlivnitelného vegetativního nervového systému – sympatiku a parasympatiku. Sympatikus má na svědomí např. svalové napětí, zrychlení srdeční činnosti, nadměrné pocení a zrychlené dýchání. Parasympatikus naopak svalové napětí snižuje, stejně jako pocení, dýchání i srdeční činnost. (Vyskočilová et al, 2008)

1.2.3 Intervence

V přednemocniční péči je třeba vyhodnotit, co stojí za aktuálním stavem pacienta, zda jde pouze o úzkost jako takovou, nebo bylo indikací výjezdu zranění, trauma, jiné zdravotní obtíže. Podle toho pak zdravotnický záchranář či lékař rozhodne, jak bude postupovat a jak bude s pacientem jednat. U úzkostných stavů je třeba stanovit, zda pro zlepšení pacientova stavu bude stačit rozhovor, nebo je jeho stav vážnější a je třeba podání léčiv a případná hospitalizace. (Havlíčková, 2019) Pro akutní úzkostné stavy v přednemocniční péči se užívají benzodiazepiny a to např. Apaurin (10mg/2ml) i.v. nebo Diazepam 5mg per os. (Poláčková, 2014) Zklidnění pacienta docílíme tak, že správně identifikujeme jeho příznaky např. panika, hyperventilace, třes a pocení. Dalším krokem by mělo být slovní uklidnění a prostor pro pacienta k popsání a objasnění toho, co se mu děje. Důležité je docílit zklidnění dechové aktivity pacienta a snížení tepové frekvence, jelikož v důsledku jeho rozrušení došlo k jejímu zvýšení. Vhodné je využít dechové cvičení a dýchat s pacientem. Poté, co dojde ke zklidnění pacienta, je potřeba, aby pacientovi zdravotnický záchranář vysvětlil příčinu jeho příznaků, které jsou velmi pravděpodobně psychosomatického původu. Poté, vyžaduje-li to situace, je prostor pro farmakoterapii. (Seifertová, 2014)

1.3 Panická ataka

Panická ataka se diagnostikuje jako F41.0. Jsou to recidivující záchvaty, které jsou nepředvídatelné, tzn. že jejich příčinou není specifická situace nebo událost. Je klasifikována pod F41 Jiné anxiózní poruchy, které jsou definované jako poruchy s manifestní úzkostí bez časového omezení či nasedání na určitou situaci. Hlavními prvky je přítomnost depresivních a obsedantních příznaků se sekundárními nebo méně závažnými prvky fobické úzkosti (MKN 10, 2023) Panická ataka je záchvat s rychlým nástupem a maximální eskalací příznaků do několika sekund nebo minut. Je doprovázena somatickými a psychickými příznaky. Pacienti pociťují nekontrolovatelný strach o vlastní

život, strach ze zešílení nebo absolutní ztráty kontroly. Strach je podnícen tělesnými příznaky, které pacienti zaregistrovali a kterým přidávají život ohrožující význam, nebo je pokládají za nebezpečné. Často se tak uchylují oni sami, nebo jejich příbuzní, k volání zdravotnické záchranné služby či návštěvě pohotovosti. Jejich myšlenky je dovádí až k pocitu zešílení. Veškeré příznaky však často po příjezdu do nemocnice opadávají. (Látalová et al, 2016) Pacienti zpravidla často navštěvují také kardiologické ambulance, ordinace praktických lékařů a urgentní příjmy. Ve srovnání s lidmi trpícími úzkostnou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou, sociální fobií nebo jinými fobiemi, lidé trpící panickou poruchou významně převládají ve vyhledávání lékařské péče za účelem nalezení té nejefektivnější možné péče. (Deacon, 2008) Diagnostika je obtížná, jelikož příznaky jsou často společné s jinými onemocněními. Palpitace a bolesti na hrudi mohou vést ke kardiální příčině, ale zároveň jsou jedny z hlavních příznaků panické ataky, stejně jako subjektivní dušnost a inspirační insuficience, která může být způsobena i astmatickým záchvatem. Společné znaky má i epilepsie, při které dochází k parciálním epileptickým záchvatům, jejichž součástí je mimo jiné i aura, při které dochází ke strachu připomínající panický záchvat. Pacienti s panickou atakou jsou náchylnější k vředovým chorobám, infarktu myokardu a poruchám štítné žlázy. (Praško, 2007)

1.3.1 Patologie vzniku panické ataky

V počátku panické ataky je silný pocit strachu ze ztráty kontroly a z něčeho hrozného. Jde o náhlé záchvaty úzkosti spojené s mnohými tělesnými příznaky. Častěji postihuje ženy než muže a trpí jí 1-2% populace. (Praško, 2007) Faktory, které zapříčiňují vznik panických atak mohou být různé. Existují teorie, že existují jisté predispoziční faktory, např. opakovaná časná separace dítěte od matky, kdy dítěti nebyl dán dostatečný pocit bezpečí, což u něj mohlo způsobit obezřetnost a zvýšený strach z okolí. Dalším predispozičním aspektem může být výchova, kdy bylo dítěti vštípeno, že somatické tělesné odchylky od normálu pro něj mohou být významně ohrožující. Spouštěče panické ataky jsou různé, mezi ně může spadat i neočekávané úmrtí blízké osoby, zvýšená stresová zátěž, ztráta zaměstnání atd. Tito pacienti pak mají tendence přikládat přehnaný význam svým tělesným příznakům a odchylkám od jejich normy, které souvisejí se stresem a tlakem, pod kterým se nachází. To je podnětem pro vyvolání úzkostného pocitu, který následně tělesné příznaky ještě více prohloubí, čímž se dostává dotyčný do tzv. bludného kruhu, který může eskalovat až k pocitu ohrožení na životě. Tyto prožitky způsobují obavy z další panické ataky, což vede ke změnám fungování pacienta na denní

bázi, zvýšenému sebezpozorování, zvýšenému neklidu a uchylování se k různým „bezpečnostním opatřením“, které by měly další takové „nepříjemné“ situaci a pocitům zabránit – vyřazuje běžné aktivity, přiřazuje jim patologický význam. (Látalová et al., 2016) Somatický projev panické ataky může být podobný příznakům onemocnění, jako jsou choroby kardiovaskulární, plicní, vředové, endokrinní atp. Pacienti je ale často mohou mít skutečně diagnostikované. Většina lidí trpících panickými atakami se bojí, že onemocní nebezpečnou nemocí, a často tak končí v odborné péči lékařů. Často se však podstoupená vyšetření ukáží jako negativní, což následně směřuje u pacientů k psychické poruše, kterou si mnozí z nich nechťejí připustit, jelikož se cítí být tělesně nemocní. (Praško, 2007) Tento stav však může být i důsledkem fyzických onemocnění jako např. chřipka či nachlazení. Jejich počátečními příznaky jsou často teplota, pocení a jakákoliv jiná změna ve fyzickém prožívání, která jim často může připomínat průběh panické ataky. Panické ataky mohou být vyvolané i něčím standardním a běžným, co si pacient v danou chvíli ani neuvědomuje, nebo např. nastávající událostí, která může být pro pacienta náročná. (Roger, 2013)

1.3.2 Agorafobie

V 80 % případů jsou panické ataky doprovázené agorafobií, která se demonstruje jako strach z opuštění domova, z přeplněných a otevřených, ale i uzavřených prostor, obchodů, divadel, restaurací, jízdy hromadnou dopravou, výtahů. Vzdálení se z „bezpečného“ místa je fobickým podnětem, který následně u pacienta vyvolá úzkostný stav. (Praško, 2007) Ten je demonstrován vegetativními příznaky, jako např. palpitace, pocení, chvění, pocit sucha v ústech, mravenčení, znečištěnost částí těla, návaly horka, chladu zvýšená tepová frekvence. Těmto lidem se může subjektivně obtížně dýchat, mohou pociťovat nevolnost, nauzeu či vertigo. K těmto tělesným příznakům se často pojí i pocit beznaděje, neklidu, strach ze ztráty sebekontroly, derealizace (pocit nereálnosti věcí kolem sebe), depersonalizace (pocit, že je jedinec někde jinde, než se aktuálně nachází) a strach ze ztráty vědomí či zešilelosti. (Látalová et al., 2016) Agorafobie může nabývat různé intenzity od lehké až po těžkou fobii. Lehká fobie se projeví tak, že dotyčný má problém samostatně cestovat na delší vzdálenosti, ale činnosti jako dojet do práce či kino, pokud sedí na kraji atd., mu nedělají větší problém. Středně závažná forma se může projevit např. tak, že je dotyčný schopen se pohybovat pouze přibližně 10 km od svého místa bydliště za přítomnosti druhé osoby, dokáže si nakoupit pouze v časech nejmenší vytiženosti a přinejlepším v malých obchodech. Cestovat hromadnou dopravou není

schopen, či velice omezeně. V těžké formě agorafobie dotyčný není schopen své bydliště a jeho okolí opustit. (Praško, 2007)

1.3.3 Somatoformní potíže

Během panických atak u pacientů dochází k ohraničeným epizodám velice silného pocitu strachu, ke kterým jsou přidružené psychické i somatické potíže. Často k nim dochází, když jsou pacienti sami doma, potom se také jedná o volání z první ruky. Pro pacienta jsou neočekávané. (Látalová et al., 2016). I přes to, že panické ataky jsou definované jako náhlé a neočekávané stavy, studie z roku 2011 uvádí, že existují specifické autonomní změny předcházející panické atace. Výsledky ukázaly, že první příznaky se začnou projevovat zhruba 60 minut před konkrétní atakou a přetrvávají ještě dalších 10 minut od plného rozvoje záchvatu. Na počátku bylo u pacientů pozorováno zvyšování srdeční frekvence spolu s dechovým objemem a k tomu náhlý vzestup parciálního tlaku oxidu uhličitého. (Meuret, 2011) Příznaky samotné panické ataky dosahují širokého spektra, mohou se týkat jednotlivých orgánových soustav: srdeční, plicní, gastrointestinální, urogenitální atp. Pacienti prožívají mezi jednotlivými atakami různě intenzivní pocity nervozity a obav. Jejich stav k tomu doprovází úzkostná očekávání, bývají ostražití, pociťují vnitřní napětí a bývají hyperaktivní v negativním slova smyslu. Častými projevy jsou palpitace, svíravý pocit na hrudi, svíravé hrdlo, třes, návaly horka, bolesti hlavy, těkavost, pocit dušení a tendence k hyperventilaci, pocení, bolesti žaludku, pocity slabosti, tíhy, mravenčení v prstech, končetinách nebo jejich částech, brnění kolem úst, silné chvění nebo třes. (Látalová et al., 2016) Někteří trpí zvracením, nauzeou, průjmy, nechutenstvím, nespavostí a poklesem libida. Na pohled vypadají napjatě a neklidně, někdy se třesou, jsou podráždění, vypadají vystrašeně a jsou emočně nestabilní. Podrážděně mohou reagovat na naprosto normální a neutrální věci. (Praško, 2007) Postupně se dostávají pocity bezmoci, obavy ze ztráty sebekontroly. Většinou se lidé snaží těmto vyvolávajícím pocitům vyhybat třeba otevíráním oken a větráním, aby zabránili pocení, pomalou chůzí si snižují tepovou frekvenci a jí menší porce jídla, aby zabránili pocitu plnosti. Mohou zajít i k farmakologickému řešení svých problémů, jako může být například užívání beta-blokátorů pro jejich účinek na tepovou frekvenci a její pokles, nebo jiné alternativní způsoby, jako je požívání jedlé sody či jdou ven „na vzduch“. (Roger, 2013) Často se stav pacienta může komplikovat rozvinutím agorafobie, závislostí na alkoholu či anxiolytikách. (Látalová et al., 2016) Velmi časté jsou hospitalizace pro bolesti na hrudi a u 9,2 % pacientů kardiologických ambulancí byla

zjištěna jako příčina jejich problémů panická ataka, která se často může demonstrovat zvýšeným krevním tlakem, bolestí na hrudi a zvýšenou tepovou frekvencí, což symptomatologicky může vést ke kardiální příčině. Zároveň panika může být doprovodným příznakem infarktu myokardu či jiných kardiálních problémů, při kterých může docházet ke zvýšené sympatické aktivitě, která vede k úzkosti. Panika se často objevuje i u pacientů s CHOPN (chronickou obstrukční bronchopulmonální nemocí), astma bronchiale, kdy při záchvatech pacienti pocítují strach a úzkost. (Praško, 2007)

1.3.4 Suicidalita v souvislosti s panickou atakou

Pacienti nejsou schopni záchvaty předvídat, což jim způsobuje pocity bezmoci nad celou situací a nad svým životem a zároveň v důsledku jejich opatření a potřeb sami sebe uvrhují do beznaděje. Takovému pocitu často přispívá i přidružená agorafobie. Jejím rizikem může být rozvoj depresivních epizod u pacienta, závislosti na návykových látkách atp. To může vést u pacienta k suicidálním myšlenkám a pokusům. K suicidálním myšlenkám pacienta doženou jeho potřeby unikat od svých záchvatů, pocity, že je ostatním na obtíž a snahy uniknout ze života plného beznaděje a neustálých obav. Časté jsou v těchto případech otravy nebo suicidální pokusy formou léků. (Látalová et al, 2016)

1.3.5 Intervence u panické ataky

Přesný postup intervence není daný. Je důležité zmírnit pacientův stav, uklidnit ho. (Praško, 2007) Tomu lze dosáhnout dechovým cvičením, které by snížilo zrychlenou dechovou aktivitu pacienta, nebo podáním benzodiazepinů, a to per os nebo intramuskulárně. Pacienti se mnohdy zklidní ještě dříve, než nastoupí účinek léku. U pacientů jde o placebo efekt. Pokud jim zdravotnický záchranář dá byt' pouze magnézium, dojde u nich ke zlepšení jejich stavu. Pokud se rozhodneme pacientovi podat jakékoliv léky, může to v něm vzbudit dojem, že jeho stav je skutečně závažný a vyžaduje akutní farmakologickou léčbu. Nabyde tak dojmu, že jeho stav není schopný vlastními silami zvládnout. Pacienti po prodělání panického záchvatu bývají velmi unavení, cítí tělesnou slabost a bolest svalů. Pokud jsou vyčerpaní, dávka benzodiazepinů jim na únavě ještě více přidá. (Látalová et al., 2016) Každopádně, je-li to třeba, benzodiazepiny jsou častým řešením u panické ataky se somatickými projevy právě pro jejich zklidňující účinek, kdy je pacient uvolněnější, a již zmíněnému pozitivnímu účinku na spánek. Mezi zástupce benzodiazepinů patří např. Diazepam, Clonazepam nebo Lozazepam. (Praško, 2007) Mělo by být však pacientovi sděleno, že se jedná o jednorázové řešení, kvůli návykovým účinkům dlouhodobého užívání těchto léků a rovněž ho nevyléčí. Lékař, nebo záchranář

by měl doporučit pacientovi návštěvu psychologa nebo psychiatra, která by mu pomohla vyřešit jeho trápení a pomoci mu s panickými atakami. Pokud by to bylo třeba, mohl by užívat léky, nejčastěji se užívají SSRI antidepressiva (selective serotonin reuptake inhibitors). (Ševčíková, 2018)

1.4 Komunikace v přednemocniční péči

1.4.1 Psychologická první pomoc

Jedná se o psychologickou pomoc, pro kterou není třeba psychologa, ale která by měla být poskytována zdravotnickými záchranáři a ostatními zdravotníky. Jsou to postupy a styl komunikace, které uvolní pacientovo emoční napětí a dodají mu pocit bezpečí. Jde o poskytnutí pomoci, naděje a opory pacientovi, snaží se, aby měl opět kontrolu sám nad sebou. (Andršová, 2012) První psychická pomoc se poskytuje osobám, které byly zasaženy určitou nadlimitní zátěžovou událostí. Pomoc by měla být tomuto člověku poskytnuta, pokud možno, ihned po této události, v nejbližších hodinách či následujících dnech. (SPIS, 2022) Zdravotnický záchranář by měl nechat pacienta volně hovořit a věnovat pozornost věcem a tématům, které si pacient vybírá a zajímat se, jak vnímá události, které s přehodily. Mezitím si všimnout známek a míry tenze, stresu a silných emočních prožitků, které zmiňuje. Úkolem záchranáře v takové chvíli není být pacientovi terapeutem, ale vnímat, to, co říká a v souvislosti s tím zvolit vhodný přístup, styl komunikace a vyšetřování. (Andršová, 2012) Péče by měla být věnována rovněž sekundárně zasaženým osobám, které měly k zasažené osobě jistou emoční vazbu, byly nezraněnými účastníky, či byly pouhými svědky dané události, a v důsledku proběhlé traumatické události u těchto osob došlo k rozvoji akutní stresové reakce. (SPIS, 2022)

1.4.2 Krizová intervence

„Krizí je taková situace, kterou člověk sám za krizi považuje. Krize je v podstatě normální reakcí na nenormální situaci.“ (Andršová, 2012) Lidé se v průběhu jejich života ocitají v krizi, je to přirozená část lidského života. Traumatické situace v člověku vyvolávají pocity bezmoci, nejistoty, ztráty kontroly a navozují u člověka odchylky v chování od normálu. (Andršová, 2012) Různé situace mají různý vliv na psychiku pacienta. Mohou to být hromadná neštěstí, konfrontace s nepříznivým sdělením, či jiné menší negativní události zasahující do jeho života. U lidí s akutní stresovou reakcí není nezbytně nutná přítomnost psychologa, první psychickou pomoc tedy provádí zdravotnický záchranář nebo intervent. Interventi jsou vyškolení pracovníci z řad zdravotnických záchranářů, kteří mají specifické vzdělání na pomoc zasaženým lidem, kterým poskytují

psychologickou pomoc. (SPIS, 2021) Krizová intervence je metoda, která zahrnuje postupy, jejich uspořádání a způsoby jednání pracovníků tak, aby jedinci pomohli situaci zvládnout, vyřešit ji a docílit psychické úlevy. (Andršová 2012) Jsou voláni do terénu, kde zasahují posádky zdravotnické záchranné služby, nebo tam, kde už předtím zasahovali a je třeba lidem tuto pomoc poskytnout. (SPIS, 2021) Psychická podpora interventem však musí být indikována lékařem či zdravotnickým záchranářem, který v tu danou chvíli, kdy tuto pomoc indikoval, zasahoval na daném místě. Pomoc je určena pro sekundárně zasažené tzn. osoby pacientovi blízké a pozůstalým. (SPIS, 2022) Interventi zasahují rovněž i ve zdravotnických zařízeních. Psychologickou pomoc poskytují nejen psychicky zasaženým osobám „v terénu“, ale také ostatním pracovníkům z řad zdravotnické záchranné služby, je-li to potřeba. (SPIS, 2021) Taková osoba, která poskytuje zmíněnou první psychickou pomoc kolegům, se nazývá peer. Ten poskytuje pomoc zdravotnickým pracovníkům, kteří byli zasaženi, zpravidla při výkonu svého povolání, nadlimitně zátěžovou událostí. Účelem je zmírnit akutní obtíže zdravotníka, které jsou spojené s proběhlou událostí, a poskytnout emoční podporu, aktivní naslouchání a empatii. (SPIS, 2022) Prvotním cílem intervanta je zaměření se na příčinu stresové reakce jedince a na pocity s tím spojené. Dále se zabývá, jak pomoci lidem v jeho okolí. (Andršová, 2012) Interventi lidem, které zasáhla krizová událost spojená s jejich blízkými, vysvětlí, co se s jejich blízkými děje a bude dít. Zůstávají na místě s rodinou po úmrtí pacienta, pomáhají jim srovnat se se situací a s dalšími kroky, které je třeba podstoupit, jako je poskytnutí kontaktů na krizová pracoviště, možnosti využití následné péče atp. Osobám s rizikem akutní stresové reakce vysvětlí, o co jde, jak si mohou pomoci a jak taková reakce probíhá. Intervence mohou trvat v řádu minut i hodin. To závisí přímo na dané situaci, jejích okolnostech a psychickém stavu daných osob. Od roku 2014 má výcvik a řízení interventů na starosti Systém psychosociální intervenční služby. (SPIS, 2021) Každý záchranář by však měl ovládat alespoň základy psychologické intervence. Takovými zásadami jsou: shrnout to, co pacient sděluje, parafrázovat vlastními slovy, pojmenování jeho pocitů, aby věděl, že je mu nasloucháno. Soustředit se na některé konkrétní odpovědi a pacientovi reakce a klást na ně důraz, aby mu byl dodán i pocit jistoty. Shrnout před ním informace. Měl by také věnovat pozornost ostatním lidem, kteří by mohli potřebovat pomoc, a posoudit zda s nimi stačí provést pouhý rozhovor, nebo je třeba odbornější pomoci a případně je nasměrovat, dát jim kontakt, zavolat krizového intervanta. (Šeblová, 2018)

1.4.3 Komunikace s pacientem

V přednemocniční péči se zdravotnický záchranář dostává do situace, kdy se musí vyrovnat s veškerými obavami a ostatními nahromaděnými emocemi pacienta. Pacient je v momentě akutního stavu závislý na zdravotnickém záchranáři. V tu chvíli nepotřebuje pouze zdravotnickou pomoc, ale také útěchu a lidský kontakt, který by utěšil jeho strach. Empatický a efektivní přístup záchranáře pacientovi pomůže lépe zvládat náročnou situaci, ve které se nachází. Komunikace v přednemocniční péči je specifická. Základem je respektovat pacienta a jeho jedinečnost, důstojnost a zachovat k němu partnerský přístup tzn. bez důrazu na rozdíl rolí zdravotník-pacient. Lze ale zvolit i paternalistický přístup k pacientovi, a to v případech ohrožení na jeho životě či v situacích, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí a kdy partnerský přístup není efektivní a nevede ke spolupráci pacienta. U paternalistického přístupu zdravotnický záchranář přebírá kontrolu nad pacientem a jeho kompetencemi proti pacientově vůli. Pacienti jsou často úzkostní, mají strach o své zdraví a život a do toho někdy cítí i bolest. Ideálním přístupem k pacientovi je chovat se k němu tak, jak bychom si sami přáli, aby bylo zacházeno s námi. (Andršová, 2012) Abychom docílili pacientovy důvěry, je nutné dodržet pravidlo optimální komunikace tzn. udržet v souladu verbální stránku řeči s její paraverbální složkou a složkou neverbální. Do verbální komunikace spadá např. formulování otázek, jejich kladení, slovní vyjadřování emocí, aktivní naslouchání, vyjádření porozumění, argumentování, věcnost. Do paraverbální komunikace spadá intenzita hlasu, tón, rychlost a délka řeči, plynulost, a také chyby v řeči jako např. přeréknutí, zakoktání. Mimika (výraz ve tváři), gestikulace (pohyby částmi těla), postoj celého těla, oční kontakt (zaměření, trvání, četnost) a také dotýkání patří do neverbální složky komunikace. Hlavními zásadami pro komunikaci s člověkem v krizi je strukturovaná a jasná řeč, lehce asertivní s dávkou empatie, a hlavně věnování pozornosti tomu, co pacient říká a potřebuje. Empatie je schopnost vcítit se do druhého a vidět věci z jeho pohledu. Je ale nutné přiměřeně udržet vlastní emoční odstup. (Vymětal, 2009) Je dobrým základem udržet pravidlo: pozdravit, představit se, poprosit, poděkovat. Pro pacienta je kontakt se zdravotnickým záchranářem velmi osobní a intimní záležitostí, kdy se záchranář dostává do jeho domácnosti a je mu sdělována spousta osobních věcí. Z tohoto důvodu, by mělo být alespoň představení naprostým základem pro zachování partnerského přístupu. (Andršová, 2012) Obecné zásady správné komunikace s pacientem tedy jsou: pozdravit se s pacientem, představit se, oslovit pacienta jménem, pokynout pacientovi směrem k místu, kam se má posadit či položit. Dále by záchranář i při komunikaci přes jakoukoliv

překážku nebo dívání se během rozhovoru do tabletu měl používat pacientovi srozumitelný a spisovný jazyk, dívat se na pacienta nebo se alespoň k němu natočit tělem, popisovat úkony, které budou prováděny a popř. stručně zdůvodnit, proč se dělají a co pacient bude případně cítit (chlad, bolest). (Linhartová, 2008) Dalším důležitým bodem je respektovat individualitu pacienta. Je to projev zájmu o pacienta a jeho situaci, je dobré také užívat věty typu: „Chceme Vám pomoci a uděláme vše, co bude v našich silách“. (Andršová, 2012) V praxi se lze setkat rovněž s agresivními pacienty. Agrese může být způsobena také frustrací, například tím, že chce pacient přivést pozornost k sobě a k svým potížím, nebo zklamáním v souvislosti se sdělenou diagnózou, kterou neočekával. Neverbální projevy agrese mohou být: nervózní popocházení, „trhavé“ podupávání nohama, kopáním do předmětů, přehnaná gestikulace celými pažemi, nepravidelný a hlasitý dech. Reakce zdravotníka na agresi by se měla odvíjet od toho, co ji pravděpodobně mohlo způsobit. Je tedy důležité zjistit, co mohlo takovou reakci vyvolat a zda nemůže být způsobena strachem, špatnými zprávami, nebo zprávami, které se pacientovi nelíbily. V takové chvíli je dobré se rychle zeptat na důvod pacientova vzteku. Pacienta to překvapí, jelikož takovou otázku nečekal a je opakem předpokládané otázky, což vede dál i k pocitu zklamání. Agresivní pacient totiž předpokládá agresivní odpověď či reakci. Pokud však taková reakce nepřichází, je překvapen. Tato otázka navíc získá čas k promyšlení následujících kroků. Agresivní pacient poté, co je zaskočen, zpravidla po čase zvolí přijatelnější způsob chování. Hlas, kterým se s pacientem hovoří, by měl být níže položený, tichý, klidný a vlídný. Někdy je potřeba i nácvičku. Situaci zklidní i používání pomalých gest a pohybů a pomalým nakročením směrem k pacientovi. Lze ho také chytit za paži, ovšem ne pevně. Pokud takové jednání není efektivní, je možností napodobovat pacientovo chování, tzn. napodobovat jeho gesta, hlas, napodobovat mimiku, a po chvíli ho začít postupně zklidňovat. Příkladem vhodné komunikace je: „*Tak se, pane Nováku, posadíme, tady klidně, pěkně na tu židli...*“ (přitom ho buď přímo vedeme, či bez dotyku naznačujeme směr) a povzbuzujeme – „*tak, uklidníme se, zhluboka se nadýchneme a pokusíme se uvolnit, jinak nemůžeme pokračovat a já bych vám nemohl pomoci. Přišel jste přece proto, abych vám pomohl?*“ (Linhartová, 2008) Pokud je však chování extrémní, emoce jsou příliš silné a pacient má amok či vážné psychiatrické onemocnění, kdy jsou direktivní výzvy směrem k pacientovi bez efektu, je třeba asistence PČR a zklidnit pacienta násilím. (Linhartová, 2008)

1.4.4 Vliv komunikace na pacienta

Komunikace může mít psychoterapeutický nebo psychotraumatický dopad. Existuje koncept takzvané evalvace a devalvace. Pojem devalvace značí důsledek povýšeného a neuctivého chování k člověku, arogance, snižování jeho hodnoty před ním a jeho okolím, ignorování toho, co říká, nebo dokonce pomlouvání, urážení, skákání mu do řeči atp. Devalvantní může být i neverbální komunikace, jako je např. otáčení očí „vsloup“, arogantní zívání, nevěnování pozornosti tomu, co daná osoba říká. Taková devalvace má negativní vliv na psychiku člověka a může v člověku vyvolat až trauma, které se později projeví v různé intenzitě. Mluvíme rovněž o iatropatogenezi a viktimalizaci, a to konkrétně o sekundární viktimalizaci (neboli druhotné poškození), kdy se nejedná o přímé násilné jednání/trauma, jako u primární viktimalizace, ale o poškození následné, a to špatnou komunikací, přístupem ze strany zdravotníků, příslušníků policie, lékařů atp., kteří tak způsobí pocit nedůstojnosti, izolace a nespravedlnosti. (Andršová, 2012) Z tohoto důvodu je třeba vyhnout se tzv. komunikačním zlozvykům, které bývají velmi časté při aktivní i pasivní komunikaci. Mezi takové komunikační zlozvyky při aktivní komunikaci patří neupřímnost, kdy má člověk tendenci zkreslovat, předstírat či maskovat pocity. Dále přehánění (tendence zveličovat situaci), překrucování skutečnosti, užívání mnohoznačných či nejasných a nekonkrétních výrazů, zobecňování na základě jednoho nebo více případů, přisuzování situacím skrytý význam, vyhýbání se tématu, přehnané emoční reakce či nepřímé vyjadřování pocitů, které jsou jen naznačovány, ale nesdělovány přímo. Ke zlozvykům v pasivní komunikaci patří přisuzování myšlenkám druhého vlastní význam, skákání do řeči či netrpělivé přerušování druhého (vyvolá to pocit nezájmu, nepochopení), nereagování na sdílené informace, kdy chybí zpětná vazba (v pacientovi to vyvolá pocit ignorace, urážky a nepochopení – často začne danou věc více rozvádět a vysvětlovat) a jako poslední nesoulad verbální a neverbální složky. (Vymětal, 2009) Evalvace je naopak pozitivní přístup ke druhé osobě, který zahrnuje kladné hodnocení druhé osoby, projev úcty, pochvalu, naslouchání, projev důvěry, usmívání a jednání s respektem. (Andršová, 2012) Je tedy třeba pacientovi v přednemocniční péči dát najevo svou trpělivost, nespěchat na něj a neskákat mu do řeči. Zdravotnická záchranář by měl projevit zájem o pacientovy problémy, nenaléhat na něj při odebrání anamnézy, projevit soucit a pochopení. Je rovněž důležité dělat menší pauzy v průběhu hovoru, pokud to situace vyžaduje. (Vymětal, 2009) Bolest se dá měřit jen velmi obtížně a záleží pouze na zkušenostech zdravotníka, aby poznal, kdy pacient svou bolest simuluje a pouze do ní utíká, za účelem získání péče, o kterou tolik stojí. Takovou

péči může být i zájem blízkých, náklonnost či pozornost. Pozornost zdravotníka si však zaslouží stejně jako člověk, jehož bolest je skutečná. Jelikož se však bolest pacienta nedá nijak prokazatelně změřit, je potřeba, aby zdravotník pacientovi tuto bolest věřil a dal pacientovi najevo důvěru v jeho tvrzení. Je však nutné, aby si všímal detailů, jako je pacientova mimika, ze které je zpravidla patrné, zda pacient nějakou bolestí trpí a také je znát na pacientově hlase. To, že by si pacient bolest přivodil svou psychikou většinou plyne z určitých vnějších faktorů či potíží, které jeho život ovlivnily. Komunikace je v tuto chvíli zcela zásadním nástrojem zdravotníka. Měl by tedy zjistit, co pacienta přimělo v tomto případě k zavolání záchranné služby. (Linhartová, 2008)

1.4.5 Komunikace s úzkostným pacientem

Úzkostní pacienti mají potřebu slyšet slova ujištění a pomoci. Vede je k tomu strach, úzkost a obavy, které pociťují. Často se tak kvůli tomu obrací na své blízké a zdravotnický personál. Bohužel efekt ujištění a následná úleva má krátkou dobu trvání. (Praško, 2006) Je důležité se při rozhovoru dobrat k možné příčině pacientova strachu nebo úzkosti. Zaměstnat ho, rozptýlit jeho pozornost, mít trpělivost a být mu oporou. Pacient by měl cítit zájem záchranáře o jeho psychický stav. Úzkostný pacient je v roli „dotčeného dítěte“ a očekává, vlastně žádá, pomoc, ochranu, pochopení a oporu. Zdravotník by měl zřetelně dát najevo porozumění a že je jeho cílem mu co nejlépe pomoci od tísně, která ho tíží a pomoci mu zvládnout jeho stres a úzkost, kterou prožívá. (Linhartová, 2008) Toho docílí vlídným a přesvědčivým hlasem, srozumitelným a řádným objasněním jeho potíží. Není vhodné ho napomínat či okřikovat. Je dobré, aby zdravotnický záchranář pacientovi sdělil, že je u něj aby mu pomohl. Neverbální stránka komunikace by měla být očním kontaktem, ale nedívat se na pacienta káravým nebo upřeným způsobem. Naslouchat mu a užívat jemná a klidná gesta. (Poláčková, 2014) Úzkostnému pacientovi je třeba vysvětlit jeho obtíže, nabídnout mu hledání společného řešení. Pacient by rád slyšel vyslovení naděje a přítomnost někoho, kdo ho vyslechne a komu může říct své obtíže. Záchranář by na něj měl mluvit pomalu a klidně, neměl by ho napomínat a okřikovat. Lze používat fráze typu: „*Pokud vás dobře poslouchám, trápí vás...*“, „*Posaďte se klidně, popovídáme si*“, „*Ráda vám pomůžu, když mi všechno v klidu řeknete*“ (Čermáková, 2010) „*Navrhuji nejprve udělat to a to a potom ono...*“, „*Společně váš problém vyřešíme...*“, „*Snad se nám podaří najít řešení*“. (Linhartová, 2008) Pacient se často na něco ptá, i opakovaně. Jeho dotazy mohou působit nedůležitě a mohou být svým obsahem nečekané a překvapivé. Proto se úzkostný pacient může setkat

s nepochopením ze strany zdravotnického záchranáře. Není vhodné ho odbývat frázemi, že mu následující den bude lépe, že není jediný, kdo má takové problémy atp. Vyhýbání se kontaktu s pacientem akorát zhorší jeho úzkostný stav. Během komunikace by zdravotnický záchranář neměl být dominantní, jelikož pacient ještě více tenduje k nezralému a unáhlenému chování. (Jirousová, 2019)

1.4.6 Komunikace s pacientem s panickou atakou

Komunikovat s pacientem je velmi obtížné, kvůli množství myšlenek a pocitů, které se snaží zdravotnickému personálu vyličít, což je pro něj za současné hyperventilace, ke které dochází, téměř nemožné. Je nutné proto snížit zrychlenou dechovou aktivitu pacienta, a to direktivním vedením a instrukcemi zdravotnického záchranáře. Je třeba důrazně pacientovi říct, že má velmi zrychlené a špatné dýchání, a ať zadrží dech v maximálním nádechu na tři vteřiny, a ty nahlas před ním odpočítat. Poté, co to pacient provede, by měl záchranář dýchat současně s pacientem. Instruovat ho k výdechu a následnému hlubokému nádechu, po něm zatlačit vzduch dovnitř do břicha a nevydechovat. Takto držet dech po 3 sekundy a následně ho velmi pomalu vydechovat. Tento postup je třeba opakovat až do zklidnění pacienta, k čemuž dochází zhruba po 6-10 cyklech. Pacienta je nutné instruovat velmi klidně a důkladně. Zadržení dechu by mělo trvat tři vteřiny. Pokud zdravotnický záchranář nechce s pacientem dechové cvičení provádět, lze zvolit jinou cestu, která je sice pomalejší, ale také efektivní. Záchranář velmi klidným hlasem pacientovi sdělí, že jeho dýchání je příliš rychlé a že aby mu bylo lépe, potřebuje dýchání zpomalit, a mezitím odvádět pacientovu pozornost od příznaků. Alternativou je rovněž dýchání do sáčku, při kterém dochází ke zklidnění většinou do 1 minuty. Následně je dobré pacientovi vysvětlit, že měl panickou ataku a že nejde o závažný stav. Je dobré mu také říct, že tak, jak si dýcháním pomohl, si může pomoci pokaždé, když se dostane do stejné situace. Vhodné je s ním i dechové cvičení nacvičit. V případě, že se pacient s panickou atakou dříve nesetkal, je vhodné mu doporučit vyhledání psychologické nebo psychiatrické pomoci. (Látalová et al., 2016) Aby pacient byl ochotný na svém zdravotním stavu pracovat a mohla jeho léčba být efektivní, musí přijmout jeho psychickou příčinu. (Šilhán et al., 2012) Je třeba vzít na vědomí, že i přestože zdraví ani život pacienta nejsou nijak vážně ohroženy, jeho pocity a úzkost mu způsobují významný diskomfort. (Šeblová, 2018) Není vhodné pacientovi říkat „že to má od nervů“, ale s mírou pochopení mu říct, že má zřejmě hodně stresu, se kterým se snaží vypořádat, nevnímat jej, ale že se mu hromadí a je toho na něj moc. Poté, co už je ho

příliš, tenduje se takto nečekaně „vybít“. Zdravotnický záchranář by měl pacientovi projevít pochopení a říct, že chápe, jak děsivý zážitek pro něj ataka musela být a že má nárok na takovou nadměrnou reakci. Je dobré vysvětlit pacientovi, jak je strach propojený s tělesnými změnami, které na sobě mohl zpozorovat, kvůli tomu, jak se jeho organismus snažil připravit k boji o život (tachykardie, hyperventilace, zvýšený svalový tonus) v situaci, kdy to není třeba, která je pro něj těžká ale ne život ohrožující. (Šilhán et al., 2012)

2 Praktická část práce

2.1 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, jakými komunikačními dovednostmi disponují zdravotničtí záchranáři v rámci komunikace s pacienty s úzkostnými stavy a panickou atakou.

Cíl č. 2: Zjistit přístup zdravotnických záchranářů k pacientům s panickou atakou a úzkostnými stavy.

Cíl č. 3: Prozkoumat, jak získávají zdravotničtí záchranáři dovednosti a znalosti v oblasti komunikace s pacienty s úzkostnými stavy a panickou atakou.

Cíl č. 4: Zjistit znalosti a povědomí zdravotnických záchranářů o problematice úzkostných stavů a stavech panické ataky.

2.1.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak komunikovat s pacienty s panickou atakou a úzkostnými stavy v přednemocniční péči?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou komunikační schopnosti zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace s úzkostnými pacienty a s pacienty s panickou atakou?

Výzkumná otázka č. 3: Jak zdravotničtí záchranáři přistupují k pacientům s panickou atakou a úzkostnými stavy?

Výzkumná otázka č. 4: Jaké mají povědomí zdravotničtí záchranáři o problematice úzkostných stavů a stavech panické ataky?

3 Metodika

3.1 Metoda výzkumu

Výzkum byl proveden kvalitativně pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickými záchranáři s cílem získat široké spektrum informací o tématu. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen za účelem možnosti získání osobních zkušeností a perspektivy. (MUNI) Některým informantům byly položeny doplňkové otázky za

účelem hlubšího pochopení či objasnění jejich odpovědi. Rozhovory byly zvukově zaznamenány na mobilní telefon za účelem následného písemného přepisu a analýzy informací.

Výzkumné šetření bylo rozděleno do 4 kategorií dle jejich specifického zaměření a kategorie č.3 Intervence byla následně rozdělena do třech dalších podkategorií.

Rozhovory byly zaznamenány doslovným přepisem. Vzhledem k cílům, charakteru a obsahu této práce byly takto i vloženy do výzkumné části.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 11 zdravotnickými záchranáři, kteří byli vybráni náhodně a byli ochotni se podílet na výzkumném šetření této bakalářské práce. 6 zdravotnických záchranářů jsou současnými zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Ve výzkumné části jsou označeni: ZZJČK1, ZZJČK2, ZZJČK3, ZZJČK4, ZZJČK5 a ZZJČK6. Následujících 5 zdravotnických záchranářů je zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje a jsou označovány jako: ZZKVK1, ZZKVK2, ZZKVK3, ZZKVK4 a ZZKVK5. Všichni informanti se výzkumného šetření zúčastnili za podmínky zachování naprosté anonymity. Z toho důvodu budou zařazeni pouze do 2 kategorií, dle jejich věkové skupiny. 1 skupinou jsou zdravotničtí záchranáři ve věku 26-40 let do kterých patří: ZZJČK4, ZZJČK5, ZZJČK6, ZZKVK4, ZZKVK5. Druhou skupinou jsou zdravotničtí záchranáři 40 a výš: ZZJČK1, ZZJČK2, ZZJČK3, ZZKVK1, ZZKVK2, ZZKVK3. Všichni byli dopředu seznámeni s tématem bakalářské práce, jejími výzkumnými cíli a charakterem otázek, které jim budou v rámci výzkumu pokládány. Jeden ze zdravotnických záchranářů působí rovněž jako krizový intervent v Karlovarském a Plzeňském kraji.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace dat

Pro přehlednost práce byly stanoveny kategorie výzkumného šetření a následně jejich podkategorie.

Kategorie č. 1: Zkušenost s pacienty s panickou atakou a úzkostnými stavy v přednemocniční péči.

První výzkumné otázky pokládáné zdravotnickým záchranářům se týkaly toho, zda se v praxi setkávají s úzkostnými pacienty. Zároveň zkoumají, jak takoví pacienti

v přednemocniční péči vypadají po fyzické stránce, popř. jak se projevují, chovají a jaké jsou jejich obtíže.

Na první otázku, zda se zdravotničtí záchranáři setkávají ve své praxi s úzkostnými stavy, informanti shodně odpověděli, že takové případy jsou v jejich praxi velmi časté. ZZJČK1 odpověděl, že dle jeho názoru zas tak časté nejsou.

Doplňující otázka se zabývala tím, zda se záchranáři setkávají s úzkostí, která přímo souvisí se specifickými situacemi, jako jsou dopravní nehody, či u pacientů kardiovaskulární obtížemi, jako např. akutní infarkt myokardu. Odpovědi záchranářů zněly:

ZZJČK2: *„Když máme dopravní nehodu, ty lidi jsou hodně rozrušení. Vy si s nimi povídáte, řeknete jim, jak teď bude všechno probíhat. Do toho tam přijde policajt ...chce dýchnout, do toho přijde ještě druhý policajt a ten chce doklady. Takže teď jsem třeba byla u dopravní nehody a vyhodila jsem je z auta, že až si vyšetřím pacienta, tak je tam pustím. Nebát se i této složce říct: V tuto chvíli ne, to počká“* dále v rámci jiné odpovědi, týkající se farmakoterapie uvedla: *„u infarktu se musí dávat vždycky... Nás naučili i naši doktoři, že když zklidníme psychiku, tak se sníží všechny fyzické potíže. Já to tak nastavený mám. Takže např. když jedeme k hypertenzi a ti lidé jsou z toho vystresovaní, tak já jim těch 5mg Diazepamu spolu s Tenzinomem vždycky dám.“* Z čehož lze usoudit, že s úzkostnými stavy se setkává i v rámci těchto případů.

ZZJČK3: *„Spíše ne. Spíš je to samostatně. Čistě jen úzkost.“*

ZZKVK5: *„Tak jsou i výjezdy, které jsou jakoby i úzkostný. Nejsou to třeba jen psychiatrický pacienti, ale můžou to být jako i různý úzkosti, stresové reakce nějaký, ale u těch dopravních nehod je to taky dost častý jako doprovázený. Že to není hlavní problém, ale jde to ruku v ruce s tím, co se stalo s tou situací.“*

ZZJČK6: *„Jako takhle, úzkost u nějakého infarktu, nebo když vysloveně ty lidi pak mají nějakou dechovou tíseň nebo něco, tak je tam v podstatě vždycky. Jo, každý člověk, když to řeknu vysloveně blbě, který se nějakým způsobem dusí, tak je vždycky v nějaký úzkosti, to tak prostě je. Tam jako ta pomoc... Je dobrý, že je to tady v Budějovicích v podstatě v centru, takže za 15 minut seš tady v nemocnici a nějakým způsobem už se to řeší dál. Takže v tomhlenctom je to fajn. A spousta těch lidí ví, že je to prostě na krátký dojezd, tak je to pro ně lepší, jako psychicky.“*

ZZKVK1: „Hele, když je to takhle nějak to... Třeba úmrtí, jo...spolujezdec, nebo něco, tak to přebírají hasiči a tam se většinou posílá psycholog“

Otázka: „**Jaké jsou klinické příznaky úzkostného stavu?**“

ZZJČK1: „Pacient je roztěkaný, ustrašený a valí všechny problémy, někdy jde až do paniky.“

ZZJČK2: „Tělesné obtíže jsou různé. A pak mohou mít, typicky, bolesti hlavy, na hrudi, bolesti břicha, a to je takové nejtypičtější. Já se ještě dívám, jestli nejsou zranění, jestli se nesebepoškozuji. Pokud měřím tlak a vidím jizvy, tak se zeptám, od čeho jsou. Ale opravdu jsou neklidní, jako kdyby se něčím „nafrčeli“, nebo jako kdyby vylezli z centrifugy a neviděli to reálno kolem sebe.“

ZZJČK3: „Ti lidé jsou plačtiví, hyperventilují, je jim špatně, pokusy o suicidia a tak...“

ZZJČK4: „Tak, někteří vyhrožují sebevraždou, rovnou. Nebo jsou to jen hysterky. Hyperventilují, jsou tachykardický, dechová tíseň, nedá se s nima mluvit, domluvit, jsou hysterický, si myslí, že mají infarkt všichni, samozřejmě je z toho bolí na hrudníku, žejo.“

ZZJČK5: „Brní je ruce, točí se jim hlava, hyperventilují, k tomu jsou tachykardický,“

ZZJČK6: „No, záleží. Jsou někteří, kteří jsou relativně v klidu, vědí to o sobě. Ví, že to na ně leze, ví prostě, že s tím mají ject. Takže v podstatě je to maximálně vidět jen na nějakých vegetativních funkcích. Je tam nějaká tachykardie, hypertenze, třeba se potí. Některý třeba jsou úplně v klidu, jenom třeba ví, že mají nějakou tíseň, třeba je tlačí na hrudníku, nebo něco, i jako z klinického obrazu to může imitovat i něco jiného. Ale povětšinou o tom ví. Ví, co s tím, když už jsou nějakým způsobem diagnostikovaný, jsou na tadyhle to dejme tomu dispenzarizovaný na psyndě. Jinak v podstatě ty klinický obrazy jsou podobný. Někdy převládají takový ty automatismy, někdy jsou ty lidi vystrašení, v nějaký stresu, v depresi. Někoho to chytne třeba i na zastávce MHD, mezi lidma, nebo když nastupují do MHD, je to různý. Ale jako většinou, pokud jsou dispenzarizovaný, tak prostě ti řeknou, že mají tohle, tohle, tohle a je to dobrý. Když ne, tak respektive, jestli si tím nejsou úplně jistý, nejsou si toho vědomi, nebo je to právě nějaký prvozáchyt, tak je ten obraz, jakože jsou třeba i zmatený, nebo neví, co se s nimi děje. Přebírá tam taková nějaká nejasnost...a to samý, vegetativní funkce: nějaká

tachykardie, hyperventilace, někdy to třeba vychází z nějakých sociálních vztahů v rodině, to jezdíme docela často.“

ZZKVK1: „Jsou nervózní, plačtiví, roztěkaný, hyperventilující, takže v tu chvíli je brní vlastně úplně všechno. Ruce, nohy, kolem pusy a jsou nepříjemný v tu chvíli, protože mají pocit „rychle, rychle, honem se mnou něco udělejte! Potřebuju prostě zachránit.“ A pak tam velikou roli hraje taky ta rodina, která si myslí, že ten člověk v tu chvíli umírá.“

ZZKVK2: „No, tak plačící, třeba no, většinou ...bojí se, třeba něco říct.“

ZZKVK3: „Tak nejčastěji je ta výzva jako bolest na hrudi, bušení srdce, palpitace, dušnost a většinou je to teda ještě pod obrazem hyperventilační tetanie.“

ZZKVK4: „Asi záleží. Žena, muž většinou bývají rozdíly. Ženy jsou takový plačící, hyperventilují, to je taková první známka. Kolikrát u toho udávají i nějaký přidružený symptomy... přidružený, jako třeba právě bolest na hrudi, brnění obličeje a prostě příznaky, které jsou typický pro hyperventilaci a jsou většinou plačtiví. A muži teda do toho většinou v ebrietě, když je to nějaká mužská panická ataka nebo tak.“

ZZKVK5: Tak většinou je to doprovázené hyperventilací, mají strach z toho, co se bude dít, co s nima budeme dělat, kam je povezeme, proč tam vůbec třeba jsme, když jsou nějaký zmatení, tak co se vlastně s nima děje. Občas můžou být i takový jako agresivní, ale jenom lehce, když jim to jakoby dobře nějak nevysvětlíme, nebo nepopíšem, nebo když je jakoby rovnou vezmem, že jdem, tak můžou i jakoby být agresivní.“

Následující otázka se věnovala tomu, zda se setkávají ve své praxi s panickými atakami a jak pacient vypadal po klinické stránce:

ZZJČK1: „K pár pacientů jsem jel, co měli čistě panickou ataku. Často byli rozjetý, že nemůžou dýchat, lapaly po deku, jako kdyby se dusili, což vypadalo celkem věrohodně, pokud jsem se doptával na nějaké jiné potíže, povětšinou se u nich do chvíle rozvinuly také a dostal jsem se do bludného kruhu, jelikož jsem nemohl říct, nebo se zeptat skoro na nic, protože se toho okamžitě chytají. Hlavně se snažím, aby alespoň začali klidně dýchat a nedostali se do hyperventilační tetanie. Pokud se člověku podaří na chvíli uklidnit a jim se uleví, po chvíli většinou opět sklouznou do paniky, a tak je pořádně není možné uklidnit. Někteří jsou až vztekly, zlostný...“

ZZJČK2: „Tělesné obtíže jsou různé. Hyperventilace je jeden z nejčastějších příznaků. Většinou jsou neklidní. Hodně, jakou ukřičení, vulgární. Můžou poškozovat sebe, nebo své okolí, takže tam je riziko úrazu, takže se k tomu volá i policie. Pokud bohužel ten pacient nespolupracuje a je agresivní vůči nám, musíme zasáhnout, takže kolikrát skončí spoutaní na psychiatrii. Tam vlastně jedeme i s doprovodem Policie. V takových případech si bereme doprovod vždy s sebou. V dnešní době už ano.“

ZZJČK3: „Tak panické ataky s úzkostmi jsou „ruku v ruce“, jsou dohromady. V té hlavě je prostě něco špatně.“ a dále dodává: „Oni nespolupracují. Nemluví, nespolupracují, hyperventilují“

ZZJČK4: „Ty jsou ve stresu, ty jsou opravdu se saturací 100 % a tam to trvá dlouho, než to srazíš dolu jakoby. Jsou to spíše mladší lidi“

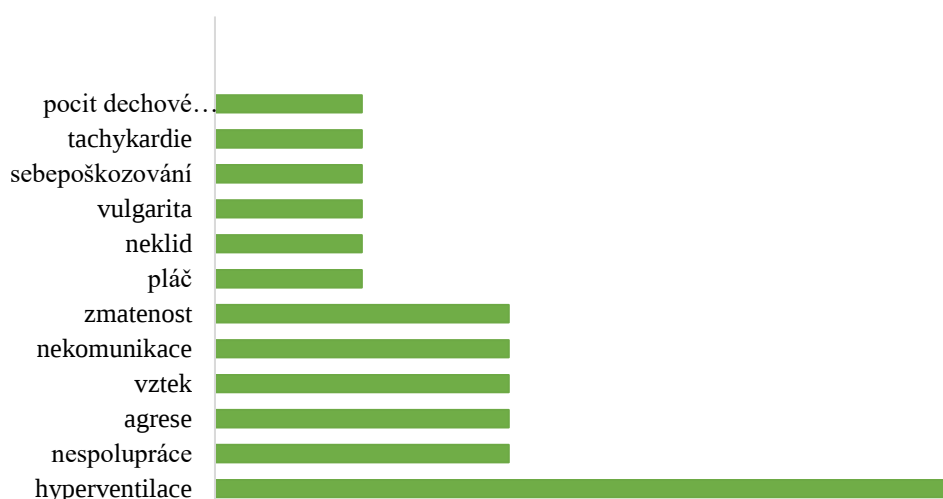
ZZJČK6: „Ano, jezdíme k panickým atakám. Ono kolikrát je to dohromady. Jakože ta panická ataka a úzkostný, protože, jako pod to jsou vysloveně panický ataky, že mají ty fáze...Tak to jsou přesně ty lidi, které najdeš někde na zastávce MHD, kdy prostě nedojdou do baráku 30 metrů a jsou paralyzováni takovým způsobem, že tam někdo pro ně musí dojít, jako z vlastního okolí. Řeknu třeba i...setkal jsem se, dejme tomu syn 20, matka dejme tomu nějakých 45 a volala vysloveně ona tu záchranku. Ale zase, je to většinou nějaký dispenzarizovaný pacient, o kterém se třeba na psychiatrii ví.“

ZZKV2: „Ano. Tak asi se to nedá úplně stejně říct. U každého se to projevuje jinak. Oni ví, že už se jedná o tu panickou ataku a že chtějí už vyhledat tu odbornou pomoc, takže tu psychiatrii naší tady“

ZZKVK5: „Někdy“ byl dále tázán, zda měli nějaké tělesné obtíže. Na to odpověděl: „Jako tachykardie, hyperventilace? No, to má no.“

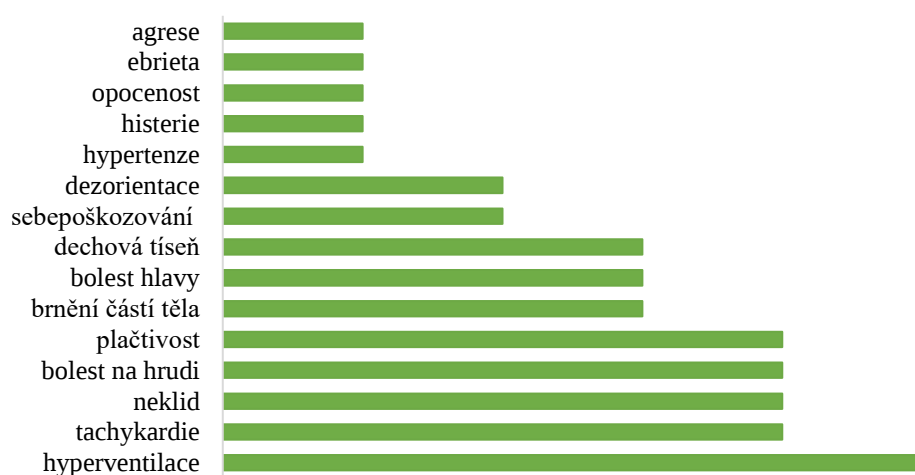
Zbylí respondenti uvádějí, že nerozlišují panickou ataku od úzkosti, ale že takovou indikací k tomu, že má pacient panickou ataku, je hyperventilace, která je u takových pacientů téměř pravidlem.

Graf č. 1: Projevy panických atak zaznamenané v terénu



Zdroj: vlastní

Graf č.2: Úzkostné příznaky u pacientů pozorované v praxi záchranáře



Zdroj: vlastní

Kategorie č. 2: Znalost problematiky panické ataky a úzkostných stavů

Cílem kategorie bylo zmapování vědomostí o panické atace a úmyslem bylo také přijít na to, zda záchranáři dokáží úzkostný stav definovat.

Na otázku: „*Jak byste charakterizoval/a úzkost?*“ odpověděli zdravotničtí záchranáři:

ZZKVK1 odpověděl spíše klinickými příznaky, ale řekl „*jsou roztěkaný, ustrašený a valí všechny problémy, někdy jde až do paniky a někdo už je často diagnostikovaný třeba s tou Úzkostnou poruchou nebo Panickou atakou...s tím se taky setkávám, kor u těchto případů*“.

ZZJČK2 uvedla, že neví, jak by stav definovala: „Úzkosti jako takové...nevím jaký je rozdíl např mezi úzkostí a depresí“

ZZJČK3: „To nevím. Tak, úzkostné poruchy jako takové nejsou nic příjemného. Většinou jsou častější u dívek a chlapci méně. A většinou mají nějaké problémy, sami v sobě.“

ZZJČK4: „Já nevím...my moc nerozeznáváme úzkostný nebo panický...“

ZZJČK5: „více se s úzkostmi setkáváme u žen než u mužů. Myslím si, že je to tím, že některé ženy mluví o svých problémech, jiné nemluví a mají to možná dané i hormony, že se nedokáží vyrovnat. Zatímco muži, jak jsou přímočařejší, tak dokážou o těch problémech mluvit hned, ale ženy, ty si to v sobě nosí a tutlají a možná to berou i jako osobní selhání.“

ZZJČK6: „Někdy převládají takový ty automatismy, někdy jsou ty lidi vystrašení, v nějakém stresu, v depresi. Někoho to chytne třeba i na zastávce MHD, mezi lidma, nebo když nastupují do MHDčka, je to různý. Ale jako většinou, pokud jsou dispenzarizovaní, tak prostě ti řeknou, že mají tohle, tohle a je to dobrý. Když ne, tak respektive, jestli si tím nejsou úplně jistý, nejsou si toho vědomi, nebo je to právě nějaký prvozáchyt, tak je ten obraz.... jakože jsou třeba i zmatený, nebo neví, co se s nima děje. Přebývá tam taková nějaká nejasnost...“

ZZKVK1: „Při stresu, většinou to jsou ženský, mladý, nebo mladý kluci. Velmi výjimečně nějaký starší člověk, ale to opravdu výjimečně. Většinou to jsou hysterický lidi. Ted' v poslední době, to jsou lidi, většinou takový...matky, buď jsou rozvedený, po rozvedech, nebo chlapi...Ted' jsem naposledy vezla na festivalu vezla nějakého chlapa, který těžce nezvládl rozchod. Ale úplně, ty známi říkali, že pro něj skončil veškerý svět a toho jsem teda vezla taky do Ostrova, protože ten, ten tam měl kombinaci všeho. Ten byl jakoby hodně, takže to...A nebo nezvládá tyhle situace.“

ZZKVK2: „Tak nejčastěji je ta výzva jako bolest na hrudi, bušení srdce, palpitace, dušnost a většinou je to teda ještě pod obrazem hyperventilační tetanie.“

ZZSKVK3: „Sociální sítě, rozchody, hádky, lidi jsou přepracovaní, nevyspalí a mají minimální psychickou hygienu, a tak jsou k těm úzkostným pak náchylnější. Nebo prostě tohle všechno přispívá potom k nějakému tomu úzkostnému stavu. V rámci onemocnění, kdy mají nějaký zdravotní problémy, třeba, já nevím jako...bolest na hrudi, kterou mít

může nebo se bojí, že budou mít infarkt, tak ji psychosomatizují...To samý u bolesti břicha, někdy ty lidi bolí břicho a oni mají strach...Nemoci jim vyvolávají ten úzkostný stav a pak jako bludný kruh. Mají problém a bojí se. Pokud ty lidi už jsou diagnostikovaný...”

ZZSKVK4 by charakterizovala úzkostný stav klinickými příznaky, které obsáhla v odpovědi na otázku, která se věnovala klinickým příznakům.

ZZKVK5: *„mají strach z toho, co se bude dít, co s nima budeme dělat, kam je povežeme, proč tam vůbec třeba jsme, když jsou nějaký zmatení, tak co se vlastně s nima děje. Občas můžou být i takový jako agresivní, ale jenom lehce, když jim to jakoby dobře nějak nevysvětlíme, nebo nepopíšem, nebo když je jakoby rovnou vezmem, že jdem, tak můžou i jakoby být agresivní“*

Otázka: **„Víte, jak panická ataka vzniká?“**

ZZJČK1: *„Setkal jsem se s tím, že pacientům byl sděleno, že mají nějaký zdravotní problém. A oni na sobě hledali jakýkoliv, byť jen malý problém, až došli k tomu, že mají třeba rakovinu a nikdo jim to není schopný rozmluvit. “*

ZZJČK2: *„Bud’ řeknou sami, co se děje, ale víc to nevyzkoumám. Když nechtějí mluvit, tak nemluví a když jo, tak řeknou, že nám to nepoví, že to řeknou až na psychiatrii. Takže kolikrát se my vůbec nedozvíme, co se stalo a co jim záchvat vyvolalo. Máme možnost, pokud se pacient vozil víckrát, kouknout do historie, ale jinak to nevíme, takže to opravdu záleží na komunikaci s pacientem a jestli je sdílný, nebo není. “*

ZZJČK3: *„Tak panické ataky s úzkostmi jsou „ruku v ruce“, jsou dohromady. V té hlavě je prostě něco špatně. “*

ZZSJČK4: *„Jak u koho, žejo. Někdo má nějaký problémy, někdo ani neví, jak to vzniklo kolikrát, že řeknou, že je nic nerozhodilo. Pak třeba řeknou, že dlouhodobě jsou unavený a pod stresem. A někdo, že se zrovna s někým pohádali, ale těch je málo. Taký mi přijde, že ten počátek není známý. Většinou ani neví, proč to mají“*

ZZJČK5: *„Oni se kolikrát točí v kruhu. Nevím, jestli je ten impuls kolikrát známý. A oni se začnou sami nad sebou stresovat a utvrzovat v tom, že jim opravdu něco je a prostě se sami dostanou do začarovaného kruhu. “*

ZZJČK6: „Ty lidi psychosomaticky něco vnímaj, nebo třeba i normálně, a mají z toho strach...třeba nějakou bolest, třeba na hrudi, nebo prostě je to někde chytne venku. Mají strach, že se jim děje něco vážného, bojí se a jsou zmatený, potřebují uklidnit a ujistit, že jsou v pořádku no...A v tý hlavě jim to běží. Spousta lidí má dejme tomu nějaký vedlejší příznaky, říkám, třeba bolesti na hrudníku a podobně. Myslí si, že je to třeba i něco jinýho spojenýho...“

ZZKVK1 odpověděla v rámci doplňující otázky, která se týkala toho, jak se projevuje u pacienta panická ataka. Jako příčinu jejich stavu uvedla: „protože mají pocit „rychle, rychle, honem se mnou něco udělejte! Potřebuju prostě zachránit.“ A pak tam velikou roli hraje taky ta rodina, která si myslí, že ten člověk v tu chvíli umírá.“

ZZKVK2: „To nevím. Asi nějakej strach, nevím..To je u každýho jinak asi, to záleží...“

ZZKVK3: „Já si myslím, že je to nejčastěji nějaký nedostatek psychohygieny. Vůbec...nějaká sebereflexe v tom životě a prožívání, jako takový.“ V rámci odpovědi na otázku, která se týkala komunikace s pacientem zmiňuje: „Tak oni se cítí v ohrožení života, protože často říkají, že si myslí, že umřou. To je vlastně ta nejčastější věc, kterou nám říkají.“

ZZKVK4: „Hele on má asi ten spouštěč každý úplně někde jinde. Jako nejčastěji teďkon co mi přijde, jezdíme na panické ataky, já teďkon byla opakovaně vlastně asi na 15 letých slečnách. A to byl všechno byl jako stres a škola, rodina a takovýhle problémy. Já mám teď mám nejčastěji fakt 15 let, kdy jedeme na střední školu, nebo na základku, kdy tam prostě brečí na záchodech, sesypaný, žejo. Učitelky neví, co s nima, že jako že leží, že brečí a že hyperventilujou. Pak, samozřejmě se to dá ještě někdy vykomunikovat s Ostrovem, že je vezeme jako na ambulanci no, ale většinou tam je nechtějí... Tam je takový těžký je dostat, to víš.“

ZZKVK5: „Tyjo, to já si teďka nevzpomenu asi na žádný výjezd, co bych jakoby mohl použít. Takže takhle jako z hlavy, nevím.“ Dále dodává: „Tak ta panická ataka je asi jako nárazová a ta úzkostná je spíše dlouhodobějšího rázu a je taková paroxysmální, že občas se to uklidní a občas...“

Kategorie č.3: Intervence

Jelikož jde o pacienty, kteří jsou svým způsobem nestandardní, kategorie intervence cílí na to, jaký volí postup u úzkostných a panických pacientů, co přispívá ke zlepšení jejich

stavu a zda využívají v praxi u těchto pacientů farmakoterapie, popř. co je pro ně indikací k užití farmak.

Otázka, která byla zdravotnickým záchranářům položena, nastiňovala situaci, kdy zdravotnický záchranář přijede k případu, kdy pacient udává určité tělesné obtíže, ale po změření fyziologických hodnot se zdá být jeho stav spíše psychosomatického původu. Otázka zněla: jak by záchranář dále postupoval?

ZZJČK1: „*No nejdřív ho samozřejmě vyšetřím, no a pak... Na prvním místě se ho snažím uklidnit. Mírně ho oslovuji a komunikuji s nimi velmi klidně a pomalu. Pomalé a klidné mluvení je nakonec většinou uklidní. Snažím se mu říct, že mu chci pomoci, ale potřebuji jeho spolupráci. Člověk musí být opravdu trpělivý. Následně, podle toho, jestli pak dýchá klidně se rozhodnu, že bych ho třeba nechal na místě. Samozřejmě pokud se pak zase rozjede a chce vyšetřit, že mu něco je, tak ho samozřejmě odvezem do nemocnice. U bolesti na hrudi teda ale vezmeme vždycky*“

ZZJČK2: „*Záleží na tom, zda naměříme fyziologické hodnoty v normě a pokud mi řeknou, že mají bolesti na hrudi a já tam nic patologického nevidím, tak vezeme pacienta na psychiatrii, pokud je bez jakýchkoliv potíží. Nebo jedeme na internu či kardiologii s tím, že já napíšu do zprávy, že je nutná intervence psychiatrie. Když jsou tyto lidi v panické atace a něco si udělají, tak stejně jedou nejdříve na traumatologii, kde se ošetří, ale oznámí se jim to tam a oni je poté posílají na psychiatrii. Já jim řeknu, že mají všechny hodnoty v pořádku, že já jsem jim nic nenašla, ale přesto je vezeme do nemocnice a tam jim udělají podrobnější vyšetření, odeberou jim krev, natočí EKG a zjistí, jestli je tam nějaká závažná příčina jejich potíží. A poté, že je potřeba nějaké vyšetření na psychiatrii. Někdy jim dávám i tabletu Diazepamu, aby se uklidnili. Pro ně to má takový placebo efekt.*“

Doplňující otázka pro ZZJČK2: „*Jak takovou informaci vezmou?*“

ZZJČK2: „*Různě. Někdo se přestane se mnou bavit úplně. Někdo začne hyperventilovat. Někdo začne říkat, že ho strašně bolí na tom hrudníku a jakmile to začne říkat víckrát, po druhý, po třetí, tak je jasné, že ho nemůžeme vézt na psychiatrii a vezeme ho na kardiologii s tím, že víme, že mu nic není, opravdu. Ale bohužel, protože to tvrdí a my do něj nevidíme, tak o vezeme na tu kardiologii. Nemůžeme to podcenit.*“

ZZJČK3: „*Snažím se ho vyšetřit od hlavy až k patě. A snažím se ho uchlácholit, že je naprosto v pořádku a že zřejmě by si měl jet někam s někým pohovořit, s nějakým*

odborníkem. Většinou to těm lidem doporučuju, že by bylo fajn si s někým popovídat, že ne se mnou, ale s nějakým erudovanějším odborníkem. A ty lidi na to docela slyší si myslím“

ZZJČK4: „Nic, já mu točím EKG, ne teda kvůli tomu, že bych jim věřila, ale kvůli tomu, že jakmile my na urgentu řekne, že má bolesti na hrudi, tak jedem na kardio, ikdyž vím, že je to jenom histerie. A nepojedu na kardio bez EKG, žejo. Takže já to spíš teda točím čistě kvůli tomu, že vím, že skončím na kardiu, ani ne tak kvůli tomu, že bych se bála, že tam něco najdu. Pokud nemá nějaký bolesti a je to fakt jen ta panická ataka tak nic, dám jim pytlík, diazepam a jedeme. My neděláme psychologickou poradnu. Já jim nic neříkám, si s nima nijak zvlášť nepovídám.“

ZZJČK5: „Nic, normálně jedem do nemocnice. Nejprve ho tedy vyšetřím, změřím mu jeho fyziologické funkce a natočím EKG, pokud udává nějaké bolesti na hrudi, i když má saturaci třeba 94% a na 99% tam nic nemá. Jinak se ptám, co jim pomohlo minule, když měli panický záchvat. Co za prášek jim pomohl, když si vzali oni svůj nějaký. Pokud ano, tak ať si rozkoušou tu svojí tabletu. A když ne, tak jim člověk prostě dá ten diazepam, ale když nejsou nějak moc rozjetý, tak je uklidním klidným, vlídným slovem a jedeme.“

Doplňující otázka pro ZZJČK5 č.1: „A na jaké oddělení potom pacienta směřujete?“

ZZJČK5: „Na psychiatrii je vozím, když tam jsou trvale léčeni. Ale pokud ne, tak podle toho, co udávají, většinou teda na urgent“

Doplňující otázka pro ZZJČK5 č.2: „V případě, že pacientovi sdělíte, že jeho obtíže mohou být psychického rázu, jak tuto zprávu přijímají?“

ZZJČK5: „Mně přijde, že jsou na to zvyklí, protože jim to říkají všichni. Většinou to není jejich první zkušenost a řeknou jim to kolikrát i v té nemocnici. Jako já jsem se fakt ještě nesetkal s tím, jak třeba se vždycky říkalo, že když někoho vezeš na psychiatrii nebo mu řekneš, že by měl být vyšetřený psychologem, nebo psychiatrem, že to ti lidé berou potupně...Tak s tím jsem se ještě nesetkal, že by mi pacient někdy řekl.“

ZZJČK6: „Kolikrát to kolikrát třeba na první pohled nejde rozeznat. Kolikrát to třeba může být i maskovaný, když to takhle řeknu. Kolikrát nemůžeš říct, že ty bolesti na hrudi nejsou infarkt, nebo něco jinýho. Kolikrát ty psychiatrický lidi to psychosomaticky vnímají. Takže stejně, chováš se k nim jako k bolestem a hrudi, jako k jakýmkoliv jinému případu.“

Většinou i když řeknu, nechci říct vysloveně placebo jako placebo, ale kolikrát třeba těm lidem i pomůže, že jenom píchne žílu a dostanou fýzák. Jo, ty lidi, některý jo, třeba zajímá, co jim dáváme, některý to nezajímá. Tak jako tak jim třeba tu žílu zajistíš nebo nezajistíš, když vidíš, že jsou třeba tachykardický, nebo nějaký... Takže jako od dost lidí jsem takhle slyšel, že jim pomohlo jenom to, že dostali fýzák jenom. Jo, a zase ten přístup...já si myslím, že je strašně individuální, základ toho je vystupovat nějakým způsobem normálně, což se tady potom smejvá u lidí, co jsou tady dlouhou dobu, nemají ty případy rádi, ví že zase jedou k nějaký blbině. Vystupujou dejme tomu agresivně, to akorát rozdmýchává situaci třeba u opilých lidí i jakékoliv jiných. Takže ty víš, že jedeš, s prominutím, k nějakému bezmozku, ale to, že na ty lidi budeš nepříjemnej, půjdeš proti nim, nebo něco, tak tím to akorát vlastně horšíš, protože ve finále stejně takovýhle lidi, pokud jim něco je a ve finále i blbá intoxikace něco je, tak je stejně někam odvezeš, stejně s nima nějakým způsobem budeš pracovat, tím si nepomůžeš.“

ZZKVK1: „Aby se uklidnil. A když nezůstává doma sám, tak mu dám diazepam, s tím, že si ho může vzít, nebo ne, kdyby se to vrátilo. Poradím mu ten pytlík. I ho to naučím a říkám, ať má ten pytlík vždycky u sebe, protože se jim to může stát v autobuse, v obchodě...kdekoliv, aby si dokázali pomoci.“

ZZKVK2: „Tak se jim snažím vysvětlit, jestli to teda vůbec jde. Nevím jako, snažím se jim to vysvětlit, ale nevím, jestli ten pacient to dokáže pobrat prostě. To musíš si individuálně s každým řešit jako. Někdo prostě... Hyperventilace, ty nechám třeba na místě, to nemám problém, ale jak mi řeknou, že mají nějakou bolest na hrudi, tak to jo, ty odvezu.“

ZZKVK3: „Tak někdy pokud...no tak naposledy, to jsem byl...To byla holčina asi 19 let, která je občas mívá. Zkrátka teďka jí to překvapilo, že to bylo nějaký silnější, z jejího subjektivního pohledu, ale mezitím než jsme dorazili my, tak na místo dorazila její matka a po domluvě teda chtěla zůstat, že ona si jí odveze domů. Takže jsme po domluvě s lékařem podali 1 tabletu Dizepamu, kterou si vzala s sebou. Ne, zapila si jí, ale tam došlo k tomu verbálnímu zklidnění docela rychle. Takže jako když to jde, nebo když chtěj, tak asi se snažíme ne každého hned vozit do nemocnice... to jako je fakt, že když s tím mají zkušenost, tak se je snažíme ponechávat na místě. Pokud je to nově vzniklý a ani ta nevidím to, že by nějak chtěli zůstat doma, tak ty náběry stejně...že jim udělají alespoň nějakýho toho ASTRUPA, alespoň náběry základní, aby se vědělo, jestli to je na podkladě nějakýho rozvratu, nebo tak...“

ZZKVK4: „Myslíš třeba jako tu bolest na hrudi atp.? Hele, todlencto je poměrně složitý, protože když třeba fakt tam jedeš a vidíš na první pohled, že ty lidi hyperventilujou a ještě tam je nějaká psychická nadstavba, ale tvrděj ti, že vlastně po tom, co ty je vlastně svým způsobem zklidníš, mají tlak na hrudi, tak pro mě...Jako já... musíš jim vyloučit tu somatiku, takže natočíš jim EKG, změříš jim tlak, zkontroluješ, aby si vyloučila ty somatické problémy...Každopádně, pokud mi ten člověk stále bude říkat „Mě tady prostě bolí“, tak ho člověk odveze do nemocnice no. Tam člověk neřeší tu jeho psychiku v první řadě. Samozřejmě, že pak přijedeš na Emergency a slyšíš tam „no tak to je jasný, to je bolest na hrudi z hyperventilace“, ale sama víš, že tím EKG tam toho moc nevymyslíme. Když jsou to pak třeba, že ty lidi říkaj jenom „mě brní ruce“, „mě se jako, mě brní obličej“ a pak se s nimi třeba bavíš a ty lidi se uklidněj a řeknou ti „hele už to přešlo“, tak to nemám problém, po tom, co jim změříš tlak a vitální funkce, je ponechat doma. Ale ve chvíli, kdy tam jsou jako vážnější problémy, tak to je asi vezu no, asi i alibisticky.“

ZZKVK5: „No, jako asi se mu snažím vysvětlit, aby se uklidnil, že ten stav si tím zhoršuje, tou jeho...tím stresem, že se to zhoršuje. A snažit se mu vysvětlit, aby třeba myslel na něco jiného, na nějaké stavy, které ho uklidňují.“

Otázka: „Jaký je dle vás nejefektivnější způsob, jak zmírnit pacientovy obtíže způsobené panickou atakou?“

ZZJČK1: „No, asi tím mluvením no, ale vono je to těžký...jak u koho to jde. Když hyperventilujou, tak někdy se je snažím uklidnit, ať dechaj a někdy dechám s nima. Prostě aby zklidnili ten dech a nedostali se do těch křečí. To je u nich asi hlavní. Jak se do nich dostanou, tak je to v háji. Některý se dostanou až do takového stavu, že maj ty ruce fakt tak jako extrémně křečovitě zkroucený.“

ZZJČK2: „Je to pacient od pacienta. Někdo, když na něj mluví někdo cizí, tak to přijme. U někoho to naopak vyvolá zhoršení jeho stavu, tak to je lepší potom přestat mluvit. Pokud se sebepoškozuje, a nebo bude agresivní, tak musí zasáhnout policie. Nelze říct, že ty, co mají panickou ataku se zklidní po podání Diazepamu. Může se dál i Haloperidol, pokud jsou hodně rozjetí, ale to už je na intervenci doktora, takže to bych konzultovala s lékařem. Pokud vím, že by byl agresivní vůči nám, tak se k němu nepřibližuju, aby nám jako posádce nezpůsobil nějaké zranění.“

ZZJČK3: „Dechové cvičení, dýchat jako do flétny.“

ZZJČK4: „Pokud nemá nějaký bolesti a je to fakt jen ta panická ataka tak nic, dám jim pytlík, diazepam a jedeme. My neděláme psychologickou poradnu. Já jim nic neříkám, si s nima nijak zvlášť nepovídám.“

ZZJČK5: „Mně přijde, že dost často stačí, když na ně člověk začne normálně mluvit, a jak na ně klidně mluvím, tak a oni se na to soustředí, a tak zklidní i to dýchání jako takový.“

ZZJČK6: „Hodně to dělá jednání. Spousta lidí ti řekne, že to, že k nim přistupuješ v klidu, jednáš s nima normálně a na rovinu, tak jim to kolikrát pomůže. Spousta lidí má dejme tomu nějaké vedlejší příznaky, říkám, třeba bolesti na hrudníku a podobně. Myslí si, že je to třeba i něco jinýho spojenýho. Když jim seš schopná dejme tomu třeba udělat nějaký vyšetření, dejme tomu blbý EKG nebo podobně, dost jim to třeba pomůže i psychicky. Když jim řekneš, že jako tam nevidíš žádnou patologii, to to nebude.“

ZZKVK1: „Většinou nádech, výdech a většinou chci, když už jsou hodně, a to jako i vidíš, když jedeme, tak oni ty lidi mají zkroucený ty ruce, úplně jakoby...A teď jak začnou, tak já jim třeba ještě řeknu ať v tom nádechu vydrží chvílku, a když vydechnou, tak znova a pak už vidíš, jak oni se krásně natahují.“

ZZKVK2: „Já nevím no, tak můžou dostat samozřejmě ten Apaurin, no. Nedávám, nic jinýho nemáme ani. Můžou dostat, dáváme ještě Diazepam no, někdy.“

ZZKVK3: „Tak třeba nějakým, už jenom tím odběrem anamnézy se snažím třeba rozvést ten rozhovor víc. A někdy je to třeba evidentní, že někdy se soustředí na to, co mají odpovídat, tak vlastně najednou ty jejich úzk-..., nebo vlastně celá ta jejich situace se začne zklidňovat, že vlastně nemají prostor se nějak mentálně.... Člověk zaměstná tu hlavu. Je to tak vlastně i u tý bolesti. Pacienti, když je něco bolí, tak zjistí, že člověk jim od tý bolesti člověk snadno odvede pozornost, ikdyž ti říkají, že je z deseti možných bodů, je to bolí na patnáct, ale pak ti začnou vyprávět jaký měli průběh dětství...“

ZZKVK4: „I takový to zadržování, že...na dvě vteřiny nádech...dvě vteřiny, výdech...dvě vteřiny ...to používám... záleží typ na typu. Jsou panický ataky, kdy ty lidi jsou úplně v klidu, dá se s nima mluvit, dá se jim to nějak vysvětlit, dá se je uklidnit. Ale pak jsou lidi, který si nedají moc říct no, nespolupracují. . , ,

ZZKVK5 uvedl, že by jeho postup byl stejný jako u předchozí otázky, kdy jeho potíže byly pravděpodobně způsobené právě panickou atakou.

Otázka: „**Jaký je nejlepší způsob zmírnění pacientových psychických obtíží?**“

ZZJČK1: „Komunikace. Já jsem zvyklý s pacienty mluvit, ještě z dob, kdy jsem dělal na oddělení a vím už tak nějak co jim říct a jak na to reagují. Tak nejprve se je snažím uklidnit no. Ale oni jsou někdy roztěkaný, lítají jim myšlenky, nedávají pozor. Pokud se s nimi nejde domluvit, jsou vzteklý nebo někdy začnou být nějaký agresivní, tak můžu dát...máme po ruce Apaurin, tak mu ho píchnu, normálně i.m. A to teda zabírá. Ty už pak ale vezem do špitálu samozřejmě“

ZZJČK2 se v k otázce vyjádřila v rámci jiné ze svých odpovědí

ZZJČK3: „Tak snažím se je nějak uklidnit slovně, ale ne každý na to reaguje. Někdo se po tom vyšetření i uklidní, že jim konečně někdo pomůže a jsou v rukou odborníka. No...“

ZZJČK4: „To záleží. Někdy stačí to s nima vykomunikovat, někdy už je nutný jim dát něco na uklidnění“

ZZJČK5: „Já si myslím, že obojí – medikace i komunikace, to záleží na situaci.“

ZZJČK6: „Hele, to je otázka, docela dost velká. To je zase strašně individuální, jako každý tadyten případ, každý tadyten pacient je strašně individuální. Stejně jako když se budeš někoho ptát „Jak Vás to bolí?“ a „Chcete něco na bolest?“, to je individuální, takhle nějak bych to přirovnal k tomu, jak je to tady u tech psychiatrických pacientů, nebo i úzkostných pacientů. Takovej základ, všude, je to klidný vystupování. Pokud ten člověk z tebe bude cejtit, že něco nevíš, nejseš si jistej, děláš něco zmatečně, nebo se něčeho vysloveně bojíš, ty lidi to relativně vycítí. Jo, když si třeba budeš říkat „Bude mít infarkt! Bude mít infarkt!“, tak není dobrý to dávat najevo třeba před těma lidma. Jo, vystupovat v klidu, v pohodě, udělat si nějaký to základní vyšetření, udělat si nějaký vyšetření. Chceš, je to psychosomatický, dejme tomu, přijedou nám k tomu infarktu, nebo k čemukoliv jinému...vyloučit si to. Pomůže to jak tobě, pomůže to těm lidem, potom dalšímu chování, a i zmírnění té situace, jedna věc. Další věc je takový nějaký vsugerovaný věci, které kolikrát si ti pacienti myslí, jo...spousta těch lidí ti může říct třeba, že si tě volá, protože si myslí, že mají Covid. To je věc, kterou jim třeba úplně v terénu nevyvrátíš, nepotvrdíš, nevíš, co s tím, ale tak pokud dneska dáváš dejme tomu třeba žádný jiný, jinou

symptomatologii, tak proč ne. Kolikrát to těm lidem pomůže – „Myslíte si, že máte Covid? Fajn. Jedeme na vyšetření, setrou Vás. Budete to mít potvrzený.“ Jo, třeba teď kon jsem vezl jednu psychiatrickou paní, a ta taky... Furt si myslela, bolesti na hrudi „Já mám infarkt“ tohleto... „Mamina odešla na infarkt v tolika a tolika letech. Máme to v rodině“... bla bla bla. Ale ta už měla těch diagnóz relativně spoustu. Poruchu přizpůsobení, možná nějakou bipolární, že byla paní, to už jsem jako nenašel... V podstatě vedená na psychiatrii jako, nechci říct úplně stálý klient, ale jakože psychiatrická. Takže taky, EKG jsme udělali. Na začátku mi třeba paní jela nějakých 140 pulzově s nějakou tachykardií ale sinus, a v podstatě, když jsem jí řekl, že na tom srdíčku nic není, nevidím tam nic, je to bez nějaký patologie, takovým klidným vystupováním, tak byla rázem klidnější. Pak měla nějakých 100, dejme tomu, přestalo jí tolik bolet na hrudníku, je to prostě daný tím... Ale furt jako byla svým způsobem vyděšená, že prostě chce na tu kardiologii, tak není nic jednoduššího, než to na kardiologii předat: „Heďte se, bolesti na hrudi takovýhle symptomatologie. Paní vedená psychiatricky. Léčbu neužívá“, dejme tomu řeknu to prostě vstupně takhle a pak kdyžtak k dalšímu řešení...”

ZZKVK1: „Většinou nádech, výdech a většinou chci, když už jsou hodně, a to jako i vidíš, když jedeme, tak oni ty lidi mají zkroucený ty ruce, úplně jakoby... A teď jak začnou, tak já jim třeba ještě řeknu ať v tom nádechu vydrží chvíli, a když vydechnou, tak znova a pak už vidíš, jak oni se krásně natahují. A hlídáme je většinou, protože oni mají takový ty tendence, že to dělají podle tebe. A já, když si začnu třeba psát, tak najednou zjistím, že mi tam začne dýchat znova jakoby. Takže se vždycky snažím vysvětlit: A budete to dělat i beze mě. Prostě zkoušejte to. Já si Vás budu takhle to... No a když to nejde, vyloženě když ty lidi neposlouchaj, tak prostě igelitovej sáček jakoby... Ještě se mi nestalo... Měla jsem jednou nějakou, opravdu jakoby hyperventilační tetanii, kdy teda ta holka byla zkroucená. Ta měla snad i nohy, ta byla úplně jakoby... Tak tam jsme teda píchali Apaurin. Ale tam zase já už bych jí doma nenechala, po Apaurinu píchnutým, i když je teda intramuskulárně, jako středák... Ale doktoři nechávají.“

ZZKVK2: „Asi to mluvení, aby oni prostě viděli, že je někdo chápe. Si myslím, že to je hodně uklidní. A já si myslím, že už jenom to, že my tam dojedeme a vidí prostě nějakého zdravotníka, že to je uklidní.“

ZZKVK3: „Já si myslím, to je takový subjektivní, že to jsou nezpracovaný určitý emoce... Emoce, kterou jim asociují třeba i zdánlivě různé situace, ale vlastně od asociuje

jim to podobnou nějakou emoci a oni se nechají pohltit tou emoci. Takže za mě se ty emoce musí odžívat. Musí se odžít, že třeba ta somatika s tím souvisí. Takže já jsem spíš zastánce nějakýho verbálního, nebo toho člověka přes tu somatiku vrátit „do těla“ a před to uvědomění si vlastního těla, a to zpracování vědomí než to jen nevědomě něčím přebít. Jako, to dýchání určitě, aby se jim vrátil, žejo, oxid uhličitý zpátky do krve. Ale jako někdy to... Asi kdybych to měl v kompetenci a nemusel to konzultovat s doktorem, tak bych jako za sebe dával třeba vykápnout třeba jenom to magnézko, si myslím alespoň ten hořčík... Já si myslím, že lidi všeobecně jsou asi více ve stresu.“

ZZKVK4: „Hele, asi jak u koho a taky záleží, co jim to vyvolává. Pokud jsou úzkostný ze svého zdravotního stavu tak stačí, že je vezmeš do nemocnice, a že jsou v rukou zdravotníka a ty jim prostě všechno vysvětlíš, natočíš jim EKG, řekneš jim „ted'kon Vaše bolesti nevypadaj na akutní infarkt myokardu, každopádně jsou ještě potřeba dodělat odběry, aby se všechno vyloučilo“ a vidíš, že ty lidi jsou třeba...jako jim to zabere. Pak jsou lidi, kterým stačí komunikace, že fakt se ti vypovídaj, řeknou, co je trápí a vlastně se jim uleví. No, a pak jsou lidi, na který jako todleňto úplně...Asi bych to neškatulkovala, jak k tomu přistupuju jednotně, protože fakt záleží na typu. Kor, když to jsou ty pubertální holky, tak jako na ty většinou nějaký slovní uklidnění stačí, do nich bych se farmakoterapií úplně nepouštěla.“

ZZKVK5: „Tak to asi záleží na té míře toho stresu, nebo té situace. Jestli ještě je uklidnitelnej jako slovama. Určitě ty slova jsou lepší než nějaký ty prášky, pokud to jde. Až když to potom nejde, tak ta medikace.“

U některých ze záchranářů byla položena doplňující otázka, jak by úzkostný stav řešili. Většina informantů by úzkostný stav řešila komunikací a určitým přístupem k pacientovi, což spadá do následující kategorie. Další intervenci u úzkostného pacienta ještě doplnili následovně:

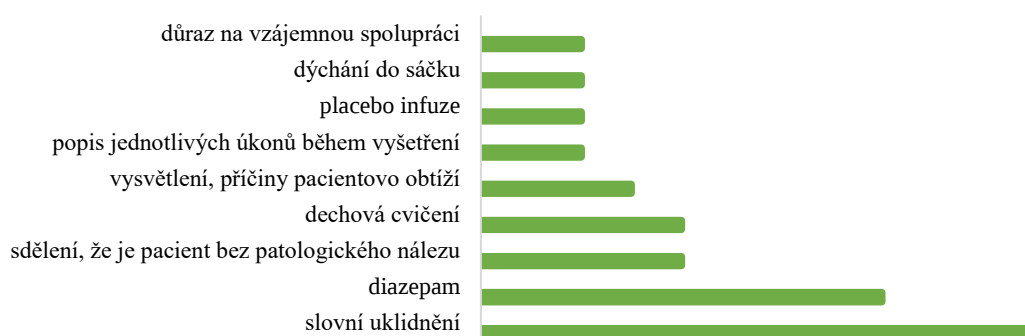
ZZKVK3: „Nejčastěji, když je ještě s nima řeč a nejsou předýchaní moc, tak nějaký verbální zklidnění. Když je člověk usadí, aby se opřeli zády o zeď, pokrčili a zapřeli si chodidla pevně o zem. A snažíme se je edukovat v tom dýchání. Nádech a výdech ústy.“

Na doplňující otázku, zda jeho intervenci první volby bylo dechové cvičení, odpověděl: *„Ano. Jestli na to reagují nějakým způsobem. Nebo ať si třeba dýchají do dlaní, nebo jim dáme pytlík třeba. To záleží. Tady se to nepoužívá, ale na Plzeňsku jsem dával normálně polomasku bez kyslíku.“* Následovala další otázka, zda se tato metoda ukázala jako

efektivní: „Jo, oni si nadechovali zpátky ten oxid uhličitý zpátky trošku a v kombinaci s tím verbálním, no. Tak jako v extrému se dával ten Midazolam 1 mg nebo tak.“

ZZKVK4: „Asi určitě nejdřív jako čistě jenom komunikací, snažím se je teda uklidnit. Takový to klasický zpřítomnění: kde jsme, co se děje, proč jsme tam a pak nějaký nabídnutí ty pomocný ruky, říct třeba ty možnosti, který v dnešní době máme. Samozřejmě většinou, když je tam nějaká ta těžší hyperventilace, nebo fakt nějaká ta těžká úzkost, tak pak máme i jako farmaka. Nejčastěji nějaký ty anxiolytika.“

Graf č.3: Intervence



Zdroj: vlastní

Graf č.4: Nejeфекtivnější cesta zmírnění pacientova psychického stavu



Zdroj: vlastní

Podkategorie č.1: Farmakoterapie

Vzhledem k několikrát zmíněné farmakoterapii v odpovědích na předchozí otázku, byl výzkum doplněn o podkategorii Farmakoterapie, kvůli bližšímu upřesnění ze strany zdravotnických záchranářů, co by pro ně bylo indikací k užití medikace.

ZZKVK1 na otázku, zda dává pacientům v těchto stavech léky, popř. co by považovala za indikaci k jejich podání odpověděla: „Ne, já ne. Určitě. Nedávám je, protože je chci nechat doma. Protože si nemyslím, že tyhle patří do nemocnice. A když už píchnu ten Apaurin, tak musím toho člověka odvézt, nebo bych měla. Tam totiž hrozí...Záleží taky jak ho píchneš a většinou, když už jsou potom napíchnutý, tak se dá dát i intravenózně. A tam je to průserový potom jako. Takže když už právě dávám Apaurin, tak už je musím

odvézt, a to se mi nechce. Já si myslím, že je jim furt líp doma, ne v nemocnici. A hlavně v nemocnici...Co s nima udělají? Nic. Vlastně maximálně mu píchnou Apaurin do zadku a nebo jim dají Diazepam 5 mg a to jim můžeme dát my.“ ZZKVK2 se s jejím názorem shoduje, její odpověď zněla: „To nevím, já si myslím že ten Diazepam, dám tabletku...Ten Apaurin...ten už je těžkej kalibr. Kdyby došlo, jak kolegyně říkala, že chci ponechat na místě...S Apaurinem to nikdy nenechám.“ Uchýlila by se k podání v případě „to už by muselo bejt, nějaká mega histerie nebo něco jako...Ale fakt jako...to spíš ne.“

ZZKVK4: „Asi záleží. Když třeba ponechávám na místě, ty pacienty, to je třeba pacientka, která má opakovaně panický ataky a třeba tam došlo, že má změnu antidepressiv, takže se čeká na tu tzv. hladinku, než se nastaví ty antidepressiva a nemá třeba k tomu dostatečně nastavenou tu anxiolytickou léčbu, tak mi nedělá problém ji nechat třeba s Diazepamem, s tabletkou, samozřejmě po konzultaci s lékařem, doma a ať si jde lehnout. Když to třeba jsou ty těžší hyperventilace, kdy jako vidíš, že se prostě klepou a že si prostě nedají říct, aby se zklidnili tu dechovou frekvenci, tak pak je to Apaurin s magnézkiem do infuze. Ale po Apaurinu já je doma nenechávám a většina doktorů ti je taky po Apaurinu doma nenechá, takže pak se vezou.“

ZZKVK5: „Tak ta medikace, když už by tam propukala nějaká agrese, do té doby si myslím, že by se to dalo nějak zvládnout nějakou rozmluvou, rozpravou. Ještě víc, si myslím, vysvětlit co se děje, proč se to děje, co po nich my chceme a proč to po nich chceme, jo...Když to prostě nejsou schopni nějak akceptovat a je tam ta agresivita, tak tam už potom asi ty léky no.“

ZZJČK6: „Jasně, tak to už by vysloveně musely být nějaký panický ataky, které vysloveně kompromitují vitální funkce. Jo, když to fakt bude nějaká nezastavitelná hyperventilace, nebo fakt jako vysloveně ty lidi se budou cítit, že se dusí, jakože fakt dusí, a budeš vidět vysloveně, že ti ta saturace jde dolů...Nebo prostě nějakým takovýmhle způsobem...Nebo vysloveně obrovská tachykardie, už jako, nechci říct život ohrožující, do nějaké míry to tělo snese a když řeknu tady těch 10 blbejch minut do nemocnice to snese. Otázka je, jak dlouho to má, žejo. Jo tak to samý tlak a podobně, no. Ale to byl asi hoooodně výjimečný případ, kdy by ten člověk byl intoxikovaněj, dejme tomu, spíš drogy, než jako léky jako takový. A spíš i to než alkohol, třeba. Ale můžou to bejt i lidi jako opilí, psychiatrický, kolikrát to beru k ruce. Takže jako u takových pacientů. A pak zase ta je velký, velký dávat pozor, kde i takhle tu medikaci nedáváš sám, dáváš s doktorem, většinou ta

konzultace...pokud budeš mít takovýho pacienta, tak většinou doktora chceš na místě, protože je to i docela nebezpečnej pacient pro tebe. Jo, to samý jako asistence policie, nebo cokoli jinýho.“ Jeho názor se shoduje s názorem ZZKVK5: „Tak ta medikace, když už by tam propukala nějaká agrese, do té doby si myslím, že by se to dalo nějak zvládnout nějakou rozmluvou, rozpravou. Ještě víc, si myslím, vysvětlit co se děje, proč se to děje, co po nich my chceme a proč to po nich chceme, jo...Když to prostě nejsou schopni nějak akceptovat a je tam ta agresivita, tak tam už potom asi ty léky no.“ Odpovědi zbylých informantů ZZJČK1, ZZJČK4 se s nimi shodují.

ZZJČK2 jeho myšlenku rozvedla: „Nelze říct, že ty co mají panickou ataku se zklidní po podání Diazepamu. Může se dál i Haloperidol, pokud jsou hodně rozjetí, ale to už je na intervenci doktora, takže to bych konzultovala s lékařem. Pokud vím, že by byl agresivní vůči nám, tak se k němu nepřibližuju, aby nám jako posádce nezpůsobil nějaké zranění.“ Mimo to také uvedla: „Někdy jim dávám i tabletu Diazepamu, aby se uklidnili. Pro ně to má takový placebo efekt.“ Na téma farmakoterapii jsme narazili ještě v rámci jiných otázek, kde zmiňuje: „...např. když jedeme k hypertenzi a ti lidé jsou z toho vystresovaní, tak já jim těch 5mg Diazepanu spolu s Tenziominem vždycky dám. Už jsem takhle zvyklá a dávám ho často. Máme 5 mg, dříve jsme vozili i 10 mg. Dávám u dopravních nehod. Pokud již ale vážnější zranění, tak tam se ten Diazepam nedává, tam tlumíme bolest, např. Calypsolem a ty lidé se po něm i zklidní. Takže to je i něco jiného.“ ZZJČK3 naopak zastává názor: „Když už se dostanou do té hyperventilační tetanie, tak je Apaurin už na místě. Myslím si, že u prevence to nemá cenu.“ K podání Apaurinu svůj názor vyjádřil i ZZKVK3: „To je vždycky na rozhodnutí lékaře. Když už je tam ta velká nespoupráce a v podstatě, pak už třeba velká tachykardie, jsou tam nějaké ty křeče horních končetin...“

ZZKVK4: „Asi záleží. Když třeba ponechávám na místě, ty pacienty, to je třeba pacientka, která má opakovaně panický ataky a třeba tam došlo, že má změnu antidepressiv, takže se čeká na tu tzv. hladinku, než se nastaví ty antidepressiva a nemá třeba k tomu dostatečně nastavenou tu anxiolytickou léčbu, tak mi nedělá problém ji nechat třeba s Diazepamem, s tabletkou, samozřejmě po konzultaci s lékařem, doma a ať si jde lehnout. Když to třeba jsou ty těžší hyperventilace, kdy jako vidíš, že se prostě klepou a že si prostě nedají říct, aby se zklidnili tu dechovou frekvenci, tak pak je to Apaurin s magnezkem do infuze. Ale po Apaurinu já je doma nenechávám a většina doktorů ti je taky po Apaurinu doma nenechá, takže pak se vezou.“

ZZJČK5: „Já nevím, jestli na to mám nějakou hranici, kdy ho podávám...Mě přijde, že to je podle toho, jakou mám zrovna náladu já. A taky jak vypadá ten pacient. Já nedávám moc Diazepam.“

Podkategorie č.2: Dechová cvičení

Účelem této podkategorie bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři ve své praxi využívají dechových cvičení a popřípadě jaké techniky preferují.

Otázka: „*Využíváte v praxi dechových cvičení?*“

ZZJČK2: „Když mají záchvat úzkosti, který vygraduje v hysterický záchvat, tak jediné v tomto případě, ale jinak žádná dechová cvičení, jako taková vůbec.“

ZZJČK3: „Ano a když to nepomáhá, tak zpětné dýchání do sáčku, to zabírá na 99 %.“

ZZJČK4: „Já jenom občas, my, jak máme ty velký pytlíky, tak oni to stejně drží tak blbě, že do toho vůbec nedýchají. Spíš se u toho dusí, kolikrát jak jsou v takový tý velký hysterii, tak oni si to přicucnou na pusu, a to si říkám, že nemá smysl.“

ZZJČK5: „Jako, že bych s nimi někdy dělal tu dechovou techniku, která se doporučuje u té hyperventilace, to s nimi moc nedělám. Asi teda by to bylo efektivnější, ale já jim většinou řeknu ať zklidní to dýchání, a to je asi tak moje celý dechový cvičení s nima jako. Ani jim nedávám moc pytlík.“

ZZJČK6: „Joo, pytlík. Jako vysloveně supraventrikulární tachykardie, nebo něco takovýdlehého s tím brady reflexem, dejme tomu, natlačení proti, kdy se člověk prodejechne a podobně, to je hezký, ale kolikrát ty lidi nedokážou spolupracovat. Jako pytlík většinou pomáhá. Většinou je tam i nějaká hypokapnie nebo podobně, takže i to relativně potom zklidní toho člověka, no. Ale zase, no, když ten člověk dostane nějaký jiný vjem, než na který myslí...Když je ten člověk potom v záchraně, řeší něco jiného. Člověk se ho ptá a nedá mu příliš možnost přemýšlet nad něčím dalším, tak kolikrát i ta hyperventilace povolí.“

ZZKVK1: „Jo. Většinou nádech, výdech a většinou chci, když už jsou hodně, a to jako i vidíš, když jedeme, tak oni ty lidi mají zkroucený ty ruce, úplně jakoby...A teď jak začnou, tak já jim třeba ještě řeknu ať v tom nádechu vydrží chvíli, a když vydechnou, tak znova a pak už vidíš, jak oni se krásně natahují. A hlídáme je většinou, protože oni mají takový

ty tendence, že to dělají podle tebe. A já když si začnu třeba psát, tak najednou zjistím, že mi tam začne dýchat znova jakoby. Takže se vždycky snažím vysvětlit: A budete to dělat i beze mě. Prostě zkoušejte to. Já si Vás budu takhle to...No a když to nejde, vyloženě když ty lidi neposlouchaj, tak prostě igelitovej sáček jakoby...Ještě se mi nestalo...Měla jsem jednou nějakou, opravdu jakoby hyperventilační tetanii, kdy teda ta holka byla zkroucená. Ta měla snad i nohy, ta byla úplně jakoby...Tak tam jsme teda píchali Apaurin.“

ZZKVK2: „Ne, ale takový to „zadržet, nedýchat...“ to jo.“

ZZKVK3: „Ano. Jestli na to reagují nějakým způsobem. Nebo ať si třeba dýchají do dlaní, nebo jim dáme pytlík třeba. To záleží. Tady se to nepoužívá, ale na Plzeňsku jsem dával normálně polomasku bez kyslíku. Oni si nadechovali zpátky ten oxid uhličitý zpátky trochu a v kombinaci s tím verbálním, no.“

ZZKVK4: „To jo. To u tech hypervent...To jo. I takový to zadržování, že...na dvě vteřiny nádech...dvě vteřiny, výdech...dvě vteřiny ...to používám.“

ZZKVK5: „Jo, dýchání do pytlíku hodně často. Ale i bez pytlíku jakoby, já jim říkám „nádech“ ...dechový cvičení.“

Graf č. 5: Užívání dechových technik v praxi



Zdroj: vlastní

Graf č.6: Užívané dechové techniky v praxi



Zdroj: vlastní

Podkategorie 3: Technika odvádění pozornosti

Smyslem podkategorie bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři někdy úmyslně odvádí pacientovu pozornost za účelem zmírnění jeho stavu a zklidnění pacienta.

ZZJČK3: „Ne, to si myslím, že moc nepomáhá. Potřebujeme v tuhle chvíli řešit ten problém.“ Stejný názor zastávali i ZZJČK1, ZZJČK4, ZZJČK5 a ZZKVK2

ZZJČK6: „Dá se to tak říct. Taky už se mi povedlo jednoho takovýho pacienta vysloveně v propuknutí bipolární fázi, dovést tak, že jsem ho ukecal na psyndu bez nějaké další asistence. Ale bál jsme se, když mi říkal, co chtěl dělat.“

ZZKVK1: „Ne, oni chtějí mluvit. Oni chtějí fakt mluvit. Jo, tak ono to je tím mluvením. Ono občas jako to...Oni ty lidi fakt řeknou, striktně: „Já se o tom bavít nebudu“. Tak řeknu „dobře, tak se o tom bavít nebudeme“, tak to zkusíme jinak a potom buď začnou o tom mluvit sami, nebo nezačnou. Ted' jsem zrovna teda vezla nějakou s úzkostnou poruchou a ta měla i poruchu osobnosti a to, ta teda jela. To se nebavila vůbec, jo a v autě sotva. Ta jediné, na co zareagovala, tak bylo, ať si sundá tu kapucu, že chci alespoň vidět, jak vypadá, ne...A ta teda potom, ta se rozpovídala, trošku. Tak jsem se jí ptala, kde bydlí. A ona, že na azyláku. Bylo jí tak 20 let. A že tam bydlet nechce. Tak jsem říkala: „Takže jste bezdomovec.“ A ona, že byla tři měsíce v Dobřanech, vrátila se a druhý den si zavolala záchranku, jela do Ostrova. Tam ležela týden. Jeden den byla doma a volala vlastně nás. A to volala nějaká kamarádka, že se chce zabít. Jo, takže ta byla uřvaná. Ta tam celou cestu jenom řvala, a tu jsem nechala. Ať si nechá tu svojí kapucu. Ona byla spokojená že to...Ona chtěla teda do Dobřan, tak jsem jí vysvětlila, že my Dobřany nemůžeme, že musí přes Ostrov. Tam ona nechtěla, jo...Ale nakonec s tím souhlasila, takže jsme jeli do Ostrova. Ona celou tu dobu s tou kapucou na hlavě...Říkám, to nemá cenu se s ní bavít.“

ZZKVK3: „Tak třeba nějakým, už jenom tím odběrem anamnézy se snažím třeba rozvést ten rozhovor víc. A někdy je to třeba evidentní, že někdy se soustředí na to, co mají odpovídat, tak vlastně najednou ty jejich úzk-..., nebo vlastně celá ta jejich situace se začne zklidňovat, že vlastně nemají prostor se nějak mentálně.... Člověk zaměstná tu hlavu. Je to tak vlastně i u tý bolesti. Pacienti, když je něco bolí, tak zjistí, že člověk jim od tý bolesti člověk snadno odvede pozornost, ikdyž ti říkají, že je z deseti možných bodů, je to bolí na patnáct, ale pak ti začnou vyprávět jaký měli průběh dětství...“

ZZKVK4: „Asi úplně ne. Asi si nemyslím, že je na to úplně ten prostor. Ted' neříkám, že máme na výjezdy určitý čas, ale asi si nemůžu úplně dovolit si tam s nima sednout a půl hodiny si s nima...“

ZZKVK5: „*Já teda jako úplně nevím, ale myslím si, že jo. Aniž bych jakoby o tom věděl, myslím si, že nějak automaticky, člověka to napadne nějak ...toho člověka jako rozptýlit*“

Kategorie 4: Komunikace

Poslední kategorie se týká komunikace a specifického přístupu k úzkostným a panickým pacientům. Věnuje se tomu, jak se záchranářům s takovými pacienty pracuje, zda je rozdíl v komunikaci mezi „běžným“ pacientem a pacientem s psychickými obtížemi a čeho lze v přednemocniční péči díky komunikaci docílit. Mnohé bylo již obsaženo v předešlých odpovědích. Specifické otázky a odpovědi k této kategorii byly následovné:

Otázka: „***Jak vnímáte úzkostné panické pacienty a jak se Vám s nimi pracuje?***“

ZZJČK1: „*No, v praxi se s nimi člověk občas setká, ale není to s nimi jednoduché. Chytají se každého slova, pokud jim řekneme, ať zkusí dýchat pomaleji a klidněji, aby nedostali hyperventilační křeče...a oni se chytanou toho, že by mohli mít křeče a dostanou se do takového stavu, že je snad i mají. Člověk nikdy neví, kam s nimi, protože jim je všechno, sami se dostanou do stavu, kdy nemohou dýchat, mají bolesti na hrudi a třeba do toho mají i průjemy a zvrací. Někdy sám pořádně nevím, kam je odvézt, na jaké oddělení, pokud nemá předem např. psychiatrickou diagnózu.*“

ZZJČK2: „*Ta psychika mě baví. Baví mě poslouchat jejich příběh např. co se jim stalo, proč mají takovéto potíže, jak dlouho to trvá. Co bylo příčinou toho vzniku, zda to bylo geneticky nebo na základě nějaké stresové životní události, a tak. Vůbec mi nevadí. Baví mě povídat si s těmi lidmi, zjišťovat, jestli mají i třeba halucinace, bludy, deprese, jestli se třeba sebepoškozovali, kdy to začalo, v kolika letech, co to mohlo vyvolat...Na tohle všechno já se třeba ptám. Dřív jsme jezdili i do Dobřan, takže kolikrát jsme si s nimi i povídali. Ale někdy „jedním uchem tam a druhým ven“, někteří jsou „blázni“ a s těmi se zase bavit nedá, to je jasný. Ale jinak mě opravdu baví je poslouchat a zjišťovat možnou příčinu, co jim vyvolalo ten stav. Často dělám, když nás přijede více, třeba i RV, tak často chci zůstat s pacientem sama, kor když je to mladá holka, tak s ní zůstávám sama. Mám zkušenost, když jsme jeli 3 kluci a já. A když jsme přijeli my, tak to bylo ještě dobrý a jak přijel doktor, začalo to na novo. Takže normálně řeknu: Jděte ven. Jděte pryč. Nejezděte s námi, všechno Vám pošlu. Je to ale o těch zkušenostech, jaký člověk má za tu praxi.*“

Doplňující otázka pro ZZJČK2: „*Když s nimi takhle mluvíte, vidíte na nich změnu? Jsou třeba klidnější?*“

ZZJČK2: „*Jak kdo. Když máme dopravní nehodu, ty lidi jsou hodně rozrušení. Vy si s nimi povídáte, řeknete jim, jak teď bude všechno probíhat. Do toho tam přijde policajt – chce dýchnout, do toho přijde ještě druhý policajt a ten chce doklady. Takže teď jsem třeba byla u dopravní nehody a vyhodila jsem je z auta, že až si vyšetřím pacienta, tak je tam pustím. Nebát se i této složce říct: V tuto chvíli ne, to počká.*“

ZZJČK3: „*Špatně. Oni nespolupracují. Nemluví, nespolupracují, hyperventilují, neposlouchají to, co mají dělat. Ta komunikace tam s nimi fakt jako vážne, spíš žádná.*“

Doplňující otázka č.1 pro ZZJČK3: „*A jak se je potom snažíte uklidnit, aby s Vámi spolupracovali? Zvláště, když je potřeba je vyšetřit?*“

ZZJČK3: „*Oni se nechají. Nejsou takoví, že by byli agresivní v tom pravém slova smyslu. Oni se vyšetřit nechají, ale nespolupracují.*“

Doplňující otázka č.2 pro ZZJČK3: „*Takže v jakou volíte komunikaci s nimi, abyste je přiměli, aby Vám něco řekli?*“

ZZJČK3: „*Snažíme se s nimi nějak domluvit, ale ta komunikace je vážně těžká. Pro nás je asi podstatné, aby zpomalili to dýchání. Jakmile je zpomaleno to jejich dýchání, tak je jejich stav více méně vyřešen. Protože když se dostanou do té hyperventilační tetanie, tak to už jako...*“

ZZJČK4: „*Nemám je ráda, nevím, jak s nimi mluvit, protože mě otravují. Ne, já prostě nevím, já jsem na tohle prostě blbý člověk na rozhovor, já je opravdu nemám ráda a ani s nimi nemám soucit, protože je to kolikrát prostě kravina. Já to mám tak obecně s psychiatrickými pacienty. Kor s demonstrativními sebevraždami, vůbec.*“

ZZJČK5: „*Mě blbě, já s nimi neumím komunikovat.*“

ZZJČK6: „*No, stejně jako všichni záchanáři, ti psychiatrický pacienti nejsou jako to nejlepší k čemu chceš jezdit. Ale ono je to spojený i s tím, že spousta z nich má nějaký abusus drog, alkoholu a tak dále.*“

ZZKVK1: „*Oni jsou většinou vstřícní. Když to není nikdo jakoby na koho se jezdí opakovaně, tak jsou vstřícní. Ty noví úplně. Pak jsou lidi, kteří to občas mívají, takže znaj. Ty už si sami dýchaj do pytlíku, když přijedem. Takže se jenom podívám, jestli to dělají dobře. Většinou teda jo. A ty noví, ty se nechaj. To je vychytaný... To jsou většinou chlapi,*

ty moc nespolupracujou, a ty jsou potom hysterický a na ty nezabere vůbec nic. Ty jsou pak husný: „Jak tam mám jako dýchat! Jak mám vydržet v nádechu!“ A jsou fakt zlí, jsou hnusní. Vždycky jsou většinou dobrý ty holky.“

ZZKVK2: „Výborně, haha. Ne, dobře. Mě nevadí.“

ZZKVK3: „Asi to беру tak, jak to je. Tak oni se cítí v ohrožení života, protože často říkají, že si myslí, že umřou. To je vlastně ta nejčastější věc, kterou nám říkají.“

ZZKVK4: „Asi je typ na typu. Jsou lidi který s tebou fakt spolupracujou a chtějí třeba tu pomoc. Nejhorší je, když je v tom alkohol a třeba ještě ty drogy a do toho právě nějaká..., třeba ten alkohol u žen vždycky hroznej. Ty ženský jsou pak tak jako přehysterický, mají z toho jakoby tu úzkostnou, panickou ataku, a s těma se spolupracuje prostě hrozně špatně. Ty u toho křičí, brečí, nic ti vlastně neřeknou a ty se jim snažíš pomoci a moc to jako nejde. Ale záleží typ na typu. Jsou panický ataky, kdy ty lidi jsou úplně v klidu, dá se s nima mluvit, dá se jim to nějak vysvětlit, dá se je uklidnit. Ale pak jsou lidi, který si nedají moc říct no, nespolupracujou.“

ZZKVK5: „No tak je to náročný no. Záleží taky kus od kudu, pacient od pacienta, žejo. Tak už jenom to, jak komu sedne ten tón hlasu. Když tam třeba čekají ženskou, on přijede chlap. Už jakoby tadyto může být nějaký problém. Takže je to náročný, no. Většinou to teda dopadne dobře. Jsou i případy, kdy to prostě nejde pomoci těm lidem, nějakou rozmluvou nebo rozpravou, nějakým uklidněním.“

Otázka.: „Liší se v něčem Vaše komunikace s takovým pacientem od komunikace s jinými pacienty?“

ZZJČK1: „Tak člověk na ně musí pomaleji, mírně, důrazně....Jo, oslovit je, jménem a vysvětlovat, co dělám, proč to dělám...někdy to zopakovat a oni se někteří uklidní a na některý to zabere, no...“

ZZJČK2: „Bavím se s nimi stejně, jako s jinými pacienty, nedělám rozdíly. Naopak se třeba snažím, aby se odpoutali od problému, který mají, nebo je tíží. Někdo to přijme, nebo vůbec nemluví.“

ZZJČK3: „Spíš ne. Ale tak ta komunikace se liší případ od případu. Když prostě víte, že je úzkostná, tak ji nějak utěšit, oni většinou pláčou.“

ZZJČK4: „Asi ne, já nevím, co jim mám říct jako. Já pro to nemám pochopení, že je někdo takhle schopnej“

ZZJČK5: „Mně se komunikuje lépe s běžnými pacienty, co mají pouze ty zdravotní problémy. Pro mě osobně. Já s nimi prostě neumím komunikovat normálně. Já to v sobě prostě nemám, být úplně empatický k těmto lidem. Sám nevím, co jim mám říct. A neumím jim v tomhle pomoci.“

ZZJČK6: „Jak kterej, tohle to je vždycky...záleží to člověk od člověka. Některý ty úzkostný jsou v pohodě, dá se od nich krásně odebrat ta anamnéza. Některý ne, některý prostě zapomínají z toho stresu, prostě to mají takový chaotický a je to prostě s nima těžší no. Ale zase, to je prostě člověk od člověka, někdo jo, někdo ne.“

ZZKVK1: „Já se je snažím zklidnit. S tím, že většinou to řeším až když je ten člověk už potom sám. Protože občas se nám stane, že ten člověk je hyperventilující v bytě a pak v autě je ten člověk normální. Prostě že to je jen nějaká herecká scéna před rodinou. Co teda, tak zvýším hlas, to se jim na rovinu omlouvám, že prostě když na ně budu mluvit pomalu, potichu, tak mě prostě nebudou poslouchat, vnímat. Takže nádech, výdech, něco nebo jedno nosem, jedno pusou, v klidu, a ještě zadržovat dech. Většinou pomáhá tohle to, anebo igelitovej sáček. Ted' je nějaká novinka, já to teda moc jako neznám a moc se mi to neosvědčilo, tak je dýchání do injekční stříkačky. Když vyndáš ten střed vlastně, tak ono vlastně jak vlastně decháš do toho, tak jak jim to jde jenom tím otvůrkem malinkým, ta vlastně oni jsou nuceni si zpátky nadechnout ten vzduch jakoby. Plno lidí to dýchání do pytlíku ani neumí, protože mají ty tendence do toho fouknout a upustit. Takže je to většinou naučíme. A málo, málokdy...já spíš po tabletách potom sahám, když mají lidi odvoz domů, protože já tyhle lidi do nemocnice nevozím. To není vyloženě hyperventilační tetanie, kdy ty lidi jsou vlastně úplně zkroucený jo, a kdy prostě absolutně nezabírají vůbec na nic, tak je nechávám na místě s tím, s tím že jim potom dávám třeba diazepam na večer. A oni se pak zklidňují jakoby doma, večer. Nebo když mají odvoz. Nebo je vezeme na psychiatrii, když se chtějí zabít. A to, jakmile uslyšíš, že se jedná o sebevraždu, tak tam. A je dobrý, že to berou. Od 18 a do 18 normálně na dětský, a ty si k tomu zařizují vlastně...“

Doplňující otázka pro ZZKVK1: „Takže u takových pacientů se Vám osvědčuje asertivní přístup?“

ZZKVK1: „Určitě, ano. Jasně, stručně, a prostě tak jako...Když na ně budu milá, hodná, tak mě nebudou poslouchat, nebudou dýchat...Takže já se jim vždycky omluvím, že teď na ně budu hnusná, ale to je jediný, co zabere teda jako.“

ZZKVK2: „Asi se jim snažíš ty výkony a úkony, co děláš víc vysvětlit. Seš víc možná empatickejší, možná. Tak asi je pomalejší, vícekrát možná se to snažíš vysvětlit. Tu samou věc vícekrát, aby to pochopili. No a být empatickejší jako“

ZZKVK3: „Mmmmm,no, asi se člověk snaží volit jiný přístup. Asi se člověk snaží volit direktivnější přístup. Bereš trošku to rozhodování za ně. Vlastně jim to dáváš tak jako direktivnější, aby dejchali líp, jinak, výhodnějš, pro ně, v tu chvíli. A klasicejší pacient, ať už se jedná o nějakou „banalitu“, kde jsme schopný se teda ještě nějak domlouvat, nějaké zhoršení stavu a takový ty klasiky, pro které jezdíme, tam asi člověk nemá potřebu být direktivní.“

Doplňující otázka pro ZZKVK3: „Takže zaujímáte spíše direktivní přístup k pacientům, jejichž problémy jsou psychického původu?“

ZZKVK3: „Tak někdy je to s výhodou. Samozřejmě někdy ne, někdy člověk musí být klidnější než klidnej a působit na ně jako...“

ZZKVK4: „To asi určitě. Člověk na ně nesmí být moc, nechci říkat „hrr“ nebo nějak jako vostrej, ale musí se určitě nějak naladit na jejich vlnu. Asi se ne vždycky snažím zjistit na to, přijít na to, proč ty paniky mají, ale většinou se s nima snažím bavit, nějak je uklidnit. A řešíme, jestli mají nějakou psychiatrickou nebo psychologickou pomoc nastavenou, no. Ale určitě tam ten rozdíl být musí.“

ZZKVK5: „Tyjo, já ani nevím, ale asi jo, protože, tak většinou u tý dopravní nehody by ten úzkostný stav hrozně rychle nastane, ale taky hrozně rychle odezní. Kdežto u těch psychiatrických, tam to trvá nějakou dobu a nějakou dobu se to dostává do té špičky a pak to zase ještě delší dobu jakoby upadá do nějakýho jakoby normálu, nebo stavy, kdy se dá s nima pracovat.“

Poslední otázka nastiňovala situaci, kdy se zdravotnický záchranář ocitne v situaci, kdy mu pacient začne líčit své obavy, problémy, věci, co ho trápí atp. Cílem bylo zjistit, jak se k takové situaci postaví.

ZZJČK2: „Já si to vypočlechnu, mě to opravdu problém nedělá. Když se opakují pořád dokola, tak zkusím odvést pozornost jinam, ale ono většinou na to moc prostoru není. Ale když o tom povídají, tak poslouchám a snažím se třeba vést řeč. Například když mi řeknou, že se manžel napije a pak je agresivní, tak řeknu např. Když víte, že jde manžel do hospody, tak zkuste vymyslet nějaký jiný plán a nebuďte doma. Je to sice blbý, že jakoby „odejdete“, ale eliminujete to, že pak dostanete třeba takový záchvat.“

ZZJČK3: „To se mi moc nestává. Jo, stalo se mi tuhle, že se mi slečna začala v půl šesté ráno svěřovat se svými obtížemi, nevím, jestli to byla úplně vhodně zvolená denní doba a jestli jsem byla vhodně zvolená osoba. Já si to nemyslím teda. Ale setkávám se s leccím a s leckým. Mám na ně tak 10 minut. Ten transport dyl většinou netrvá, „zaplat' pán bůh“, tak se nějak snažím no. Zase jako nejsem v tuhle chvíli ten správný člověk, který by jim pomohl od těchto problémů.“

Doplňující otázka pro ZZJČK3: „Je na nich následně vidět úleva, poté co se vypovídají?“

ZZJČK3: „Asi jo. Ten člověk je rád, že si s někým popovídá.“

ZZJČK4: „Nechávám je, ať mluví“ ZZJČK5 by se zachoval stejně.

ZZJČK6: „Člověk od člověka. I jako záchranář od záchranáře. A myslím si, že spousta těch lidí, kteří by tohleto mělo svým způsobem dělat v praxi...Je to otázka toho, do jaké míry seš schopnej a do jaké míry můžeš, jako v rámci záchranky. Do jaké míry ten systém můžeš překročit a do jaké míry ne. Jo, jako spousta lidí ti řekne: „Heleďte se, jo, dobrý, zůstanu doma“, ale pak přijde ten policista a řekne „Tohleto jste psal?“ „Jo, tohleto jsem napsal, no...“ „Je to blbý, ale pojedete na psychiatrické vyšetření“ dejme tomu.“

Doplňující otázka pro ZZJČK6: „A jak se zachováte, když Vám začnou sdělovat osobní věci a problémy?“

ZZJČK6: „Myslíš jako z mé pozice? No, jako nějakým způsobem je asi chápeš, nějakým způsobem s nimi soucítíš. Snažíš se vyhledat nějaký řešení, který by je nemuselo limitovat a dejme tomu končit úplně v nemocnici. Ale většinou to prostě nejde. Takže jako s těma problémama jo, jako pochopíš je, napíšeš si to do anamnézy, ale pokud k tomu chceš přistupovat profesionálně, nesmí tě to pohltnout. To tak prostě je. A i v té situaci, kdy ti člověk tvrdí „ne, já chci být doma. Mám tady tohleto a tamto, neodvážejte mě“ a trpí něčím takovýmhle tak jo, dá se to vyřešit, pokud je tam někdo další, nebo jinej. Většinou

to jsou takový ty případy, kdy tě spíš volají ti policajti, kdy je tam ten člověk sám a je schopnost to řešit, dejme tomu, přes jiné orgány. Ale zase je otázka míry toho, jak moc těm lidem můžeš vyjít vstříc a jak moc by to ohrozilo jejich zdraví. A u nich nikdy nevíš, řekněme si to na rovinu...Co těm lidem je, co si před tím ještě vzali, jestli ti správně tvrdí to, co tvrdí, nebo ne. Je to různý no a kolikrát 80 %, možná ještě víc bych si tipnul tvrdit, je to spojený s nějakým alkoholem, nebo lékama. “

ZZKVK1: „Poslouchám. Oni si stejně nenechají poradit, protože oni si jedou to svoje. Takže i když jim cokoliv řekneš, tak oni ti hned automaticky řeknou, že takhle to nefunguje, takhle to není. Takže nemá cenu se s nima vůbec hádat. A mají rádi, když si je poslechněš. A ty už vidíš, jak ta saturace jde hezky dolů, když je posloucháš. Oni si prostě potřebují povídat. Takže tím, jak se vypovídají, tak se zklidní. Měli jsme tady na jednu paní, a ta byla teda stará teda a ta měla tyhle panický ataky vždycky a ta to měla z toho, že byla sama. Takže já jsem si tam vždycky proti ní ustlala, řekla jsem „Sednu si tady do toho svého křesílka a jdem na to“. Ji stačilo, když sis tam k ní takhle sedla, ona ti řekla, co všechno se stalo, jako „že za ní zase ty děti nejezdí, že chtějí todleňto... “ a ta paní ani do nemocnice nechtěla. Ta chtěla vždycky jezdit do nemocnice, jenom kvůli tomu, že si neměla doma s kým povídat. Oni jsou rádi, když si je poslechněš, odkejveš. A když jsou hodně rozjetí, tak na psychiatrii. Oni je tady stejně nechtěj. Ale to už jsou teda ty léčený. Ale tam k tomu teda něco musí být, jako... “

ZZKVK2: „Nechám je vymluvit. Protože pokud jedeme třeba na tu psychiatrii, tak celý to naše trvá tak 20 minut, takže je nechávám mluvit. Oni se vypovídají, dojedeme, na shledanou...Tak asi tak. Nebráním jim, určitě. “

ZZKVK3: „Ano, no, svěřují se. Ono asi vždycky záleží na konkrétní situaci. Ale on většinou není prostor pro to, rozvíjet nějaký větší debaty a řešit jejich životní potíže, takže spíš řešíme to, co je aktuální, jako např. konflikt v rodině jenom v rámci toho, ale většinou je to celá sada nějakých neshod, nebo životních lapálií, které je k tomu dovedou a nejsou schopni je svým způsobem uchopit asi... No většinou jim dáváme jako doporučení, já nevím, jako existuje třeba ta aplikace Nepanikař třeba, nebo... ta VOZP teď nabízí vlastně psychoterapii, že proplácí po tom kovidu, že mají, já nevím, 10 sezení a nějak na ně přispívá, nebo je hradí celý teďka. Tak nějak svým způsobem se je snažíme edukovat, jaký jsou vlastně jejich možnosti, co si můžou domlouvat s praktikem a tohle...abychom jim předali nějakou kompetenci za to jejich rozhodování. “

ZZKVK4: „Když jakoby, všechno chrlí najednou? Asi jakoby je zastavím a řeknu jim, ať si sesumírují tu myšlenku a pak jim dávám cílené dotazy. Když mám na ně otázku a mají mi na ní odpovědět „ano“, „ne“ nebo něco podobného, tak těm lidem se to...trošku je to restartuje, než když se jich zeptáš „Co vás trápí?“ protože prostě začne balík problémů. Ale když jim dáváš konkrétní dotazy, tak se líp chytaj mi přijde, neodbíhají.“

Doplňující otázka pro ZZKVK4: „A jak se zachováte, když Vám začnou sdělovat osobní věci a problémy?“

ZZKVK4: „Asi ze začátku se fakt snažím s nimi konverzovat, abych zjistila to „gró“ toho problému, a pak z toho také řeším, jestli je odvezu na psychiatrii, do nemocnice, nebo je nechám na místě, takže ze začátku se vlastně snažím zjistit ty informace, které já potřebuju pro komplexní zhodnocení toho stavu. Jestli to je fakt čistě psychický, nebo to můžou být prostě třeba ty bolesti na hrudi, nebo něco podobného s tím víc spojený. Pak asi když už mám všechny informace a ty lidi na mě furt chrlí ty informace, tak je už spíš nechávám se vypovídat. JE to i z toho důvodu, že si člověk, to bude znít hrozně, ale...píše papíry, a nemáš úplně čas, nechci říkat poslouchat, ale těch pacientů je prostě hrozný kvantum a kdybych měla každému naslouchat a dávat mu zpětný vazby a promlouvat mu, tak by to bylo prostě takový složitý. Takže ze začátku určitě, nějaký čas jim věnuji, ale pak se zase věnuju papírům a spíš je nechávám se vypovídat.“

ZZKVK5: „Ne, tak většinou jim řeknu, ať mi to řeknou ještě jednou pomalu. Ať si sednou a řeknou mi jako postupně co se stalo, ať se s tím jako tak nějak dá...Abych to tak nějak dokázal vstřebat, ať mi to řekou ještě pomalejš, pomalejš, no a jak to říkají pomalejš, tak se vlastně taky uklidní tím, no a pak už to zase jako...se snažím odvézt někam jinam, aby na to nemysleli a nějak jinak, aby se to odvíjelo, ten...“

ZZJČK1 a ZZJČK2 neodpověděli na otázku, protože byla mezi otázky zařazena až po tom, co rozhovory s těmito záchranáři proběhly, a byla vytvořena na základě rozhovoru s nimi pro bližší zkoumání komunikačních dovedností s těmito pacienty u ostatních zdravotnických záchranářů.

Graf č.7: Vnímání pacientů se zhoršeným psychickým stavem



Zdroj: vlastní

Graf č.8: Přístup k pacientovi



Zdroj: vlastní

5 Diskuze

Vzhledem k četnosti výjezdů k pacientům s obtížemi vyvolanými psychickými obtížemi, mezi které lze řadit i úzkosti a panickou ataku, jejichž počty se stále navyšují, bylo cílem této práce zaměřit se právě na práci záchranářů s těmito pacienty a na jejich vztah k nim, přístup a postupy, které se v takovýchto případech volí.

Jelikož statistické údaje o výjezdech ZZKVK a ZZSJČK nejsou veřejně dostupné, jsou zde pro představu použity statistické údaje Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje. Záchránná služba Moravskoslezského kraje uvádí, že počet výjezdů k pacientům s psychickými obtížemi vzrostl v roce 2022 o více než 500 případů za poslední 2 roky. Jejich celkový počet tedy tvořil 5805 případů, což vychází jako 4,8 % všech výjezdů za rok 2022. Někteří z nich byli pacienti trpící depresemi, jiní byli zahrnuti v kategorii akutní psychotické stavy, dále byly zaznamenány případy se závislostmi atp. Ze zmíněných 5805 pacientů tvořili 1663 případů pacienti u nichž došlo k sebepoškozování a u některých i k pokusu o sebevraždu. Dále uvádí, že přes 170 pacientů bylo ve vážném stavu a 23 z nich bylo resuscitováno a 90 lidí, ke kterým byly vyslány posádky ZZS MSK ukončilo svůj život suicidiem. (ZZSMSK, 2023) Moravskoslezský kraj byl v roce 2022 v rámci celé České republiky na 3. místě v počtu výjezdů za rok 2022. Celkový počet všech výjezdů ZZS v České republice činil 1 085 709 výjezdů. Lze argumentovat tím, že přichází výzvy, které mohou být indikovány jako

psychiatrické stavy a ve skutečnosti RZP přijede k případu zcela odlišného charakteru, takže toto číslo by se dalo nazvat hrubě orientačním. Na druhou stranu existuje mnoho výjezdů, kdy výzva je odlišného charakteru než původ pacientových potíží.

Zdravotníci záchranáři nemají přesně stanovené postupy pro práci s duševními poruchami pro přednemocniční péči. V praxi záchranáře jsou tyto výjezdy zahrnuty pod pojmy psychiatrické nebo psychotické stavy, někdy ale i jako bolesti na hrudi, křečové stavy, hyperventilace, neurologické, CMP apod. Vzhledem k jejich k somatickým projevům je pro zdravotnické záchranáře v přednemocniční péči obtížné určit psychosomatický původ těchto obtíží bez dostupných prostředků a případných odborných specializovaných konziliárních vyšetření, které zdravotnická zařízení, jako jsou např. nemocnice, nabízí. Tyto případy i přes jejich četnost jsou pro zdravotnické záchranáře nestandardní, kvůli jejich partikulárnosti. Zdravotníci záchranáři jsou vzděláváni a školeni pro urgentní stavy tělesného charakteru, pro které jsou jasně dané postupy. Pro některé jsou dokonce vytvořené algoritmy a jednotlivá onemocnění, poranění i akutní stavy mají své určité specifické klinické příznaky. Víme, co od nich očekávat a jak řešit jejich komplikace, pokud nějaké nastanou. Zatímco lidská psychika je velmi komplexní, proměnlivá, různorodá a zahrnuje různé duševní procesy, které se utváří v průběhu celého života a nejsou mnohdy zcela jasné a jednoznačné. Takoví pacienti nejsou pro zdravotnické záchranáře prioritou, jelikož se nejedná o život ohrožující stavy, k jejichž řešení jsou „vycvičení“, a také zřejmě protože, což lze odvodit i z rozhovorů se záchranáři, lze příčinu jejich problémů v přednemocniční péči obtížně řešit či diagnostikovat. Co je ale pro jejich „akutní“ stav zásadní, je zklidnění pacienta a docílení tak zmírnění jeho obtíží. Ty ale pro zdravotnické pracovníky nejsou hmatatelné, nedokáží lokalizovat bolest, kterou pacienti mohou cítit, či niterný pocit, který je ovládává a svírá. Jejich obtíže nejsou lokalizovatelné, hmatatelné, či mnohdy měřitelné, mimo vedlejších příznaků jako tachykardie, či tachypnoe a hyperventilace (hypersaturace), křeče atp. Četnost výjezdů potvrdilo rovněž výzkumné šetření, kdy převážná většina vyjma jednoho zdravotnického záchranáře, uvedla, že takové výjezdy jsou zcela běžné, dokonce časté. Všichni informanti se shodli na tom, že jezdí k pacientům, kteří trpí čistě úzkostí jako takovou. Tři z nich, konkrétně ZZJČK2, ZZKVK5, ZZKVK1, se setkali s úzkostným stavem jako dozvukem traumatické události po dopravní nehodě. ZZJČK3 se s úzkostným stavem v souvislosti s jinými specifickými situacemi nesetkává. ZZJČK2 se s úzkostnými pacienty dále setkává v souvislosti s hypertenzí, akutním infarktem

myokardu, což uvedl i ZZJČK6, který výčet specifických situací doplnil o stavy dechové tísně, kdy je úzkost zpravidla doprovodným příznakem. ZZKVK5 dále zmiňuje úzkost v souvislosti s akutní stresovou reakcí.

Jedním z cílů bylo prozkoumat znalosti záchranářů o panické atace a úzkostných stavech. Nejdříve byla ve výzkumných otázkách zařazena otázka, jak by definovali úzkost, ale jelikož činila záchranářům potíže a nedokázali na ni odpovědět, byla modifikována na otázku, jak by charakterizovali úzkost. To už informantům nečinilo problém, někteří úzkost charakterizovali spíše klinickými projevy a jiní se zaměřili na jejich možnou příčinu. Většina záchranářů jejich původ přisuzuje tomu, že lidé mají problémy, často nevyřešené, se kterými se nedokážou vypořádat, což vede k úzkostným sklonům, dalšími důvody byly rozchody, stres a nezvládání zátěžových situací. ZZJČK1, ZZJČK6, ZZJČK1. ZZKVK1, ZZKVK3 zmiňují, že původem jejich potíží je psychické onemocnění, např. úzkostná porucha. Jak udává ZZKVK5, za úzkostným stavem mnohdy stojí strach „*strach z toho, co se bude dít, co s nima budeme dělat, kam je povezeme, proč tam vůbec třeba jsme, když jsou nějaký zmatení, tak co se vlastně s nima děje...*“. Dále dle ZZKVK3 nedostatek psychohygieny, spánková deprivace a přepracovanost, které jsou skutečně rizikovými faktory pro vznik úzkostných stavů. ZZJČK6 nepřímou zmiňuje agorafobii – sociální úzkost, která lidi postihuje na veřejných místech. Rovněž je údajně jednodušší pro záchranáře, pokud jsou pacienti již diagnostikovaní, a mohou je rovnou směřovat na psychiatrické oddělení. Mimo záznam pár z nich vyjádřilo názor, že je to jednodušší z toho důvodu, že jsou pacienti rovnou umístěni, a může se přímo řešit jejich problém, kdežto v opačném případě, kdy toto psychické onemocnění diagnostikované nemají a udávají jim potíže, psychosomatizují, tak se jim obtížně rozhoduje, kam je směřovat. Nejčastěji je tedy předají na urgentním příjmu a v případě bolestí na hrudi je směřují na kardiologické oddělení k vyloučení kardiální příčiny. Této problematice se věnují ve svých odpovědích i ZZJČK2, ZZJČK4.

Této problematice se dotkla i kategorie: Intervence, v rámci které byla záchranářům nastíněna situace psychosomatických obtíží u pacienta. Správný postup byl následovný: oslovit pacienta a zeptat se ho na jeho potíže, dále ho vyšetřit a změřit fyziologické funkce. To mnozí z informantů brali za hotové, tudíž to ve svých odpovědích nezmiňovali. Poté, co by naměřili fyziologické hodnoty v normě, popř. by pozorovali tachykardii či možnou hypertenzi, by se měli zaměřit na odběr anamnézy a vhodný způsob komunikace s pacientem. Tím by měli docílit v prvopočátku mírného zklidnění

pacienta a zjištění, jakého charakteru jsou pacientovy obtíže. Během toho pozorovat známky možné panické ataky či úzkostnosti pacienta. Jako poslední by se měli rozhodnout, zda pacienta směřovat do zdravotnického zařízení, či ho ponechat na místě. Odběr anamnézy je standardní jako u jiných pacientů, tak jak jsou záchranáři zvyklí. Tzn. charakter jejich obtíží, jak dlouho trvají, co jim předcházelo atp. Na co by měli klást důraz, je přístup k pacientovi a styl komunikace. Během toho, pokud je pacient tachypnoický, snížit jeho dechovou frekvenci, čehož mohou docílit pomalým a klidným rozhovorem a kladením krátkých a jasných otázek, na které pacient musí odpovídat, čímž by odpoutali jeho pozornost od „problému“, jak zmiňuje ZZKVK3, ZZKVK4, ZZKVK5, ZZJČK5. Možné je také využití dechového cvičení za účelem zklidnění zvýšené dechové aktivity, což by použila např. ZZKVK1. Dva zdravotničtí záchranáři – ZZJČK6 a ZZKVK3 by využili placebo efektu za použitím fyziologického roztoku či magnezia, což se jim osvědčilo jako efektivní. ZZJČK2 využívá účinků placebo u pacientů užitím tabletky Diazepamu 5 mg p.o. Většina záchranářů by pacientovi správně sdělila, že jejich fyziologické hodnoty jsou v normě, že po jejich odborné stránce vypadají v pořádku. Dále se ve svých odpovědích rozcházel v oblasti následného směřování pacienta do nemocnice, či ponechání na místě. ZZJČK2, ZZJČK3 a ZZJČK5 by pacientovi sdělili, že jeho potíže mohou být psychosomatického původu a že by bylo třeba odborné psychologické či psychiatrické vyšetření. Literární zdroje uvádějí, že lidé údajně informaci tohoto charakteru nepřijímají kladně a že psychický původ svých obtíží odmítají. ZZJČK na adresu tohoto tvrzení uvádí, že se s takovou reakcí u pacienta během své praxe nesetkal, naopak, že jsou na to pacienti zvyklí. Podobně se vyjádřila i ZZJČK3. ZZJČK2 uvedla, že taková reakce je běžná, ale že reakce každého pacienta je individuální: *„Někdo se přestane se mnou bavit úplně. Někdo začne hyperventilovat. Někdo začne říkat, že ho strašně bolí na tom hrudníku“*. Překvapivým výsledkem této části bylo ponechání pacienta na místě u nadpoloviční většiny dotazovaných zdravotnických záchranářů v případě, že by došlo ke zklidnění a nebyly by přítomné bolesti na hrudi, či pokud by pacient netrval na odvezení do nemocnice či nedošlo k prudkému vzestupu jeho psychosomatických obtíží. ZZJČK3 by jako jediná pacientovi doporučila vyhledání odborné psychologické pomoci.

Co se týče vzniku panické ataky, záchranáři čerpají ze svých zkušeností a toho, co jim paničtí pacienti sdělí. ZZKVK5 vhodně zmiňuje nárazový charakter panické ataky a její rozdíl oproti úzkosti, kterou nazval paroxysmální a dlouhodobější. ZZJČK3 a ZZJČK6

upozorňují rovněž na jejich vzájemnou propojenost. ZZJČK5 zmiňuje počáteční neznámý impulz a začarovaný kruh strachu, stresu a utvrzování se v tom, že trpí nějakým vážným zdravotním problémem. To jsou skutečně jedny z hlavních příčin vzniku panické ataky u pacientů. ZZJČK6 původ panické ataky rovněž vysvětlil na podobném principu. Dodává k tomu potřebu ujištění, pocit zmatenosti, určitý podnět např. bolest vyvolávající strach a nejistotu v pacientovi. ZZKVK1 to poměrně dobře shrnula výrokem: „*mají pocit „rychle, rychle, honem se mnou něco udělejte! Potřebuju prostě zachránit.“ A pak tam velikou roli hraje taky ta rodina, která si myslí, že ten člověk v tu chvíli umírá.*“. Na to navazuje i ZZKVK3 který uvedl, že se pacient cítí skutečně v ohrožení života, což potvrzují i výroky pacientů, kteří záchranářům sdělují své obavy, že umřou. ZZKVK4 sdělil, že je to velmi časté. ZZJČK4 zmiňuje že pro pacienty může být dokonce původ jejich obtíží neznámý a jejich příchod náhlý a neočekávaný. Na podkladě informací od pacientů se rovněž potvrzuje teorie, že stres, únava, náročné životní situace jako jsou rozchody, rozvody atp., jsou rizikovými faktory pro rozvoj panické ataky. Pár záchranářů se okrajově zmínilo o strachu lidí o jejich zdraví po době Covidu. Někteří údajně volají ZZS kvůli obavám, že jsou možná nakaženi. ZZKVK3 uvedl, že po tomto těžkém období má subjektivní pocit, že lidé jsou choulostivější ke svému zdraví a více se o něj bojí.

Několik zdravotnických záchranářů zmiňuje, že s úzkostnými stavy i panickými atakami se v poslední době setkávají častěji u mladých lidí. ZZKVK4: *Já mám teď mám nejčastěji fakt holky 15 let, kdy jedeme na střední školu, nebo na základku, kdy tam prostě brečí na záchodech, sesypaný, žejo. Učitelky neví, co s nima, že jako že leží, že brečí a že hyperventilují.*“ To potvrzuje rovněž ZZKVK1: „*většinou to jsou ženský, mladý, nebo mladý kluci. Velmi výjimečně nějaký starší člověk, ale to opravdu výjimečně.*“ Tuto teorii rovněž potvrzují některé příklady z praxe, o které se záchranáři podělili. Shodují se rovněž na tom, že u žen jsou tyto stavy častější než u mužů, což tvrdí ve své teorii i Doc. MUDr. Ján Praško, CSc. Muži v těchto chvílích zase více tendují k užívání alkoholu.

Jako nejčastější symptom panické ataky, z výzkumu vyplynula již zmíněná hyperventilace. S tím souvisí i subjektivní dušnost, brnění částí těla a v některých případech až hyperventilační tetanie, kterou pár zdravotnických záchranářů popsalo i jako až nepřírozené zkroucení končetin. Někteří dále zmiňovali opilost, výbušnost a nespolupráci ze strany pacienta. Co se v této oblasti ukázalo jako problém při provádění výzkumu, byla schopnost odlišit panický stav od úzkostného. Na obranu respondentů je však nutné podotknout, že symptomatologie obou stavů je velmi podobná.

V rámci kategorie Intervence se ukázala být komunikace metodou první volby za účelem zmírnění pacientových obtíží. To částečně naplňuje cíl této práce. Slovní uklidnění pacienta by na počátku řešení případu volila většina informantů. Důležitou poznámkou k věci bylo to, že ne každý pomoc od někoho cizího, v tomto případě zdravotnického záchranáře, přijme: „*Je to pacient od pacienta. Někdo, když na něj mluví někdo cizí, tak to přijme. U někoho to naopak vyvolá zhoršení jeho stavu, tak to je lepší potom přestat mluvit.*“ pronesla ZZJČK2. To vede i k již zmíněné neochotě spolupráce či možnému progresu v agresivní chování pacienta. Jako další a efektivní způsob, jak zmírnit zhoršený psychický stav pacienta, volili záchranáři dechové cvičení. Tomu byla věnována podkategorie č 2: Dechová cvičení. Jejich techniky byly různé. Nejčastější bylo dýchání spolu s pacientem na počítání, jak uvádí literární zdroje, či dýchání do pytlíku, což je považováno za jistotu. (Látalová et. al, 2016) S tím vyjádřila nesouhlas ZZJČK4, která vidí jako problém při použití igelitového sáčku to, že ve vozech RZP se vozí větší igelitové sáčky, které pacienti neumí držet a v podstatě do nich ani nedýchají. Dále uvádí, že někdy je jejich panická ataka natolik rozvinutá, že než aby jim dýchání do sáčku pomohlo a dopomohlo ke zklidnění, tak se jim „*přicucnou na pusu*“ a „*Spíš se u toho dusí*“. Něčemu takovému lze předejít dle ZZJČK3 tím, že je sama instruuje, jak do sáčku dýchat, nebo jim sama sáček u úst drží, přičemž pacient do něj dýchá. ZZJČK5, ZZJČK6, ZZKVK3, ZZJČK3 naopak považují dýchání do sáčku za efektivní metodu, kterou ve své praxi využívají. Zbylí záchranáři volí provádění dechového cvičení spolu s pacientem na počítání. S metodami, které v teoretické části práce nebyly zmíněny, přišli ZZKVK1 a ZZKVK3, kteří zmiňují metodu dýchání do konusu injekční stříkačky, dýchání do dlaní či do obličejové masky. Obzvláště technika s obličejovou maskou se ukázala jako efektivní a praktická při výjezdu i při transportu pacienta do zdravotnického zařízení, zvláště i díky možnosti komunikace s pacientem a možnosti sepsání anamnézy do pracovního tabletu, kdy není třeba pracovat a dýchat s pacientem, protože ten už na zmírnění dechové frekvence a snížení možné hypersaturace pracuje sám. Podkategorie č.1 se věnovala Farmakoterapii. K té by se většina uchýlila až ve velmi specifických situacích. První z nich by byl stav, kdy by míra paniky byla opravdu vysoká, tzn. neuklidnitelná hyperventilace s křečovou aktivitou, nebo která by komprimovala vitální funkce, nebo kdyby byl pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí. To se jednalo o Apaurin. Údajně se ale k jeho podání spíše neuchylují, pokud to není nezbytně nutné a většinou se v takové chvíli dovolává lékař. V posádkách RZP se rovněž vozí Diazepam 5 mg tbl. Někteří jej pacientům dají, aby si ji vzali později, před spaním nebo jako prevenci

s upozorněním a aby při tom doma nebyli sami. Někteří jej podávají k celkovému zklidnění, častěji u panických atak, a to např. na transport do nemocnice, někdy i v případě, jak uvedla ZZJČK2, u pacientů např. s akutním infarktem myokardu nebo hypertenzí.

V rámci podkategorie č.3: Technika odvádění pozornosti se záchranáři bylo probíráno, zda má odvedení pacientovi pozornosti vliv na jeho stav a zda něčeho takového využívají v praxi. Tomuto tématu nebylo věnováno v teoretické části příliš prostoru a otázka k němu byla přidělena mezi seznam otázek dodatečně, na podnět výroku jednoho zdravotnického záchranáře v praxi. Ukázalo se, že technika má kladný dopad na zmírnění průběhu pacientových obtíží, a to obzvláště v případě subjektivní dechové tísně a jako způsob zpomalení pacientovy zrychlené dechové frekvence. Odvedení pozornosti lze docílit komunikací a rozhovorem s pacientem a není podstatné, zda jde o odběr anamnézy či o běžný rozhovor např. za účelem hlubšího pochopení pacientovi situace a možné příčiny jeho obtíží. Polovina informantů tuto techniku neshledávalo jako nutnou či efektivní, protože jsou na výjezdu od toho, aby vyřešili aktuální problém, a i z časového důvodu. Zkušenost ZZJČK6 s bipolárním pacientem byla pro tuto podkategorii přínosnou: „*že jsem ho ukecal na psyndu bez nějaké další asistence*“. Z jeho výpovědi lze odvodit, že se jednalo o pacienta, u kterého se zvažovala asistence PČR a kde nakonec, díky vhodné komunikaci, došlo k umírnění a zklidnění pacienta natolik, že byl ochotný spolupracovat. ZZKVK1 se o to několikrát v praxi pokusila s výsledkem, že pacienti se buď chtějí vypovídat, nebo komunikovat nechtějí vůbec, což je pro ně, jako pro záchranáře, kteří potřebují o pacientovi získat informace, těžké. Nakonec vyhodnotila, že v podstatě to, že začnou o svých problémech nebo myšlenkách mluvit, přispěje ke zlepšení jejich stavu a částečné úlevě. Pro ně, jako pro záchranáře, to může být výhodné v tom, že získají informace, které jim pomohou v řešení jejich případu. ZZKVK3 se podělil o velmi dobrou myšlenku, a to, že už samotným odběrem anamnézy, kdy se pacient soustředí na odpovědi a na to, jaké jsou mu kladeny otázky, dojde k výraznému zlepšení a přesměrování jejich koncentrace do jiné oblasti zájmu. ZZKVK5, ačkoliv tuto techniku nevyužívá úmyslně, došel k názoru, že intuitivně tak člověk, i on sám, vlastně jedná.

Poslední kategorie se zabývala komunikací a vztahem k pacientům. Záchranáři, kteří se výzkumu zúčastnili se shodují na tom, že práce s takovými lidmi pro ně není jednoduchá. Dle ZZJČK6 na náročnosti přidává i často přítomná ebrieta, abusů drog. S tím souhlasí

rovněž ZZKVK4. ZZJČK2 má k takovým pacientům poměrně kladný vztah, jelikož jí baví lidská psychika a má zájem těmto lidem pomoci, zajímá se o jejich situaci a snaží se s nimi společně přijít na to, co jim jejich pocity vyvolává a jak by jim mohla pomoci. Naopak ZZJČK3 má k těmto pacientům spíše negativní vztah. Její postoj k nim, dle jejích vlastních slov, pramení z nedostatku empatie k nim. Určitá míra empatie je v podstatě nezbytná ke správné komunikaci a úspěšné spolupráci s úzkostnými pacienty, ale i k tomu, aby nedošlo k iatrogennímu poškození pacientova psychického zdraví. Jako další důvod, proč k těmto pacientům zaujímá spíše negativní postoj je ten, že s nimi neumí komunikovat, s čímž se ztotožňuje i ZZJČK5. Další aspekt přispívající ke složité spolupráci a komunikaci mezi záchranářem a pacientem je právě jejich úzkostný nebo panický stav. Dle výpovědí záchranářů jsou pacienti mnohdy plačící, hysteričtí, zlostní, muži někdy až výbušní a častěji nespolupracující. ZZJČK3 uvádí, že několikrát předešle zmíněná agrese není kolikrát o tom, že by byl člověk agresivní v tom pravém slova smyslu. Problém prý není, že by se pacienti nenechali vyšetřit, ale jejich spolupráce. Je evidentní, že právě psychické rozrušení a neklid je základem neúspěšné komunikace a práce s pacienty v přednemocniční péči, a proto je značně důležité slovní uklidnění, což vede ke správné komunikaci, která je posledním bodem výzkumu.

Komunikace s pacientem byla u každého záchranáře individuální. Někteří se komunikací během rozhovorů zabývat nechtěli a bylo vidět, že jim to téma úplně nebylo komfortní, ale někteří se naopak podělili o svou zkušenost a své myšlenky. Z výzkumu vyšlo najevo, že je dobré na pacienty mluvit klidně, oslovit je, někdy se opakovat či něco vysvětlit vícekrát a sdělovat jim, jaké jsou jejich další úkony. Nejlepší odpověď byla od ZZJČK6. Ve stručnosti sdělil, že je důležité působit velmi klidným a vyrovnaným dojmem a nikdy nedat najevo nejistotu, strach, protože tito pacienti jsou emočně velice vnímaví a takového náznaku dobře registrují. Nepodcenit vyšetření a provést ho se vším všudy, což v pacientovi vzbudí důvěru. Velice klidným hlasem mu sdělit, pokud se vyšetřením neodhalí nějaká patologie, že je po této stránce v pořádku a vysvětlit pacientovi možný psychosomatický původ jeho obtíží. Pacienty zajímá, co se jim podává, a je dobré jim sdělovat, co a proč se dělá. Brát na vědomí pacientovy obavy a nevylučovat je, pokud nejsme schopni je v aktuální chvíli vyloučit. A respektovat jeho přání, pokud si přeje být v nemocnici vyšetřen. Ve své odpovědi klade důraz na to, aby se zamezilo nepříjemnému vystupování či pasivní agrese ze strany zdravotnického záchranáře, kvůli pravděpodobnému významnému zkomplikování a zhoršení situace. ZZKVK3 se snaží

více rozvádět rozhovor s pacientem, byť pouhým odběrem anamnézy, jelikož zastává názor, že hlavní je zaměstnat mysl a odpoutat ji od bolesti a docílit tak lepší prognózy, a zároveň se dohodnout s pacienty na společném řešení situace. To dodá pacientovi pocitu, že se sám podílí na řešení problému a „předá“ mu vlastní kompetenci rozhodnout se, což v pacientovi vzbudí důvěru. Všichni se shodují na tom, že slova jsou lepší než prášky. Někteří, jako ZZJČK3, ZZKVK1, ZZKVK4, uvádějí, že poté, co lidé začnou mluvit o svých potížích, je na nich možné pozorovat jistou úlevu. Pokud se pacienti začnou svěřovat s osobními problémy, většina z informantů je nechává mluvit a ventilovat jejich pocity, do projevu jim nezasahují, maximálně kývnou hlavou na náznak toho, že je poslouchají. Dle slov záchranářů na to není v přednemocniční péči prostor a někteří zmiňují i to, že jakýkoliv zásah by neměl smysl. ZZKVK3 se snaží pacienty mimo jiné edukovat o možnosti využití aplikace Nepanikař, psychoterapie hrazené pojišťovnou a o jejich možnostech skrz praktického lékaře, pokud by se jejich stavy nadále opakovaly nebo je v budoucnu taková situace znovu postihla. ZZKVK1 se snaží pacienty naučit, jak správně provádět dechová cvičení, jak pracovat se sáčkem a v jaké situaci jej použít, kdyby je někdy, kdekoliv, úzkostná ataka zastihla. Asertivního či direktivního přístupu by při jednání s úzkostným či panickým pacientem využili 3 zdravotníci záchranáři z 11, zbytek volí spíše partnerský, někteří paternalistický přístup. Přístup k pacientovi a styl komunikace je subjektivní vzhledem k individualitě, různorodosti osobnostních rysů a projevů pacientů. Jeho správnost se tudíž obtížně hodnotí.

6 Závěr

Prvním cílem této práce bylo zjistit, jakými komunikačními dovednostmi disponují zdravotníci záchranáři v rámci komunikace s úzkostnými pacienty a s pacienty s panickou atakou. Jak se ukázalo, komunikační dovednosti, přístup a vnímání pacientů je stejně individuální, jako je osobnost záchranáře. Jejich přístup se odvíjí případ od případu a pacient od pacienta. Výsledky výzkumu potvrdily, že komunikace je zásadní pro práci s úzkostnými pacienty a pacienty s panickou atakou. Pro všechny z dotazovaných záchranářů je komunikace metodou první volby v rámci intervence u těchto případů. Správnou komunikací dokáží docílit snížení dechové i tepové frekvence, zmírnění psychosomatických projevů, jako je bolest, dechová tíseň, brnění částí těla a někdy i hyperventilační tetanie. Docílí tak buď slovním uklidněním pacienta, což vzhledem k jejich výpovědím ovládají, odpoutáním pozornosti či instrukcemi a správným prováděním dechových cvičení. Proto je nezbytný správný přístup k pacientovi.

Zdravotničtí záchranáři jsou nastaveni na řešení akutních zdravotních potíží. Cílem jejich práce je zmírnění akutních příznaků a primární zajištění pacientů. Z výzkumu vyplynulo, že ačkoli práce s pacienty pro ně není jednoduchá, někteří z nich jsou schopni a ochotni navzdory svým emocím a osobním předsudkům či vztahu k pacientům přistupovat tak, aby svého cíle: zmírnění akutních příznaků, dosáhli. Všichni by správně zvolili prvotní verbální uklidnění pacienta a snížení zvýšené dechové aktivity. Záchranáři si jsou vědomi toho, že je třeba působit klidně, být trpěliví, a, vyžaduje-li to situace, některé věci, či otázky opakovat. Literární zdroje uvádějí, že je třeba vůči pacientům zachovat partnerský postoj. Někteří z informantů tuto teorii vyvrátili s tím, že pokud takový postoj zaujmou, v mnohých případech nebude efektivní. Ukázalo se, že je třeba najít rovnováhu a být na pacienty lehce direktivní, ale zároveň působit klidně, důvěrně, vyrovnaně a dát jim najevo, že oba mají společný cíl, a to je, aby jim pomohli cítit se lépe, ulevit jim a vyřešit jejich problém. Mnozí z nich jsou si vědomi toho, že pokud nedojde ke zklidnění pacientových psychosomatických projevů, nemohou se v rámci své intervence posouvat dál, odebrat anamnézu atp. Psychická bolest, niterné pocity a reakce úzkostných pacientů jsou z výpovědí záchranářů podobné jako u pacientů, u kterých má např. zmíněná bolest fyzický a hmatatelný podklad. Chování pacientů s úzkostnými stavy a panickými atakami tomu, dle jejich popisu, odpovídá. To rovněž potvrzuje teorii, která tvrdí, že pacienti mají reálný subjektivní strach o své zdraví, o svůj život a adekvátně tak na to tělesně reagují. Pro mnohé je obtížné si tuto skutečnost uvědomit a pochopit. Jeden z předpokládaných výstupů této práce byl, že přístup k pacientům se bude odlišovat v souvislosti s věkem zdravotnických záchranářů. Výsledky výzkumu značí, že většinou v tomto případě věk nehraje roli. Roli hraje především empatie a ochota s těmito lidmi pracovat. Dalším překvapivým výstupem je využívání farmakologických prostředků. V těchto případech se k jejich užití záchranáři příliš často neuchylují. Překvapivé bylo, že někteří z nich poskytnou pacientům rady či prostředky, např. tabletu Diazepamu, či nácvik dechového cvičení se sáčkem, které mohou později využít a zabránit tak budoucímu podobnému progresivnímu stavu. Co se týče osobního svěřování pacientů zdravotnickým záchranářům, ukázalo se, že v této oblasti se zdravotničtí záchranáři nemají potřebu angažovat a že takováto psychologická intervence za daných okolností není z jejich pohledu potřebná a není na ni přednemocniční péči prostor.

Cílem číslo dvě bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři přistupují k úzkostným pacientům a pacientům s panickou atakou. Ve výsledku se většina shodla na tom, že práce s těmito

pacienty je pro ně náročná. Není pro ně ani tak fyzicky náročná nebo psychicky náročná, ale její náročnost je úplně jiného charakteru. Jedním faktorem je nedostatečné povědomí o problematice těchto stavů a správném postupu u takových pacientů. Dalším faktorem, který pramení z výzkumného šetření, je fakt, že pacienti s nimi mnohdy nespolupracují, v důsledku jejich psychického stavu jsou neklidní, nesoustředění, brečící, opilí, někdy agresivní a výjimkou také není asistence PČR. To všechno jsou stěžejní faktory, které ovlivňují obecné vnímání těchto pacientů. Překvapivě častěji než bylo předpokládáno, byly zmiňované suicidální pokusy či sebepoškozování a zkušenost zdravotnických záchranářů s nimi v rámci těchto specifických případů.

Ne úplně pozitivním zjištěním bylo to, že i přes zvyšující se četnost těchto případů, mladých lidí s psychickými problémy a psychiatrickými diagnózami a zvýšeném povědomí o této problematice, nejsou zdravotničtí záchranáři nijak více vzděláváni či školeni pro tyto stavy. Nejsou jim známy metodické postupy pro tyto případy v přednemocniční péči. Zdravotničtí záchranáři uvedli, že sice měli nějaké hodiny psychologie nebo psychiatrie v rámci jejich vysokoškolského vzdělání, ale jinak ne. Informace získávají vlastní iniciativou, samostudiem či ze svých zkušeností z praxe. Mnozí volí způsob své komunikace a přístup k pacientům na základě vlastní intuice nebo obecně známých informací. Navzdory tomu jsou jejich intervence z převážné většiny správné. Sice mnozí nedokáží přesně definovat úzkostný stav, rozlišit panickou ataku od úzkostného stavu či přesně definovat, co podmiňuje jejich vznik, ale když hovoří o samotných pacientech, tak dokáží popsat, jak takový pacient vypadá, jaké jsou jeho somatické příznaky a co je efektivní v rámci jejich zmírnění. To je pro jejich práci důležité. Rozpoznat a umět pomoci. Možné příčiny nebo původ panických atak či úzkostí se mnohdy doví od pacientů na základě jejich výpovědí či zpráv ze zdravotnických zařízení, ve kterých jsou pacienti vedeni. Zkrátka se učí a nabývají vědomostí praxí. Nebylo by od věci obecně zvýšit povědomí a vzdělání v této oblasti u zdravotnických záchranářů, vzhledem k nárůstu těchto případů. Vedlo by to k většímu psychickému komfortu a jistotě u zdravotnických záchranářů v oblasti této problematiky.

Z dodatečných konverzací mimo záznam a výzkumné šetření vyšlo najevo, že více informací o psychosomatických a psychiatrických pacientů by bylo přínosem. Otázkou je, jak velký by byl zájem o takové školení či cvičení. Dalo by se argumentovat tím, že zdravotničtí záchranáři jsou primárně vzděláváni a vedeni k urgentním stavům, záchraně lidských životů a řešení akutních zdravotních komplikací. Proto bych jako výstup ze své

práce navrhla rozšíření povědomí o následujících aplikacích, které by pomohly jak zdravotnickým záchranářům v praxi, tak i pacientům. U některých pacientů jejich problém nekončí jedním výjezdem, ale mnohdy je mnohem komplexnějšího charakteru. Bylo by dobré, aby bylo zvýšeno povědomí o aplikaci jménem Nepanikař (viz. obrázek č.1). Tato aplikace je pomocným nástrojem první psychické pomoci lidem trpícím psychickými problémy, jako jsou např. úzkosti, deprese, panika, poruchy příjmu potravy, sebevražedné myšlenky a myšlenky na sebepoškození. Jsou v ní důležité kontakty pro případy nouze, dostupná dechová cvičení a další metody a způsoby první psychické pomoci, které může využít v nouzi kdokoli, kdo má aplikaci ve svém mobilním telefonu. (viz. Příloha – Obrázek č.2 a č.3). Aplikace je pro každého zcela zdarma. Je možnou prevencí, ale také by mohla částečně snížit výjezdovost např. právě k pacientům trpícím úzkostnými záchvaty. Zdravotníci záchranáři by mohli těmto pacientům aplikaci doporučit do budoucna a v případě, že by se taková situace opakovala i jako prevenci.

Záměrem bylo vymyslet způsob, který by vylepšil intervenci u pacientů s horšenými psychickými obtížemi, která by nebyla časově náročná, byla by dostupná a rovněž zajistila jistotu správného postupu a nabídla vhodné fráze ke komunikaci, jejímž výsledkem by byl pocit důvěry a bezpečí a také jisté míry úlevy za dané situace. Následující myšlenka byla prokonzultována i se dvěma interventy z řad záchranářů. Je rovněž i praktickým výstupem této práce. První možností je prevence u pacientů, částečná možnost intervence v přednemocniční péči a vlastní intervence samotných pacientů. Hlavním bodem a vlastním doporučením je využití aplikace První psychická pomoc, která poskytuje záchranářům postupy pro efektivní poskytnutí první psychické pomoci. Je dostupná od roku 2019 určena primárně členům záchranných služeb. S myšlenkou vytvoření takovéto aplikace přišel David Dohnal, který je psychologem v Hasičském záchranném sboru Olomouckého kraje. Na vývoji aplikace se podílela pracovní skupina v rámci Sekce pro psychologii krizí, katastrof a traumatu ČMPS. Dále se na ní podíleli i psychologové HZS ČR. Software vyvinula společnost CZ.NIC. V aplikaci jsou rozepsané jednotlivé obranné mechanismy a jak se projevují, rozdělení a charakter psychických reakcí dle věku a k nim i možnosti postupu. Vše je vypsáno krok po kroku. Aplikace poskytuje rady, co v takových případech nedělat, a naopak, jak postupovat při navázání kontaktu s takovým člověkem, jak ho psychicky stabilizovat, poskytnout bezpečí a útěchu či praktickou pomoc při řešení obav a nejnaléhavějších potřeb. Dobré je to, že mnohdy nabízí rovnou předepsané fráze, které stačí přečíst, a je to velmi jednoduchý a přehledný

system. Aplikace je primárně dělaná pro stabilizaci člověka, který je v nějaké těžké životní situaci, a je přirovnatelná k první zdravotnické pomoci. Využívá mechanismů pro stabilizaci, vypořádání se se stresem či k vlastní intervenci. (Psychologie pro krize, 2019) Aplikace by se dala, s případnou možnou modifikací, úpravami, naprogramovat do pracovního tabletu zdravotnických záchranářů, takže by ji měli vždy k dispozici u takovýchto „nestandardních“ výjezdů. Stačilo by, aby se řídili pokyny, které jim program nabízí. Byla by to možnost, která by záchranářům usnadnila práci a poskytla jistotu a možnost vhodné intervence a postupů u pacientů s psychickými obtížemi. Zdravotníci záchranáři by ji mohli využít nejen při řešení případů, ale také ji doporučit lidem, kteří by měli zájem poskytnout psychickou pomoc např. svým blízkým – rodiče nebo příbuzní dětem, které jsou např. úzkostné, nebo které byly svědky nějaké traumatizující situace. Osobně tuto aplikaci shledávám velkým pokrokem v oblasti psychologické intervence, a současně i příslibem toho, že by se v budoucnu mohlo rozšířit povědomí o problematice psychopatologie v přednemocniční péči.

Byla bych ráda, kdyby se má práce dala prakticky využít jako stručný teoretický podklad pro každého, kdo by měl zájem nahlédnout do problematiky úzkostných stavů a panické ataky. Pevně doufám, že by se v budoucnu mohlo využít moderních prostředků, jako jsou např. dvě výše zmíněné aplikace, v praxi. Věřím že zvýšené povědomí o nich, by mohlo posloužit zdravotnickým záchranářům, kterým by tak mohl být poskytnut jistý „návod“ k efektivní psychologické pomoci pacientům a zároveň ke komunikaci, a to volením správných a vhodných frází, verbální stabilizaci, zmírnění pacientova psychického stavu a klinického projevu a dodání pocitu bezpečí a jistoty. Pacientům by rovněž díky tomu mohla být poskytnuta jistá forma prevence a zároveň by jim např. díky aplikaci Nepanikař mohla být poskytnuta odborná, účinná a okamžitá pomoc v případě nouze. Zároveň by to mohlo preventivně zamezit výjezdům ZZS k případům tohoto charakteru, v jejichž problematice se příliš neorientují. Bylo by dobré, aby systém poskytl lepší a větší možnost zdravotnickým záchranářům se v této oblasti vzdělávat a poskytnout tak jim i pacientům větší komfort při řešení těchto případů.

Seznam literatury

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. CRASKE, M., STEIN, M., 2016. Anxiety. *The Lancet*. 388(10063), 3048-3059, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6
3. ČERMÁKOVÁ, J., 2010. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Časopis moderního ošetrovatelství Florence*. 6(3), 20 – 21 s. ISSN 2570-4915.
4. DEACON, B. et al, 2008. Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 22 (2), 344-350. ISSN 0887-6185
5. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., 2015 *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
6. FONTANA, J. et al., 2015. *Vyšší funkce CNS. Funkce buněk a lidského těla – Multimediální skripta*. [online] [cit. 2.4.2023] Dostupné z: <http://fb.lt.cz/skripta/regulacni-mechanismy-2-nervova-regulace/10-vyssi-funkce-cns/?fbclid=IwAR2douXtqI8jBi995ADAg4LvZkqte0bi1B2BcGqwPRfF3ZJETUmCvnf2GA>
7. HAVLÍČKOVÁ, F., 2019. *Postupy zdravotnických záchranářů v ošetrovatelské péči o pacienty s vybranými psychiatrickými diagnózami*. Kladno. Bakalářská práce. ČVUT FBMI.
8. JIROUŠOVÁ, K., 2019. *Komunikační dovednosti v praxi radiologických asistentů* [online]. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
9. JOCHMANNOVÁ, L., KIMPLOVÁ T. et al. 2022. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
10. KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. 2016 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
11. KUČEROVÁ, H., 2016. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
12. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO J., KAMARÁDOVÁ D., 2016. *Panická porucha*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5218-1.
13. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. 2022. [online]. SPIS [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://www.spis.cloud/wp-content/uploads/2021/03/MD_SPIS.pdf

14. MEURET, A. et al. 2011. Do Unexpected Panic Attacks Occur Spontaneously? *Biological psychiatry*. 70(10), 985-991. ISSN 0006-3223
15. MKN-10, 2023. *F40-F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy: F40 Fobické úzkostné poruchy* [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40>
16. *Mobilní aplikace „První psychická pomoc“*, 2019. [online] Psychologie pro krize. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: https://psychologieprokrize.cz/?page_id=16
17. PASCUAL, J. et al, 2008. Somatic conditions in patients suffering from anxiety disorders. *Medicina klinica*. 130 (8), 281-285. ISSN 0025-7753
18. POLÁČKOVÁ, L., 2014. *Akutní stavy v psychiatrii z pohledu zdravotnického záchranáře*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická.
19. PRAŠKO, J., 2007. *Panická porucha v somatické medicíně*. [online]. Praha: Solen Medical Education. 6 s. [cit. 2023-04-02]. ISSN 361-367. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>
20. *První psychická pomoc sekundárně zasaženým SPIS*. 2021 [online]. Systém psychosociální intervenční služby. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.spis.cloud/>
21. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. et al., 2014. *Psychiatrie*. Praha: Karlovinum. 468 s. ISBN: 978-80-246-1985-9
22. SEIFERTO VÁ, D., 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. [online] Praha: Psychiatrické centrum, 3. lékařská fakulta UK. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/3280479/>
23. *Statistika výjezdů a přehled činnosti ZZS MSK za rok 2022*, 2023. [online]. Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?subhref=statistika>
24. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: 2., doplněné a aktualizované vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 492 s. ISBN: 978-80-271-0596-0.
25. ŠILHÁN, P. et al. 2012. *Panická porucha. Medicína pro praxi* [online]. Praha: Solen Medical Education. 9(5), ISSN 238-241. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/05/09.pdf>
26. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-5327-0.

27. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. 416 s. ISBN: 978-80-246-3268-1.
28. VYMĚTAL, Š., 2016. *Krizová komunikace: a komunikace rizika*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
29. VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKO J., PRAŠKOVÁ J., 2008. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2. vydání. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-410-6.
30. Výzkumný rozhovor. 2017. [online]. MUNI [cit. 2023-04-03] Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1421/podzim2017/PS_BA016/um/ ----Interview -
_prezentace_pro_studenty_a_zadani_semestrove_prace.pptx.pdf](https://is.muni.cz/el/1421/podzim2017/PS_BA016/um/----Interview_-_prezentace_pro_studenty_a_zadani_semestrove_prace.pptx.pdf)
31. LINHARTOVÁ, V., 2008. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN: 978-80-247-1784-5

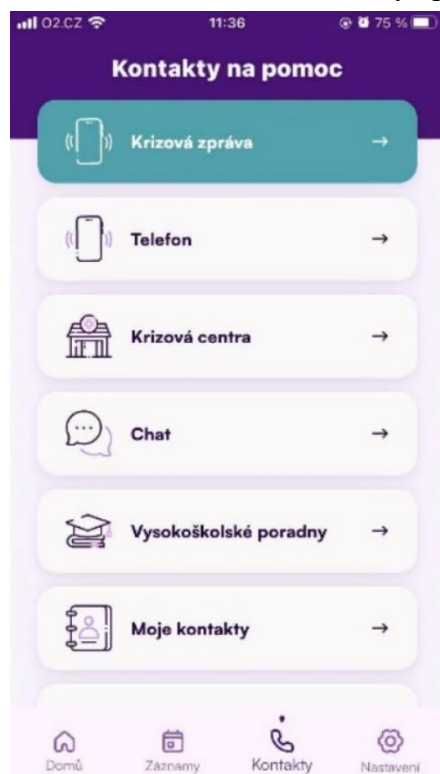
Seznam příloh a obrázků

Obrázek č.1: Aplikace Nepanikař



Zdroj: mobilní aplikace Nepanikař

Obrázek č.2: Důležité kontakty aplikace Nepanikař



Zdroj: mobilní aplikace Nepanikař

Obrázek č.3: Možnost, jak si pomoci v případě panické ataky nebo úzkosti



Zdroj: mobilní aplikace Nepanikař

Obrázek č.4: Aplikace První psychická pomoc



Zdroj: Aplikace První psychická pomoc

Obrázek č.4: Aplikace První psychická pomoc



Zdroj: Aplikace První psychická pomoc

Seznam zkratek

PČR – Policie české republiky

HZS ČR – Hasičský záchranný sbor České republiky

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

MKN – Mezinárodní klasifikace nemoných

ZZKVK – zdravotnický záchranář Karlovarského kraje

ZZJČK – zdravotnický záchranář Jihočeského kraje