

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Eliška Kundrátová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční
neodkladné péči
Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Luděk Hejkal

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji MUDr. Lud'ku Hejkalovi za odborné vedení práce, vstřícnost, trpělivost a také za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům ZZSPk za ochotu a poskytnuté konzultace, které mi pomohly při zpracování praktické části bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno:	Kundrátová Eliška
Katedra:	Záchranářství a technických oborů
Název práce:	Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči
Vedoucí práce:	MUDr. Luděk Hejkal
Počet stran:	číslované 74, nečíslované 10
Počet příloh:	2
Počet titulů použité literatury:	18 knih, 5 internetových zdrojů
Klíčová slova:	psychiatrický pacient - duševní porucha - PNP - úskalí ošetření - akutní stav - agresivní pacient - farmakoterapie

Souhrn:

Tato bakalářská práce na téma: „Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči“ se zabývá problematikou ošetření psychiatrického pacienta a komplikacemi, které se mohou vyskytnout v přednemocniční neodkladné péči během jeho léčby. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část seznamuje čtenáře s jednotlivými skupinami psychiatrických poruch, jejich popisem a projevy. Podstatnou část této práce věnujeme různorodým úskalím ošetření psychiatrického pacienta, se kterými se můžeme v přednemocniční neodkladné péči setkat. Dále popisujeme zásady jednání a přístup k pacientovi s psychiatrickým onemocněním. Poslední kapitola práce je věnována farmakologické léčbě pacienta.

Praktická část obsahuje dotazníkové šetření, zaměřené především na zjištění nejčastějších komplikací, které se vyskytují při ošetření psychiatrického pacienta. Také zjišťujeme, která skupina psychiatrických poruch je nejčastěji indikována k výjezdu posádek zdravotnické záchranné služby, četnost užití farmakoterapie v přednemocniční neodkladné péči a celkový přístup zdravotnických pracovníků k psychiatrickému pacientovi. Získané výsledky jsou vyhodnoceny a zpracovány do tabulek a grafů.

Annotation

Surname and name:	Kundratova Eliska
Department:	Department of Paramedical Rescue Work and Technical Studies
Title of thesis:	The difficulties of treatment of psychiatric patient in prehospital care
Consultant:	MUDr. Ludek Hejkal
Number of pages:	numbered 74, unnumbered 10
Number of appendices:	2
Number of literature items used:	18 books, 5 internet sources
Key words:	psychiatric patient – mental illness – prehospital urgent care – difficulty treatment – acute state – aggressive patient – pharmacological therapy

Summary:

The thesis called “Difficulties in treatment of a psychiatric patient in the urgent pre-hospital care” comprehends the topic of treatment of a psychiatric patient and possible pitfalls, which may occur during their urgent pre-hospital care. The paper consists of a theory part and a research.

The theory section describes various kinds of psychiatric disorders along with their evidence. A substantial part of the thesis is elaborates on diverse difficulties of a psychiatric patient, encountered while their pre-hospital care. Principles of dealing with such patient follow up. The last chapter is dedicated to describing a pharmacological treatment.

The research part consists of a survey focused on finding out the most frequent complications, which may occur while treating the patient. Also, there is an attempt to find out which kind of psychiatric disorders is the one most likely to lead to an emergency service intervention, using a pharmacotherapy in the matter of urgent pre-hospital care and generally approaching the psychiatric patient by emergency ambulance crew. The analysis of the results is depicted in charts and tables.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Psychiatrické onemocnění.....	14
1.1 Charakteristika psychiatrického onemocnění a psychiatrie.....	14
1.2 Historie.....	14
1.3 Etiologie psychiatrických onemocnění	16
1.4 Klasifikační systémy v psychiatrii	16
2 Skupiny psychiatrických onemocnění nejčastěji se vyskytující u pacientů v přednemocniční neodkladné péči	18
2.1 Charakteristika přednemocniční neodkladné péče	18
2.2 Popis a projevy skupin psychiatrických onemocnění v přednemocniční neodkladné péči.....	19
2.2.1 Organické poruchy včetně symptomatických (F00-F09)	19
2.2.2 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)	23
2.2.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)	28
2.2.4 Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F30-F39).....	32
2.2.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F49)	35
3 Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči	37
3.1 Práva duševně nemocných.....	37
3.2 Poučení nemocného	38
3.3 Souhlas nemocného	38
3.4 Hospitalizace bez souhlasu pacienta.....	39
3.5 Způsobilost k právním úkonům	39
3.6 Soudní psychiatrie.....	40
3.7 Povinná mlčenlivost.....	40
3.8 Vyšetření psychiatrického pacienta	41
3.9 Vědomí a orientace	42
3.10 Orientace podle věku pacienta (s poruchou chování, neklidem, desorientací, poruchou vnímání, myšlení) bez psychiatrických poruch dřívějších.....	42

3.11 Akutní psychiatrické stavy subjektivní a objektivní.....	43
3.12 Terapeutické ovlivnění agitovaného chování	44
3.13 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem:.....	45
3.14 Transport pacienta.....	46
3.15 Směrování pacienta.....	46
3.16 Úskalí ošetření psychiatrického pacienta u jednotlivých skupin poruch	47
3.16.1 Ošetření pacienta s organickou duševní poruchou	47
3.16.2 Ošetření pacienta s poruchou vyvolanou užíváním psychoaktivních látek.....	47
3.16.3 Ošetření pacienta se schizofrenií a příbuznými onemocněními.....	48
3.16.4 Ošetření pacienta s afektivní poruchou	48
3.16.5 Ošetření pacienta s neurotickou, stresovou a somatoformní poruchou.....	48
4 Farmakologické ovlivnění psychiatrického pacienta.....	49
4.1 Nejčastěji užívaná psychofarmaka v přednemocniční neodkladné péči.....	50
4.2 Antidota	52
PRAKTICKÁ ČÁST	54
Formulace problému	55
Cíle práce.....	56
Metodika práce	57
Hypotézy	58
Vzorek respondentů	59
Prezentace a interpretace získaných údajů.....	60
5 DISKUZE	79
ZÁVĚR	83
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

V současnosti můžeme psychiatrická onemocnění zařadit mezi „top“ civilizačních chorob. Jedná se o obrovské množství nemocí, které se vyznačují poruchou vyšších mozkových funkcí. V knižních publikacích najdeme stovky odborných definic. Co již ale v knihách nenajdeme, je to, že pro člověka s nemocnou duší a myslí je jeho onemocnění v některých případech daleko nesnesitelnější v porovnání s nemocí čistě somatického původu. Přeci jen člověk s hypertenzní chorobou má na svůj tlak léky, které při pravidelném užívání nemoc dobře kompenzují. Psychiatrické poruchy se však mohou prolínat s nepříjemnými somatickými příznaky a k hlavní diagnóze se často ještě přidružují poruchy sekundární. Léčba tedy bývá mnohdy komplikovaná. Vedle projevů onemocnění se většinou člověk potýká s nálepkou „blázna“ a jeho často jediným společníkem je právě ona nemoc. Pro společnost v 21. století je stále psychiatrická diagnóza stigmatem nenormálnosti. Proto se běžně stává, že prvozáchyt nemoci je právě až při zásahu posádek zdravotnické záchranné služby.

Z těchto důvodů jsme se rozhodli tomuto tématu věnovat bakalářskou práci. Zaměřili jsme se tedy na popis projevů nejčastějších skupin psychiatrických poruch, se kterými se zdravotničtí pracovníci na záchranných službách den co den setkávají. Hlavním cílem teoretické části je přiblížit četná úskalí, se kterými se mohou posádky zdravotnické záchranné služby setkat při ošetření psychiatrického pacienta. Jelikož správně vedená komunikace a specifický přístup k pacientovi může pomoci k méně stresujícímu průběhu ošetření, jak pro nemocného, tak i pro zdravotnického pracovníka, zabýváme se v práci také zásadami jednání s psychiatrickým pacientem. Neméně důležitá je znalost právních aspektů, které se týkají ošetření pacienta s duševní poruchou, a proto je nutné, aby tuto problematiku každý zdravotník dobře znal. Poslední kapitola teoretické části se věnuje užití farmakoterapie u psychiatrického pacienta, to bývá nesnadným, nicméně někdy nezbytným krokem k zvládnutí situace.

Praktickou částí práce jsme podložili část teoretickou. Zjišťovali jsme souvislosti týkající se ošetření psychiatrického pacienta pomocí dotazníkového šetření. Jedním z cílů práce bylo zjistit skupinu psychiatrických poruch, na kterou je indikováno nejvíce výjezdů posádek zdravotnické záchranné služby. Pomocí dalších cílů jsme zjišťovali hlavní komplikace, se kterými se zdravotnický pracovník během své praxe setkává, četnost užití

farmakoterapie a celkový přístup zdravotnických pracovníků k pacientovi s psychiatrickým onemocněním. Komunikace s pacientem trpícím některou z duševních poruch nese svá určitá specifika a zásady, i proto jsme se na ni v dotazníkovém šetření okrajově zaměřili.

O náročnosti řešení některých stavů není pochyb. Důležité je, mít na mysli, že posádka zdravotnické záchranné služby je svým profesionálním a odborným přístupem v dané chvíli důležitou (někdy jedinou) složkou, která může psychiatrickému pacientovi pomoci, v některých případech i jeho život zachránit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychiatrické onemocnění

1.1 Charakteristika psychiatrického onemocnění a psychiatrie

Psychiatrická porucha představuje v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se změnou v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti. (1, 7)

Psychiatrie je obor medicíny, který se zabývá popisem, tříděním, etiologií, etiopatogenezí, epidemiologií, diagnostikou, terapií i prevencí psychických poruch. Název pochází z řeckého: psýché = **duše**, iatreia = **léčba**. Tato definice nám napoví, že psychiatrie jako lékařský obor léčí nemoci mozku, které se projevují v myšlení, vnímání a jednání člověka. Léčí prokázaná onemocnění (demence) nebo předpokládaná (schizofrenie), jejichž příznaky jsou porušené vztahy člověka k sobě nebo k druhým lidem (1, 3)

Psychiatrie má svůj základ v přírodních vědách zvláště proto, že se zabývá patologickými procesy v mozkové tkáni. V praxi spolupracuje s neméně důležitými společenskými vědami, jako je antropologie, psychologie a speciální pedagogika, kriminalistika a justice. (1)

1.2 Historie

První písemné zmínky o duševních poruchách můžeme najít v Ebersově papyru z 15. století před naším letopočtem. Nutno podotknout, že v těchto dobách byla léčba (spíše pokusy o léčbu) velmi primitivní. Spočívala hlavně v modlitbách k zařikávání zlých duchů, vymítání ďábla a mučení nemocných. Docházelo k rozvoji lidového léčitelství a šamanství, později tuto funkci přebírali kněží a lékaři. Byly používány různé lektvary bylinného, ale i živočišného původu. (1, 4)

Už v Bibli nacházíme první zmínky o duševních poruchách. Pravděpodobně nejznámějším je příběh prvního židovského krále Saula (asi 1000 let př. n. l.). Ten nejspíše trpěl bipolární afektivní poruchou - u Saula se střídaly stavy velikášství a vztahovačnosti ke svému následovníku Davidovi, kterého se Saul pokusil později zavraždit. Sám po prohrané bitvě spáchá sebevraždu. V době výkyvů nálad se David pokoušel svému pánovi ulevit hraním na harfu. Zde tedy můžeme zaznamenat první popis muzikoterapie. (1)

Velký rozvoj psychiatrie přináší dění ve starém Řecku, rozšiřuje se chrámové léčitelství a zřizování útulků pro nemocné, tzv. asklepiony. Nejznámější představitel tohoto dění je Hippokrates (460-370 let př. n. l.). Své názory reprodukuje z filozofického učení

o živlech – ohni, vodě, zemi a vzduchu. V lidském těle tomu odpovídají čtyři šťávy – sanguis (krev), cholé (žluč), melancholé (černá žluč), flegma (sliz). Při výrazné nerovnováze těchto tekutin v mozku vznikají duševní poruchy, nazýval je souhrnně paranoia – mánie, melancholie, frenitis (v dnešní době delirium). (1)

Během období raného středověku začaly v západní Evropě vznikat při kláštorech tzv. hospitaly, léčebnou péči zde poskytovali lékařsky vzdělaní mniši. Docházelo k realizaci nemocniční péče, ta byla ovšem zaměřena především na ochranu zdravé většiny obyvatel před „nebezpečnými“ duševně chorými. Proto tedy i dnešní větší psychiatrické ústavy, jako třeba v Dobřanech u Plzně nebo Praze - Bohnicích, leží mimo centra bydlení. (1)

V období raného novověku, až po začátek 19. století prochází psychiatrie velkým rozvojem ovlivněným epochou humanismu a renesance - boje proti démonologii, absolutismu a osvícenství - klasifikace psychických nemocí. (1)

V 18. století se psychiatrie prosazuje jako jeden ze základních oborů medicíny. V 19. století a na počátku 20. století se zřizuje řada psychiatrických ústavů: klášter svaté Kateřiny v Praze (dnešní neurologická klinika), v Brně byl v roce 1874 zbudován Ústav pro pomatené (v budově kláštera svaté Anny), roku 1909 Ústav v Praze – Bohnicích, **v roce 1880 byla založena léčebna v Dobřanech u Plzně.** (1)

Dalším, dovolme si říci, tragickým rozvojem v psychiatrii byla éra nacionálního socialismu a Hitlerův krutý přístup k „méněcenným“. V roce 1933 byl přijat zákon o prevenci hereditárních chorob a 400 000 osob bylo sterilizováno. O 6 let později byla povolena eutanazie a na dětských odděleních zavražděno 10 000 dětí. Do roku 1945 bylo v Německu usmrceno celkem 180 000 lidí. Například díky usmrcení 73 272 „méněcenných“ pacientů Německá vláda ušetřila za 10 let 33 721 040 vajíček a 3 710 414 německých marek a 40 feniků. (1)

Během druhé poloviny 20. století díky technickému pokroku docházelo k obrovskému rozvoji psychiatrie v medicíně. Prosazuje se bio-psycho-sociální přístup k pacientům (George Engel). Současně začíná bouřlivý rozvoj psychofarmakologie, zavádí se léčba lithiem (léčba afektivních poruch), objevuje se první neuroleptikum (poruchy myšlení a vnímání) a rozšiřuje se použití antidepresiv. V 70. letech díky rozvoji výpočetní techniky jsou v USA provedeny rozsáhlé průzkumy zaměřené na zjištění výskytu, průběhu a symptomatiky duševních nemocí. Ty byly předpokladem pro vznik nových diagnostických systémů mezinárodní klasifikace nemocí. (1, 4)

1.3 Etiologie psychiatrických onemocnění

Dá se říci, že příčiny vzniku duševních poruch vždy úzce souvisely s teorií psychiatrie v daném období. Zaměříme se pouze na výčet některých příčin, které jsou aktuální v současnosti a to z toho důvodu, že by byl popis jednotlivých období příliš obsáhlý. Rozvoj onemocnění nebo poruchy bývá multikauzální – tedy z více příčin. Některé studie ukazují na pravděpodobný podíl genetických faktorů u psychických poruch, zejména u bipolární poruchy, schizofrenie a úzkostné poruchy. Genetická dispozice není však jednoznačná. Další příčinou může být poškození plodu, proděláním infekčních i neinfekčních onemocnění, intoxikace návykovými látkami a stresem v období těhotenství. Porodní trauma či asfyxie během porodu také může zvýšit potenciaální riziko onemocnění. Tyto dispozice lze zařadit mezi vrozené a měli bychom jim předcházet primární prevencí. Faktorů působících na člověka během jeho života je daleko více a charakterizují se jako rizikové. Mezi rizikové faktory patří: proděláním tělesné nemoci, úrazy a nádory centrální nervové soustavy (dále jen CNS), invalidita, akutní i chronická zátěž, traumatizace (ztráta blízké osoby, napadení), frustrace, negativní prožitky z dětství, prostředí ve kterém člověk žije, kumulace stresu, zneužívání návykových látek apod. (1, 3, 4)

1.4 Klasifikační systémy v psychiatrii

Každá odborná disciplína má snahu třídit své poznatky, teorie a zkušenosti. Výsledkem této tendence je vznik klasifikačních systémů, sloužících k různým účelům. (1)

Zaprvé, jednotná terminologie poskytuje všem pracovníkům v oboru mluvit „stejným jazykem“, tudíž i rychlou informaci o daném onemocnění, což můžeme považovat i za úsporu času. Např. místo toho, aby lékař při předávání informací o stavu nemocného jinému odborníkovi sdělil, že vyšetřil pacienta, který se chová už delší dobu podivínsky, je citově chladný, má smutnou, ale někdy i dobrou náladu, občas se chce zabít a vidí věci, které nejsou, stačí sdělit, že jde o pacienta se schizoafektivní poruchou. (1)

Zadruhé, je prokázáno, že pro určité druhy obtíží či syndromy, bývá specifická léčebná metoda s určitou pravděpodobností lepší než jiné. Tedy z důvodu účinné terapie je třeba stanovit správnou diagnózu.(1)

Zatřetí, konečné názvosloví je důležité nejen pro edukaci odborníků, ale i pacientů. Cílem klasifikace je i rozdělení příčin poruch, přehled onemocněních podle skupin a snadná orientace v systému.(1)

V České republice je platná Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN – 10) od roku 1994. MKN – 10 prochází průběžnými aktualizacemi, poslední aktualizace je platná od 1. 1. 2013. Garantem MKN – 10 je Světová zdravotnická organizace (World hospital organization - dále jen WHO). (1, 22)

Psychiatrii je v MKN-10 věnována V. kapitola a je označena písmenem F. MKN - 10 byla inspirována Diagnostickým a statickým manuálem duševních poruch (DSM-III), který vypracovala Americká psychiatrická asociace. MKN – 10 obsahuje asi 1000 kategorií rozdělených do těchto deseti sekcí: (1, 22)

- *„F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických*
- *F10-F19 Duševní poruchy a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek*
- *F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy*
- *F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)*
- *F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy*
- *F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F70-F79 Mentální retardace (duševní opožďení)*
- *F80-F89 Poruchy psychického vývoje*
- *F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci*
- *F99 Nespecifické duševní poruchy“*

(1, s. 166)

2 Skupiny psychiatrických onemocnění nejčastěji se vyskytující u pacientů v přednemocniční neodkladné péči

2.1 Charakteristika přednemocniční neodkladné péče

Vzhledem k názvu kapitoly se budeme nejprve věnovat stručnému popisu, co přesně pojem přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) znamená a co zajišťuje. Podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby upravuje zákon č. 374/2011 Sb. (21)

Cílem PNP je minimalizace následků akutních postižení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění. Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) nepřetržitě zajišťuje PNP v dané spádové oblasti. Zdravotnická operační střediska (dále jen ZOS) spolu úzce spolupracují a zpracovávají tísňové výzvy na čísle 155 (číslo je jednotné pro celou Českou republiku). Operační střediska také vyhodnocují naléhavost indikací. S tím je spojené i vyhodnocení, které zdravotnické síly a prostředky musí být nasazeny. Zdravotnická záchranná služba využívá vlastní výjezdové skupiny s ohledem právě na akutnost a povahu pacientova stavu. (2, 21)

Jedná se o tyto výjezdové skupiny:

- Rychlá lékařská pomoc
- Rychlá zdravotnická pomoc

Spojením Rychlé lékařské pomoci a Rychlé zdravotnické pomoci vzniká speciální skupina, která se nazývá Rendez-Vous (obvykle pouze systém RV). Jde o víceúrovňový setkávací systém tzn., že se u zásahu setká posádka rychlé lékařské pomoci (lékař a řidič-záchranář) s posádkou rychlé zdravotnické pomoci (řidič-záchranář a zdravotnický záchranář). Spektrum indikací pro zásah záchranné služby je velmi široké. Rozdělit výjezdy lze na primární a sekundární. (2, 21)

Primární transporty jsou indikovány pro stavy, které:

a) bezprostředně ohrožují život pacienta (bezvědomí, zástava oběhu, bezdeší, masivní krvácení, polytrauma, tonutí atd.)

b) mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti (náhlá dušnost, překotný porod, poranění břicha a hrudníku, alergické příhody, bolesti na hrudi, otravy při zachovaném vědomí atd.)

c) způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny (poranění páteře, zlomeniny dlouhých kostí atd.)

d) působí náhlé utrpení a bolest (kruté bolesti břicha atd.)

e) působí změny chování a jednání postiženého ohrožující jeho samostatného nebo jeho okolí (intoxikace, akutní psychotické stavy, suicidiální pokusy) (2)

Sekundární transporty jsou indikovány pro převozy pacientů k zajištění neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními z důvodů léčebných, diagnostických, repatriačních, kapacitních a transporty z důvodů plnění transplantačního programu. Za indikaci transportu nese plnou odpovědnost ošetřující lékař z pracoviště, které nemocného odesílá. (2, 21)

2.2 Popis a projevy skupin psychiatrických onemocnění v přednemocniční neodkladné péči

V této podkapitole se budeme věnovat skupinám psychiatrických onemocnění. Vybrali jsme ty skupiny, o kterých se domníváme, že vzhledem k tématu práce, která se týká výhradně PNP, jsou aktuální. Budeme se zabývat skupinami onemocnění týkající se převážně dospělých a to z důvodu, že výjezdy záchranné služby k psychiatrickým pacientům jsou častěji indikovány adolescentům a dospělým, než dětským pacientům. Skupinám onemocnění jsme se rozhodli věnovat také proto, že ve většině případů v PNP nejsme bez pomocných vyšetřovacích metod schopni přesnou diagnózu určit. Zmíníme však podrobněji některé diagnózy, o kterých se domníváme, že jsou denním chlebem zdravotnických pracovníků ZZS.

2.2.1 Organické poruchy včetně symptomatických (F00-F09)

Pod pojmem organické poruchy rozumíme, že takto klasifikovaný syndrom může být přičítán mozkové nebo systémové dysfunkci, kterou lze diagnostikovat samostatně. Poruchy způsobené užíváním návykových látek sem logicky také patří, ale v MKN-10 jsou klasifikovány v jiné sekci. (3)

Tato skupina duševních poruch je podmíněna prokazatelnou strukturální lézí mozku a to buď:

- a) **primárním poškozením** - úraz, nádor, zánět, intoxikace, atrofie atd.
- b) **sekundárním poškozením** - metabolická, endokrinní, infekční onemocnění atd. (3)

Klinický obraz organických poruch bývá rozmanité povahy. V některých případech může imitovat afektivní poruchy, poruchy úzkostné, hypochondrizaci aj. Je však skupina syndromů, které jsou pro tyto poruchy více specifické. Spektrum projevů poruch této skupiny je velmi široké. Podstatné rysy tvoří dvě hlavní skupiny syndromů: (3)

- 1) *„Syndromy, jejichž nejvýznamnějším rysem jsou buď poruchy vyšších kognitivních funkcí, jako je paměť, intelekt a učení nebo poruchy sensorických funkcí, jako jsou poruchy vědomí a pozornosti.“*
- 2) *„Syndromy, které se nejnápadněji projevují v oblasti vnímání (halucinace), obsahu myšlení (bludy) a emocí (deprese, elace, úzkost) nebo v celkovém vzorci osobnosti a chování, zatímco kognitivní a sensorické dysfunkce jsou minimální nebo těžko zjištělné.“* (3, s. 131)

Poruchy v této sekci mohou teoreticky začít v jakémkoli věku. Prakticky ovšem začínají většinou v dospělosti a s vyšším věkem pravděpodobnost výskytu roste. Onemocnění mohou být ireverzibilní, progresivní, ale i přechodné (vyléčitelné). Do této skupiny patří **demence, delirium a amnestické syndromy**. (3, 10)

- **Demence**

Demence je syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku. Jedná se tedy o poruchu získanou. Změny pozorujeme hlavně v oblasti paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku. Vědomí není zastřené. Může být zhoršena kontrola sociálního chování a emocí. (1, 3)

Etiopatogeneze:

- a) **primární demence** - neurodegenerativní choroby
- b) **sekundární (symptomatické) demence** - podmíněna různými systémovými onemocněními, traumaty, intoxikacemi atd. (3)

U pacienta s touto poruchou můžeme pozorovat zhoršování schopnosti vlastního úsudku. Mohou se objevovat bludy (nejčastěji persekční), což je typ bludu, který se vyznačuje chorobným přesvědčením o spiknutí proti vlastní osobě. Pacient mívá pocity, že ho někdo pronásleduje, chce ho zničit či záměrně poškodit. Myšlení se stává nelogické, bezobsažné a inkoherentní. Objevují se poruchy řeči – afázie, dysfázie. V pozdější fázi onemocnění pacient může vydávat jen neurčité zvuky, v některých případech dochází k mutismu. (3, 4)

Změny nálad u demencí mohou být bezdůvodné (úzkost, deprese, podrážděnost). Lze pozorovat výrazné poruchy paměti, týkající se zejména nových zážitků, které pacient může maskovat absurdními, barvitými zážitky. Běžné životní aktivity (manipulace s penězi, obsluha elektronických spotřebičů) pacient zvládá jen velmi obtížně, s pozdější progresí selhává i v oblasti základní hygienické péče. Zhoršení stavu může nastat v souvislosti se změnou prostředí, časem (den, noc), tělesnou únavou atd. Chování je často nepřiměřené, neklidné, pacient bývá neposedný. K progresi onemocnění často dochází při hospitalizaci pacienta, jako reakce na neznámé a pro něho náročné prostředí. Nejčastější je výskyt demence u Alzheimerovy choroby a vaskulární demence. (3, 11)

- **Delirium**

„Delirium se projevuje obluzeným vědomím kolísavé intenzity, při němž je porušena souvislost, směr i obsah myšlení a chaotické snové představy navazují na zkreslené vnímání, což vede k dezorientaci pacienta.“ (3, s. 146)

Delirium je projev akutní nespecifické globální dysfunkce mozku, nejedná se o nemoc, ale o projev nemoci (např. při metabolických, kardiálních, infekčních onemocnění atd.). Projevuje se řadou psychických příznaků a změn v chování. Charakteristická je akutní zmatenost, poruchy vědomí, vnímání (halucinace, iluze), myšlení, paměti a emotivity (úzkost, euforie, deprese). Může dojít k poruše cyklu spánků – bdění, ke zvýšení či snížení psychomotorického tempa. Často se vyskytuje v populaci u hospitalizovaných pacientů na interních, chirurgických, neurologických odděleních a na jednotkách intenzivní péče. Jedná se o stav přechodný a jeho intenzita je proměnlivá. Délka trvání je různá, mohou to být dny, týdny, ale i měsíce. V praxi jde o častý život ohrožující stav. Přesto bývá delirium často nepoznané a tudíž neléčené, což zvyšuje morbiditu, prodlužuje hospitalizaci a snižuje funkční stav nemocného. (1, 3, 13)

Mezi rizikové faktory se řadí věk, somatická onemocnění, demence, velké chirurgické operace, terminální stavy. U pacientů ve věkové kategorii nad 65 let se výskyt deliria uvádí v 15-30% při přijetí do nemocnice. V pokročilých stádiích demence 20-40% a u terminálních stavů je výskyt až v 80%. (1)

Etiopatogeneze:

Vznik deliria je akutní, nespecifická a celková reakce mozku na různé škodliviny a jejich kombinace. Mechanismy vzniku nejsou dosud známy do detailů, obecně lze však říci, že z hlediska příčin deliria jde o individuální vnímavost člověka k rozvoji deliria, kumulaci rizikových faktorů a aktuální somatické onemocnění. Zjednodušeně, u staršího nemocného stačí malý podnět a u mladého, zdravého jedince větší, závažnější podněty ke vzniku tohoto onemocnění. (1, 14)

- **Amnestický syndrom**

Jedná se o syndrom výrazného narušení nynější a dlouhodobé paměti, který není vyvolaný alkoholem a drogami. Nedochozí k poruše chování, intelektu, vnímání a kognitivních funkcí. Porucha tedy nesplňuje kritéria demence. Může se vyskytnout amnestická dezorientace a poruchy emocí. Amnestický syndrom dělíme podle časového vztahu k vyvolávající noxe na **amnézii retrogradní** (ztráta paměti vztahující se na časový úsek před úrazem) a **amnézii anterogradní** (ztráta paměti vztahující se na časový úsek po úrazu). Porucha může být přechodného i dlouhodobého charakteru. (3, 15)

Příčiny amnestického syndromu jsou velice různorodé. Porucha se může objevit u deficitu vitamínu B1, chronického zvracení, poporodní sepse, především však při úrazech hlavy. Prognóza závisí na průběhu akutní léze mozku, v podstatě je možné úplné uzdravení. (3, 12)

2.2.2 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)

Skupina duševních poruch a poruch chování způsobených účinkem psychoaktivních látek zahrnuje rozmanité poruchy, které vznikají jako důsledek užívání jedné nebo více návykových látek (alkohol, drogy, léky). Závažnost poruch může být od nekomplikované intoxikace, přes škodlivé užívání, až po závažné psychotické poruchy. Tyto poruchy jsou velmi rizikové pro jedince i pro společnost, jelikož náklady na jejich léčbu jsou značně vysoké. Setkáváme se i s řadou mimomedicínských komplikací, které souvisejí především se sociální a rodinnou patologií, s dopadem na pracovní zdatnost jedince, zvýšeným výskytem kriminality a sebevražd. (1, 3, 22)

Legální návykové látky

Užívání legálních návykových látek je epidemiologicky vůbec nejzávažnější. Přináší vysokou sociální, ekonomickou a zdravotní zátěž. Mezi legální návykové látky řadíme alkohol, nikotin a léky. (3)

„Z dostupných epidemiologických dat a expertních odhadů vyplývá, že v ČR je pravděpodobně kolem 300 000 osob trpících syndromem závislosti na alkoholu. Současná roční spotřeba alkoholu na jednoho dospělého člověka (nad 15 let) je okolo 16 litrů čistého alkoholu. Prevalence denního kouření se v ČR dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky dlouhodobě pohybuje okolo 30% u mužů a 18% u žen. Z proskribovaných léků je nerozšířenější užívání analgetik a nesteroidních antiflogistik.“ (3, s. 161)

Nelegální návykové látky

Závažným následkem užívání těchto látek je výskyt somatických onemocnění, především virových hepatitid, pohlavně přenosných nemocí (kapavka, měkký vřed atd.), infekce HIV je méně častá. Mezi poškození psychických funkcí můžeme zařadit např. autoaukuzaci (chorobné sebeobviňování) a sekundární depresi. Mezi nejrozšířenější nelegální návykové látky v současnosti patří konopné drogy a extáze. Dále jsou to opioidy, benzodiazepiny, stimulancia (kokain), halucinogeny (Lysergsauredietylamid – dále jen LSD) aj. (3, 4)

Některé důležité termíny v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek:

Akutní intoxikace - jedná se o stav přechodný, trvá obvykle několik hodin, závažnost se liší podle druhu a množství požití látky

Škodlivé užívání - výsledkem bývá aktuální zdravotní poškození

Syndrom závislosti - projevuje se např. silnou touhou užívat látku, zvýšenou tolerancí k látce, patofyziologickými projevy provázející odvykací stav

Odvykací stav - neboli syndrom z odnětí se manifestuje různými somatickými a psychickými příznaky (např. delirium tremens, při závislosti na alkoholu)

Psychotický stav - charakteristická je přítomnost halucinací, bludů a nápadných změn v chování a osobnosti pacienta

Psychotická porucha - vyskytuje se jako následek užívání návykové látky

Amnestický syndrom - porucha s výrazným zhoršením krátkodobé paměti, způsobená užitím návykové látky

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem – nemá souvislost s přímým účinkem návykové látky, např. flashback (krátce trvající porucha vnímání), alkoholická demence (chronická porucha) (1, 3, 10)

- **Poruchy způsobené užíváním alkoholu**

Vzhledem k četnosti indikací výjezdů ZZS k poruchám způsobeným užíváním alkoholu bychom se na tuto problematiku zaměřili trochu podrobněji.

Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozdělit do dvou skupin:

- 1) Poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu bezprostředně (intoxikace).
- 2) Poruchy projevující se návykovým chováním, způsobené chronickým užíváním (narušená kontrola užívání s vysokým rizikem vzniku syndromu závislosti na alkoholu). (1)

Vliv alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů v centrální nervové soustavě. Především se snižuje dopaminergní a serotoninergní aktivita. Naopak je zvýšena aktivita glutamátu a kalciových

kanálů v neuronech. Cholinergní a opioidový systém je hyperstimulován. Acetaldehyd, který vzniká při biodegradaci etylalkoholu, je příčinou somatického poškození organismu.

(1)

Velmi často u abúzu alkoholu lze diagnostikovat různé nemoci gastrointestinálního traktu (gastritidy, hepatopatie atd.). U chronických alkoholiků je větší potence vzniku jaterní cirhózy a rakoviny v celé části zažívacího traktu. Časté bývají záněty slinivky a cukrovka, v důsledku poškození endokrinního systému. (1, 10)

U mužů alkoholiků dochází ke snížení testosteronu, což vede k poruchám sexuálních funkcí a impotenci. U žen s abúzem, které otěhotní, hrozí poškození plodu, projevující se např. růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfii – mikrocefalie, oční anomálie, plochý kořen nosu aj. Soubor těchto příznaků označujeme jako **fetální alkoholový syndrom**. (1)

Častěji při chronickém užívání bývá poškozen oběhový systém (hypertenze), CNS (atrofie mozku) a dýchací systém. Většina alkoholiků častěji pobývá v zakouřeném prostředí, tudíž výskyt bronchitid a karcinomu plic není výjimkou.(1)

Z psychických potíží se nejčastěji jedná o anxiózně-depresivní stavy, osobnostní poruchy, u žen třeba i poruchy příjmu potravy (anorexie). Velice častá bývá závislost na další návykové látce a výskyt sekundární poruchy (obvykle ze skupiny afektivních poruch). Jedná se tedy o kombinaci dvou duševních onemocnění - závislost na psychoaktivní látce (látkách) a duševní poruchu způsobenou abúzem té které látky. To označujeme jako **duální diagnóza**. Terapeuticky je nutné řešit obě poruchy současně. (1)

„Uvádí se, že další psychiatrickou diagnózu má 40-60% žen závislých na alkoholu, u mužů alkoholiků je to 20-40%.“ (1, s. 219)

- **Poruchy vyvolané užíváním opioidů**

Do této skupiny řadíme látky přírodní i syntetické (opium, codein, heroin). Účinky jsou převážně tlumivé, uklidňující i euforické. Různá je rychlost nástupu účinku (závisí na způsobu aplikace) a délka působení v organismu. Vždy hrozí riziko intoxikace, v závislosti na dávce může dojít k útlumu vědomí až bezvědomí. Z tělesných příznaků je typická mióza, tachykardie nebo bradykardie, křeče v břiše (při „dojezdu“). Během dlouhodobé aplikace dochází k orgánovému poškození, poruchám myšlení, chování a k rozvoji poruch

osobnosti. Objevují se poruchy libida, vymizení menses u žen, poruchy imunity, infekce a dochází k celkovému chátrání organismu. (1, 10)

- **Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů**

Hlavní látkou je tetrahydrocannabinol (dále jen THC), který se vyskytuje v indickém konopí a jeho substancích. Při chronickém užívání dochází k ukládání THC v organismu, následně může dojít k uvolnění z depozita a vzniká „flashback“, (stav akutní intoxikace, bez předešlého požití látky) vyskytuje se však ojediněle. Během intoxikace může být pacient agitovaný, euforický nebo úzkostný a dochází ke změnám vnímání (zpomalené vnímání, halucinace atd.). Požitím vysoké dávky THC může dojít k relapsu **primární psychotické poruchy** (např. schizofrenie). Při škodlivém užívání může být poškozen dýchací systém (konopí se převážně kouří), zvyšuje se riziko vzniku poruch plodnosti a předčasného porodu, výskyt anxiózně-depresivních stavů aj. Odvykací stav nenastává, závislost je pouze psychická. (1, 22)

- **Poruchy vyvolané užívání sedativ nebo hypnotik**

Nejrozšířenější farmakologickou skupinou jsou benzodiazepiny (sedativa, hypnotika) a trankvilizéry (uklidňující prostředky). Riziko vzniku návyku je vysoké, neboť tyto skupiny látek jsou nejčastěji předepisované psychoaktivní látky lékaři. Základní indikací k preskripci jsou poruchy spánku a úzkost. Intoxikace často připomíná opilost, posléze se může vyskytnout anterográdní amnézie. V případech těžké intoxikace hrozí riziko útlumu CNS, hypotenze a útlum dýchání, jedná se tedy o život ohrožující stav. Velké abstinenční příznaky mohou vyvolat až delirium nebo epileptický záchvat. Škodlivé užívání může vyvolat poruchy, pro které byly léky předepsány, tzn. neklid, úzkost, poruchy spánku, deprese. (3, 22)

- **Poruchy vyvolané užíváním kokainu**

Kokain je alkaloid obsažený v listech koky (jihoamerický keř). Akutní intoxikace se projevuje přechodnou poruchou chování, prožívání a vnímání projevující např. euforií, megalomanií, agresivitou, labilitou, halucinacemi, paranoiou a neschopností koncentrace.

Orientace bývá ve většině případů zachována. Z tělesných projevů můžeme pozorovat pocení, nauzeu, psychomotorickou agitovanost, tachykardii (někdy bradykardii), mydriázu, hypertenzi, poruchy srdečního rytmu (až oběhové selhání). V některých případech se mohou objevit bolesti na hrudi nebo spasmy a tím imitovat jiný druh onemocnění. Závislost na kokainu se vyvíjí velice rychle. (1, 2)

- **Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu**

Látky v této skupině působí stimulačním účinkem, periferně i centrálně. Do této kategorie patří kofein, amfetamin, metamfetamin (pervitin), efedrin, 3,4-methylendioxyamfetamin (extáze). Intoxikace stimulanty se obvykle projevuje poruchami chování a vnímání, zvýšenou bdělostí, euforií, halucinacemi, poruchou koncentrace, mydriázou, tachykardií, poruchami srdečního rytmu hypertenze aj. Při nekvalitní výrobě pervitinu může dojít k toxickému poškození organismu. Uživatelé mívají zastřené symptomy vyčerpání, proto často dochází k celkovému kolapsu organismu. Z psychických poruch se jedná převážně o paranoidně-anxiózní příznaky (tzv. stíhy) a depresivní poruchy s rizikem suicidia. (1, 2, 22)

- **Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů**

Tyto látky mají primárně účinek na psychické funkce, projevující se jako přechodný psychotický stav. Řadíme sem některé houby obsahující látku psilocybin, muskarin (muchomůrka červená, lysohlávka), kaktusy, durman aj. Synteticky se vyrábí LSD, užívá se ve formě tablety nebo tzv. tripu (papírek napuštěný roztokem LSD). Mezi příznaky intoxikace patří poruchy chování, vnímání, halucinace, paranoidní představy, autoagrese, tachykardie, poruchy vidění, dilatace zornic, panika, poruchy pozornosti. Škodlivé užívání se může projevit poruchou osobnosti nebo psychotickými poruchami obvykle schizofrenního typu. (1, 10)

- **Poruchy vyvolané užíváním tabáku**

Intoxikace může vyvolat nauzeu, zvracení, tachykardii, srdeční arytmií. Největším rizikem užívání jsou nemoci dýchacího systému (bronchitidy, karcinomy atd.). (1)

- **Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel**

Do této skupiny patří především chemikálie těžkého charakteru (rozpouštědla, ředidla, barvy, laky atd.). Aplikace se většinou provádí čicháním výparů. Zvýšení koncentrace se dosahuje použitím igelitových sáčků přiložených na obličej. Tento způsob je nebezpečný, protože hrozí smrt zadušením. Intoxikace je charakterizována apatií, letargií ale i excitací, agresí, poruchou úsudku, pozornosti a paměti. Škodlivé užívání způsobuje poruchy imunity, krvetvorby, záněty dýchacích cest, poškození CNS. V neposlední řadě hrozí riziko vzniku psychotického stavu s halucinacemi. (1, 8)

- **Poruchy vyvolané užíváním několika látek a jiných psychoaktivních látek**

Nejčastějším důvodem ke kombinování látek je nahrazování nedostatku primární drogy nebo ozvláštnění a prodloužení účinku drogy. Toto nazýváme **kombinovanou závislostí** a její výskyt bývá častý. Při současném užití několika látek podobného účinku, např. alkoholu a benzodiazepinů, dochází k výraznému útlumu vědomí až bezvědomí. Při kombinované závislosti se může objevit atypický klinický obraz, který neodpovídá projevům jednotlivých látek užitých samostatně. Akutní intoxikace více látkami je obtížně diagnostikovatelná a má komplikované řešení. Na místě události je dobré pátrat např. po obalech od léků, prázdných lahví od alkoholu atd. (1, 2)

2.2.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)

- **Schizofrenie**

V této podkapitole bychom se nejprve věnovali podrobněji schizofrenii, jakožto závažnému duševnímu onemocnění. Tato porucha se celosvětově řadí mezi 10 nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti, byť její výskyt v populaci je jen 1-1,5%. Přestože výskyt tohoto onemocnění není častý, jeho podstatou je typická deformace myšlení a vnímání. (1, 22)

Charakteristika:

„Slovo schizofrenie je řeckého původu, od základu slova „schizo“, které znamená štěpit, a „phren“, které znamená rozum a myšlení. Tento název měl zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Termín schizofrenie je však mylně vykládán širokou laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, kdy jako by současně existovaly dvě a více odlišných osobností.“ (1, s. 244)

Epidemiologie:

Toto onemocnění jakoby nemělo své „oblíbence“. Výskyt je stejně častý, jak u mužů, tak u žen. Rozdílné mezi pohlavími je jen to, že u mužů obvykle propuká dříve (16-25 let) a u žen déle (22-34 let). Diagnostika onemocnění u dětského pacienta a po 40. roce věku je raritou. Výskyt schizofrenie je stejný v rozdílných kulturách, u různých ras i na jednotlivých kontinentech. (1, 3)

Etiologie:

V současnosti je o příčinách vzniku schizofrenie nejvíce přijímána teorie zátěže a dispozice, podle které si každý jedinec nese určitou míru dispozice (zranitelnost), ta se v běžném životě setkává se zátěží (stres). Má-li jedinec dědičně přenesené vlohy k selhání adaptivních funkcí duševního života a je vystaven intenzivní stresové zátěži, dochází ke snížení odolnosti a mohou se rozvinout psychotické příznaky onemocnění. (1)

„Studie o dědičnosti prokázaly, že pokud onemocní jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud oba rodiče onemocní schizofrenií, pak riziko pro jejich dítě je asi 30-40%. „(1, s. 245)

Ani studie psychosociálních faktorů neprokázaly spojitost s tímto onemocněním. Potvrdily však, že rodina a blízké okolí právě svým chováním může příznivě ovlivnit průběh onemocnění. Přesto, že přesné příčiny vzniku schizofrenie nejsou známy, spouštěčem onemocnění mohou být i některé drogy. (1)

Příznaky:

Halucinace jsou typickými příznaky. Projevují se zkresleným vnímáním reality a falešnými vjemy, bez zevního podnětu (onemocnění mozku, intoxikace). Pacient tak

slyší, vidí a cítí věci, které neexistují. **Hlasové halucinace** mohou být v podobě zvuků, ale i hlasů, které k němu promlouvají, přikazují (imperativní halucinace) aj. Tento typ halucinací bývá velmi nebezpečný. Pod jejich vlivem může pacient ohrožovat sebe i své okolí. Někdy má pacient pocit, že se jeho myšlenky opakují nahlas, jsou zveřejňovány nebo ozvučovány (intrapsychické halucinace). Pacient může tvrdit, že v jídle cítí zřetelně chuť či pach jedu, kterým ho chce někdo otrávit. Jedná se o druh **čichových halucinací**. **Tělesné halucinace** se mohou objevovat v podobě pocitů pálení, elektrizování či změn vnitřních orgánů atd. (1, 3, 7)

Dalšími příznaky tohoto onemocnění jsou **bludy**. Jedná se o falešné představy, nemocný je však přesvědčen o jejich pravdivosti a realitě. Bludy patří mezi poruchy myšlení. Chování a jednání pacienta pod jejich vlivem je zcela změněno. Obsahy bludů jsou různorodé, často se jedná o kombinaci dvou a více bludů současně. (1, 3)

Některé druhy bludů:

- **Paranoidní bludy** – pocity nepřiměřené vztahovačnosti (všichni se na mě dívají, pomlouvají atd.)
- **Extrapotenční bludy** – přesvědčení o nadpřirozených schopnostech a nadání
- **Originární bludy** – přesvědčení, že má člověk vznešený (šlechtický) původ
- **Perzekuční bludy** – pocit, že člověka někdo pronásleduje s cílem mu uškodit atd.
- **Inventorní bludy** – přesvědčení, že vynalezl něco výjimečného
- **Reformátorské bludy** – o nápravě lidstva
- **Religiozní bludy** – náboženské
- **Kosmické bludy** – o mimozemském působení atd. (1, 3)

Poruchy formy myšlení:

Myšlení u schizofreniků může být zmatené, nelogické či zabíhavé, s důrazem na nepodstatné detaily. Někdy bývá myšlení tak nesouvislé, že vůbec není rozumět projevu nemocného. To označujeme jako „slovní salát“. Občas je myšlení pacienta tolik zahlceno, že slova nemocnému nestačí a dochází k zastavení toku myšlenek. To nazýváme „myšlenkový blok“. V některých případech pacient věří, že jejich myšlenky jsou vysílány, kradeny nebo že jejich myšlení ovládá nějaká vnější síla (např. mimozemšťané). (1, 3, 15)

Poruchy chování:

Ty jsou zapříčiněné tím, že nemocný jedná podle působení svých halucinací a bludů. Pacient v atace onemocnění bývá rozrušený, neklidný (až agresivní). Chování některých schizofreniků se může projevovat až bizarně a překračovat společenské mravy.

(3)

Příznaky schizofrenie jsou velmi různorodé, vyskytují se ve vzájemných kombinacích a mohou se v průběhu onemocnění měnit. Existuje několik druhů schizofrenie, nejčastější typy tohoto onemocnění jsou paranoidní schizofrenie a schizofrenie hebefrenní. (1, 3)

Schizofrenii příbuzné stavy

- **Schyzotypní porucha**

Etiologie této poruchy není zcela známa. Vývoj onemocnění je většinou pozvolný. Na pacientovi můžeme pozorovat uzavřenost, citový chlad, vztahovačnost, podivínské chování, depersonalizaci a derealizaci. Klinický obraz však není přesně definovaný. Pro diagnostiku by porucha měla trvat alespoň dva roky. (1)

- **Trvalá duševní porucha s bludy**

U této poruchy je přítomný rozvoj jednoho nebo více bludů, které jsou často dlouhodobé nebo celoživotní. Začátek onemocnění bývá ve středním věku. Pro diagnostiku musí pacient „splňovat“ určitá kritéria – neměly by být přítomny halucinace (výjimečně se mohou objevit přechodně sluchové) a musí být přítomný blud nebo skupina bludů jiných, než jaké jsou typické pro schizofrenii. Obsah a doba počátku bludů mohou být spojeny s významnou životní událostí jedince. (1, 3)

U **trvalé duševní poruchy s bludy** se vyskytují především tyto druhy bludů:

- **Erotomanický blud** – pacient si myslí, že je do něho zamilovaná jiná osoba, obvykle vyššího postavení
- **Velikášský blud** – pocity vlastního velkého významu
- **Žárlivecký blud** – přesvědčení o nevěře sexuálního partnera

- **Perzekuční blud** – pocit, že je s pacientem nebo s jeho blízkými osobami špatně nakládáno
- **Somatický blud** – přesvědčení o vlastní chorobě nebo defektu
- **Smíšený blud** – kombinace dvou a více bludů
- **Nespecifikovaný blud** (1, 3)

- **Akutní a přechodné psychotické poruchy**

Skupina syndromů této poruchy často propuká v důsledku stresující životní události (např. autonehoda, znásilnění, úmrtí blízké osoby atd.). Avšak asi v polovině případů příčina není známa. Poruchy se vyskytují především v adolescenci a rané dospělosti. Jedinci se sníženou tolerancí k psychické zátěži jsou k těmto poruchám vnímavější. Příznaky jsou velmi pestré. Zejména se jedná o afektivní poruchy myšlení, bludy, halucinace a kvalitativní změny vědomí. Nápadně rychle se střídají depresivní stavy s excitačními stavy. Je třeba pátrat po spouštěcích faktorech. (1, 22)

- **Schizoafektivní porucha**

U této poruchy není přesná příčina známa, významnou roli však hrají dědičné faktory. Na pacientovi můžeme pozorovat schizofrenní příznaky, ale i některé afektivní poruchy (deprese, mánie). Podle převládajících rysů afektivní poruchy rozlišujeme typ **manický** (je přítomna manická epizoda), **depresivní** (je přítomna depresivní epizoda) a **smíšený** (jsou přítomny obě epizody). Pro stanovení diagnózy musí být přítomny oba příznaky současně (schizofrenní i afektivní). (10, 15)

2.2.4 Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F30-F39)

Poruchy nálady patří mezi velmi časté duševní poruchy. Postihují téměř pětinu populace a ekonomické důsledky tohoto onemocnění jsou velké, jelikož představují častou příčinu pracovní neschopnosti. Patologické změny nálad byly popsány již ve starém Řecku, kdy Hippokrates popisuje chorobné stavy nálady související s vysokou hladinou černé a žluté žluči v mozku pacienta. (1)

Etiologie:

Příčiny afektivních poruch bývají multifaktoriální. V anamnéze u pacienta s tímto onemocněním můžeme nalézt zvýšený výskyt stresových událostí, které mohou mít zásadní vliv na vznik onemocnění v kterémkoliv věku. Jmenujme pro představu alespoň některé silně působící stresory – negativní zážitky z dětství, týrání, úrazy, pohlavní zneužívání, ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, rozvod atd.). Genetická dispozice hraje roli spíše v tom smyslu, že odpovídá za schopnost jedince se s těmito situacemi vyrovnat. Poruchy jsou také propojené s celou řadou somatických onemocnění (nádory, neurologické nálezy, infekční nemoci aj.). (1, 4, 22)

U afektivních poruch se vyskytují převážně dva syndromy. Jedná se o syndrom **depresivní a manický**. (1)

- **Depresivní syndrom:**

Příznaky tohoto syndromu mohou být velice různorodé. Typický je dlouhodobější pokles nálady, energie a aktivity. Může být zhoršená schopnost koncentrace. U tělesných příznaků lze pozorovat poruchy spánku, sníženou či zvýšenou chuť k jídlu, ztrátu libida, bolesti hlavy, páteře, žaludku atd. Myšlení bývá pesimistické, úzkostné, často se objevují výčitky svědomí, neúměrné k chybám, které jedinec v minulosti udělal. Mimika ve tváři značí smutek, koutky úst jsou svěšené dolů. Zjevné mohou být „mračící“ vrásky uprostřed čela. Pokusy usmívat se bývají křečovité. Hovoříme o **facies depressiva**. Pesimistické myšlenky se ubírají směrem k minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Úspěchy postižený přičítá náhodě nebo je popírá. V těžké depresivní fázi se mohou objevit i halucinace a bludy. Smýšlení pacienta o smrti může vyústit v suicidiální pokus. Riziko sebevraždy je u depresí vždy vysoké, uvádí se až u dvou třetin pacientů. (3, 11)

Charakteristika depresí je různá, můžeme se například setkat s periodickou depresivní poruchou, kde se opakují epizody deprese (průměrné trvání jedné je asi 6 měsíců), s trvalými poruchami nálad, se sekundární depresí (např. při závislosti na alkoholu), s depresivní poruchou nálad v šestinedělí nebo se smíšenými úzkostně-depresivními poruchami. A existují ještě mnohé další typy depresivních poruch. (22)

Podle intenzity příznaků, lze onemocnění rozdělit na:

- 1) Lehkou depresivní fázi
- 2) Středně těžkou depresivní fázi
- 3) Těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků
- 4) Těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (22)

- **Manický syndrom**

Jedná se v podstatě o opak deprese. Nálada a emoce bývají euforické, nadnesené avšak snadno se mohou přenést do stavu agitovanosti. Psychomotorické tempo je zrychlené, sebevědomí jedince bývá zvýšeno. Pacient může mít sníženou potřebu spánku, být hyperaktivní a roztržitý. V těžkých případech se mohou objevit i bludy a halucinace. Pacienti si většinou nestěžují na somatické symptomy a stavy mánie si obvykle neuvědomují. (1, 3)

- **Bipolární afektivní porucha**

Toto onemocnění vzniká, střídá-li se depresivní syndrom s manickým (dříve maniodepresivní psychóza). O bipolární afektivní poruše hovoříme v případě, že se u pacienta rozvinula minimálně jedna manická epizoda. Nutno podotknout, že ve většině případů je prvním projevem bipolární afektivní poruchy jedna nebo více depresivních epizod a manické projevy se rozvíjí až později. (1, 3, 4)

Pokud nejsou poruchy nálad správně diagnostikovány a zaléčeny, mívají významně negativní vliv na kvalitu života pacienta a výrazně se zvyšuje riziko sebevraždy. Statisticky jen asi 25% pacientů s depresivní poruchou bývá adekvátně diagnostikováno a léčeno, proto je nutné se vyšetřením a výběru léků pečlivě věnovat. Důležité je také rozlišit onemocnění od prostého smutku např. po ztrátě blízké osoby.(1, 3)

2.2.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F49)

Tyto poruchy jsou spojené do jedné velké skupiny, vzhledem k tomu, že vznikají obvykle působením psychosociálních vlivů, jejichž dopad se do určité míry propojuje se zranitelností osobnosti jedince. Dříve se tyto poruchy označovaly jako neurózy. (1)

„Jde o poruchu adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému. Neurotické příznaky prožívá občas naznačeně i zdravý člověk: obavy, strach, nejasný neklid, úzkost, smutek, vegetativní příznaky, pocity životní nespokojenosti. Příznak nebo příznaky jsou pro jedince obtěžující, jsou vnímány jako nepřijatelné a cizí. Kontakt s realitou je zachován, chování neporušuje základní sociální normy.“ (1, s. 275)

Mezi **duševní příznaky** patří: úzkost, strach, deprese, obsese, fobie, amnézie, nesoustředěnost, poruchy spánku, únavnost aj. (1, 22)

Mezi **somatické příznaky** patří: dušnost, bolesti na hrudi, palpitace, tachykardie, pocení, kolapsy, zvracení, průjem, návaly chladu, horka aj. (1, 22)

Do skupiny těchto onemocnění patří **Fobické úzkostné poruchy**. U těch je míra úzkosti neadekvátní situaci a trvá příliš dlouho i při odstranění vyvolávajícího podnětu. Vyskytuje se i v situacích, které většina lidí zvládá bez větších obtíží. Úzkost u fobických poruch je specifická, pacienta trápí ataky od mírné úzkosti, až po úzkost panickou a to v určité situaci nebo v přítomnosti určitého podnětu. Jedinec si obvykle uvědomuje, že obavy jsou iracionální. Ataky lze zmírnit vyhnutím se působícím podmínkám a situacím. (1, 11)

Další bychom zmínili skupinu **Jiných úzkostných poruch**, které nejsou vázány na žádný specifický podnět, ani situaci. Pacient si svou úzkost může i nemusí uvědomovat. Příznaky jsou stejné. (1)

Obsedantně kompulzivní porucha je také jednou z diagnóz této skupiny. Charakterizuje se střídáním obsese (vtíravé myšlenky, impulsy) a kompulze (opakující se nutkavé akty). Pokud se kompulzím nevyhoví, pacient začne pociťovat napětí a úzkost. Nemocný s touto poruchou si obvykle uvědomuje nesmyslnost svého nutkavého chování. (1)

I Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení patří do této skupiny. Liší se od jiných onemocnění tím, že obsahuje poruchy způsobené přímým následkem těžkého stresu nebo traumatu (např. výjimečně zatěžující událostí, která vyvolá akutní stresovou reakci). Akutní reakce na stres se objevují krátce po stresovém podnětu a odeznívají obvykle po několika hodinách, až dnech. Zásadní životní změny (smrt blízké osoby, znásilnění apod), vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem, mohou způsobit poruchy přizpůsobení. Příznaky se mohou projevovat úzkostí, pláčem, hyperaktivitou nebo stuporem, zoufalstvím, hněvem, agresí, dezorientací apod. Důležitá je emoční podpora jedince v tomto těžkém období. Pacient má „právo“ na cokoliv, kromě agrese. (15, 22)

Společným rysem **Disociativní poruchy** je částečná nebo úplná ztráta začlenění mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity, bezprostředních pocitů a ovládání pohybů těla. Například v afektu se může vnitřní konflikt projevit paralýzou paže, přičemž si pacient není svého vzteku vědom. Může se objevit disociativní amnézie, disoc. stupor, disoc. křeče, disoc. poruchy motoriky. Pro diagnostiku této poruchy nesmí být známky žádné somatické poruchy, která by vysvětlovala aktuální příznaky. Porucha obvykle odeznívá spontánně. (15)

Skupina těchto onemocnění také zahrnuje **Somatoformní poruchy**. Hlavním rysem je opakovaná stížnost na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetření i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah, podstatu potíží nebo příznaků, nešťastnost a zaujetí pacienta. (22)

Jiné neurotické poruchy popisují 2 hlavní druhy neurastenie (chronický únavový syndrom). První typ je charakteristický zvýšenou únavností a duševním vypětím u běžných denních úkolů. Druhý typ se vyznačuje pocity tělesné slabosti při minimální námaze spojené s pocity svalové bolesti. U obou typů lze pozorovat další příznaky, jako jsou závratě, bolesti hlavy, poruchy spánku, pocity celkové nestability a podrážděnosti. (1)

3 Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči

Diagnostika psychiatrického onemocnění v PNP patří k nejobtížnějším úkonům, se kterými se může zdravotník v oblasti urgentní medicíny setkat. Klinické obrazy psychiatrických poruch jsou proměnlivé a ošetření probíhá obvykle v časové tísní. Na zodpovědnosti zdravotníka je správné uvážení, zda je nutná odborná intervence, jelikož samotná hospitalizace může pacienta poškodit z hlediska fyzické i právnické osoby. U některých psychiatrických poruch se můžeme setkat s rizikem pacientovi auto a heteroagrese či jiných komplikovaných situací. Při vyšetření a ošetření psychiatrického pacienta existují určité postupy, které usnadňují řešení náročných případů. (2)

Během ošetření pacienta musíme pamatovat na to, že každý člověk je svobodný a nemusí činit nic, co mu neukládá zákon. Z toho vyplývá, že záleží jen na svobodné vůli pacienta, zda se podrobí diagnostickým či léčebným opatřením. Schopnost svobodného rozhodování může být však narušena duševní poruchou. Ta může nezávisle na vůli pacienta ohrožovat společnost i jeho samotného. Je třeba tedy vždy posoudit, do jaké míry duševní porucha postihuje duševní funkce pacienta a do jaké míry omezuje jeho „svobodnou vůli“ a zda je pacient bezprostředně společensky nebezpečný. V následujícím textu se budeme stručně věnovat právní problematice, jelikož její znalost je pro každého zdravotníka velmi důležitá. (2, 9)

3.1 Práva duševně nemocných

Právním postavením duševně nemocných se zabývají zejména Deklarace lidských práv a duševně nemocných, Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Kodex práv pacientů. Pacient v důsledku duševní poruchy často nedokáže svá práva prosadit, není si jich plně vědom nebo je nechápe vůbec. Proto je třeba právům pacienta s psychiatrickým onemocněním věnovat mimořádnou pozornost a dostatečně o nich pacienta (popř. opatrovníka) edukovat. (1)

3.2 Poučení nemocného

Poučení nemocného, informace podané jemu nebo členům rodiny, jsou povinností vyplývající ze zákona o zdravotních službách (zákon č.372/2011 Sb.). Tento zákon upravuje podávání informací o zdravotním stavu pacienta, práva nahlížení do dokumentace, informace o léčbě atd. Při informování nemocného o charakteru choroby je vhodné přihlídnout k tomu, zda je schopen správně vnímat realitu, myslet a přebírat odpovědnost za své jednání. (1)

„Pokud pacient není způsobilý k právním úkonům, a v případech, kdy je psychotický nebo dementní, je třeba informovat o duševním stavu pacienta jeho opatrovníka nebo blízkého člena jeho rodiny.“ (1, s. 446)

Proto je třeba vždy zvažovat aktuální duševní stav pacienta a každý případ posuzovat individuálně. (1)

3.3 Souhlas nemocného

Souhlas s diagnostickými a léčebnými výkony musí být svobodný a informovaný. V případech, kdy pacient i přes náležité vysvětlení péči odmítá, lékař si o tom musí vyžádat písemné prohlášení (revers). Revers je právní úkon, který musí být podán svobodně, srozumitelně a s domyšlením právních následků. Kromě pacienta ho podepisuje i ošetřující lékař a je vhodné, aby ho svým podpisem potvrdil i svědek (např. zdravotnický záchranář). Musí v něm být uvedeno riziko vyplývající z odmítnutí výkonu, místo a čas podání. V psychiatrii se můžeme setkat s případy, kdy je svobodná vůle pacienta závažně omezena duševní poruchou, v takovém případě revers pacienta nelze přijmout. (1, 2)

„Revers je totiž jako právní úkon neplatný, pokud ho učiní osoba nezpůsobilá k právním úkonům nebo pokud ho učiní osoba, která v důsledku akutní duševní poruchy (obvykle psychotického stavu) není v dané době právních úkonů schopná.“ (1, s. 447)

Bez souhlasu nemocného lze provést vyšetřovací a léčebné výkony, pokud osoba jeví známky duševní poruchy, intoxikace, ohrožuje sebe či své okolí nebo pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje jeho souhlas vyžádat (např. bezvědomí) a jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení. (1, 9)

3.4 Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Převzetí a držení pacienta v léčebném ústavu bez jeho souhlasu upravují právní normy a to: Listina základních práv a svobod, Zákon o zdravotních službách a Občanský soudní řád. Zdravotnické zařízení je povinno při převzetí pacienta bez jeho písemného souhlasu hlásit tuto skutečnost do 24 hodin soudu. Projeví-li pacient do 24 hodin písemný souhlas s ústavní péčí, převzetí se soudu neoznamuje. Soud rozhodne do 7 dnů o přípustnosti převzetí pacienta do ústavu bez jeho souhlasu. Nedobrovolná hospitalizace pacienta se uskutečňuje na základě doporučení zasahujícího lékaře. A to především v případě, když: (1, 9)

- pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí, je-li pod vlivem návykové látky, a pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak
- .pacientův zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas (např. bezvědomí) (2, 9)

Převoz pacienta uskutečňuje zdravotnická záchranná služba, po zajištění přednemocniční neodkladné péče. Výjezdová skupina není povinna poskytnout ošetření pacientovi v případě, když by projevy duševní poruchy ohrožovaly zdraví nebo život posádky. V takových případech si zdravotnická záchranná služba obvykle vyžádá pomoc policie, hasičů nebo obou složek. (2)

3.5 Způsobilost k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům vzniká dovršením 18. roku života. Pracovně-právní a trestní způsobilost je od 15. roku života. O zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům rozhoduje soud na základě psychiatrického posudku. A to v případě, kdy duševní stav i zletilých osob vyžaduje ochranu těchto osob a ochranu zájmu třetích osob před následky jejich případných právních úkonů. Z lékařského hlediska je právní způsobilost omezována duševní poruchou nebo nadměrným užíváním alkoholu a návykových látek, které není přechodné. Právní akt je tedy v průběhu i přechodné duševní poruchy či akutní intoxikace návykovými látkami neplatný. Návrh na zahájení řízení o úpravě způsobilosti (omezení nebo úplné zbavení právní způsobilosti) může podat státní orgán, zdravotnické zařízení, procesně způsobilá osoba aj. Soud může zahájit řízení i bez takového návrhu

a osobám zbavených právní způsobilosti určuje opatrovníka. Návrh na přezkoumání své způsobilosti k právním úkonům může podat i ten, kdo byl způsobilosti zbaven. (1, 9)

„Nezpůsobilost k právním úkonům nevylučuje způsobilost k protiprávním činům, tj. nevylučuje trestní odpovědnost.“ (1, s. 453)

3.6 Soudní psychiatrie

Soudní psychiatrie patří mezi specifická odvětví psychiatrie. Jejím hlavním úkolem je řešit problematiku v oblasti duševních poruch, a to které poruchy jsou chorobného charakteru (např. Alzheimerova demence) a které nikoliv (např. disociální porucha). Za duševní poruchy chorobného charakteru nenese pacient odpovědnost a to z toho důvodu, že je nedokáže odstranit vlastní vůlí. Zabývá se základním principem presumpece (pravděpodobnost) zdraví. (1, 9)

Vede-li duševní porucha k vymizení rozpoznávací schopnosti, zda je pacientovo jednání nebezpečné pro společnost a k vymizení ovládnout toto jednání, může v takových případech soud uznat pacienta za **nepříčetného**. Jedinec pak není za svůj čin v důsledku duševní poruchy zodpovědný. Dojde-li pouze ke snížení rozpoznávací a ovládací schopnosti, soud uzná pacienta za **zmenšeně příčetného**. Soud pak obvykle ukládá ochranné (povinné) léčení. O příčetnosti či nepříčetnosti jedince rozhoduje soud na základě znaleckého psychiatrického posudku. Pokud pacient svým jednáním maří účel ochranného léčení, může být stíhán pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí. Hlavním úkolem ochranného léčení je ochrana společnosti. (1, 5, 9)

3.7 Povinná mlčenlivost

Významným předpokladem vytvoření důvěry mezi zdravotníkem a pacientem je mlčenlivost o informacích, které se zdravotník dozví v souvislosti s výkonem svého povolání. Informace lze sdělovat se souhlasem ošetřované osoby. (1, 9)

Existují však výjimky případů, kdy se skutečnost sděluje bez souhlasu pacienta (např. jde-li o údaje pacienta, který byl obětí trestného činu atd.) nebo pokud je zdravotník povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu aj. (1, 9)

Porušení povinné mlčenlivosti může být kvalifikováno i jako trestní čin neoprávněného nakládání s osobními údaji. (1, 9)

3.8 Vyšetření psychiatrického pacienta

Zvládnutí stavu pacienta přináší nemalá úskalí, se kterými se pracovníci záchranné služby mohou setkat. Ať už se jedná o pacienta agresivního, obtížně identifikovatelnou intoxikaci nebo třeba riziko přítomnosti tělesného onemocnění, je třeba mít na paměti, že psychiatrický pacient je nemocný jedinec. Proto ani etika při ošetření by neměla stát na posledním místě. (2)

Důkladné vyšetření pacienta je důležité pro určení správné diagnózy. Navázání kontaktu a získání důvěry pacienta usnadní odběr anamnézy. Otázky pacientovi klademe srozumitelně a stručně, používáme jazyk přiměřený pacientově stavu, inteligenci a vzdělání. Je třeba se vyvarovat prudkých pohybů, nezvyšovat hlas a respektovat neverbální signály komunikace. Pátráme po příčinách onemocnění a subjektivních potížích. Jednáme klidně, s rozvahou, v určitých případech je na místě rozhodnost. Jelikož pacient může reagovat nečekaně, měl by být zdravotník na tuto možnost připraven. Při vyšetření zaznamenáváme první dojem (je pacient roztržitý, zacpává si ucho, stereotypní pohyby atd.). K vyšetření pacienta patří i odebrání **anamnestických údajů** (anamnéza osobní, rodinná, sociální atd.) a informace o **nynějším onemocnění** (popis aktuálních problémů fyzických i psychických). Je dobré nechat pacientovi prostor k vlastnímu vyjádření jeho potíží, dbáme na zpětnou vazbu. Pokud pacient není svolný samostatně hovořit nebo přestává sdělovat další údaje, samostatně pátráme po informacích. (2, 3, 13)

Vyšetření pacienta probíhá obvykle v tomto sledu:

- 1) Základní identifikační údaje
- 2) Anamnéza
- 3) Přítomný stav psychický
- 4) Přítomný stav somatický (3)

Z identifikačních údajů se snažíme zjistit jméno, příjmení, rodné číslo, pojišťovnu, místo bydliště. Ne vždy je to však možné. (2)

V anamnéze pátráme po důležitých informacích, ty nám může poskytnout sám pacient (umožňuje-li to jeho stav), rodina, policie nebo ten, kdo volal zdravotnickou záchrannou službu. Snažíme se zjistit, zda pacient je nebo byl psychiatricky léčen, užívá-li nějaká psychofarmaka (jestliže ano, která), užívá alkohol a drogy, somatická onemocnění, úrazy hlavy, operace, jiné potíže atd. (3)

Na základě upřesňujících otázek vyšetřujeme jednotlivé psychické funkce a hodnotíme tzv. status praesens psychicus (přítomný psychický stav). Všechny důležité informace zaznamenáváme do dokumentace. (3)

U přítomného psychického stavu hodnotíme: celkové vzezření, vědomí a orientaci, chování, psychomotorickou aktivitu, emoce, vnímání, myšlení (forma, obsah), soustředění, intelekt, paměť, kognitivní funkce, osobnost, náhled na léčbu, suicidiální úvahy atd. Vyšetření jednotlivých aspektů nám usnadňuje stanovení diagnózy. (3)
Somatický stav je v podstatě aktuální tělesný stav nemocného. (2)

Jedná-li se o pacienta intoxikovaného některou z psychoaktivních látek, je potřebné zjistit co nejvíce informací o druhu látky, způsobu podání, množství a koncentraci, době expozice látky atd. Kvalitní vyšetření a diagnostika jsou základem úspěšné léčby otrav. (2)

3.9 Vědomí a orientace

V normálním stavu je vědomí bdělé a jasné. Pacient je orientován časem, místem, osobou a situací. Změny vědomí jsou kvantitativního a kvalitativního charakteru. U kvantitativního hovoříme o **somnolenci** (pacient je spavý, probuditelný oslovením), **soporu** (pacient reagující na bolestivý podnět) a **komatu** (pacient nereagující na žádné podněty). Mezi kvalitativní poruchy patří **obluzené vědomí** (zmatenost, delirium) a **mráкотné stavy** (náhlá ztráta a opětovné vrácení vědomí). Příčin změn vědomí je mnoho, (intoxikace, somatická onemocnění, psychiatrické poruchy atd.) vědomí hodnotíme dle Glasgow coma scale, u kterého posuzujeme oční, slovní a motorickou odpověď pacienta dle bodového hodnocení. (2, 3)

3.10 Orientace podle věku pacienta (s poruchou chování, neklidem, desorientací, poruchou vnímání, myšlení) bez psychiatrických poruch dřívějších

Musíme zdůraznit, že rozdělení je pouze orientační, nikoliv zavazující. Různá psychiatrická onemocnění se mohou objevit v kterémkoliv věku, byť je výskyt v daném věku jedince nepravděpodobný. (1)

Pacient nad 65 let:

- delirium
- demence
- jiná organická porucha

Pacient 30-50 let:

- intoxikace alkoholem, drogami (méně často) nebo odvykací stav
- organické poruchy
- psychotické poruchy (např. schizofrenie)
- afektivní poruchy

Pacient mladší 30 let

- intoxikace alkoholem nebo drogami
- některé psychotické poruchy (schizofrenie) (1, 2, 3, 4)

3.11 Akutní psychiatrické stavy subjektivní a objektivní

- **Akutní psychiatrické stavy subjektivní**

U těchto stavů sám pacient pocítuje potřebu psychiatrické pomoci. Uvědomuje si, že není schopen situaci řešit a spolupráce je obvykle dobrá. Dalo by se to nazvat voláním o pomoc (cry for help). Někdy je třeba zahájit léčbu již v přednemocniční etapě. Všechny akutní stavy se musí řešit velice individuálně a to z důvodu, že podaná sedace (léky na zklidnění) může u pacienta způsobit amnézii nebo narušit časové schéma události. Což je z forenzního hlediska velmi nežádoucí. Je třeba mít na mysli, že v závažných situacích (např. znásilnění, náhlé úmrtí) by medikace mohla být zneužita advokáty pro odůvodnění klientovi „amnésie“. (2, 9)

- **Akutní psychiatrické stavy objektivní**

Pacienti u těchto stavů bývají často neklidní, agresivní a mohou ohrožovat sebe či okolí. Ošetření z pravidla odmítají a spolupracující pacient bývá výjimkou. Zde je třeba vždy na prvním místě myslet na bezpečnost zasahující posádky. Ale neměli bychom zanedbávat ani bezpečnost pacienta a okolí (rodina, přihlížející). Proto v takových případech ZZS většinou zasahuje společně s policií. Už jen přítomnost policie někdy usnadní komunikaci s pacientem či dojde ke zmírnění agrese. Policie vchází na místo zásahu vždy první a je přítomna po celou dobu ošetření. Pokud je pacient agresivní i po pokusu verbálního zklidnění a jsou-li splněné zákonné předpoklady, je možné pacienta ošetřit i proti jeho vůli. K zdůvodnění takového postupu stačí důvodné podezření na psychiatrické onemocnění. Ošetření pacienta proti jeho vůli musí být zaznamenáno nejen

ve zdravotnické dokumentaci, ale i do policejního protokolu. Samotnou sedaci provádí vždy zdravotnický pracovník a je-li to třeba, s asistencí policie. Farmakoterapie používaná ke zvládnutí psychiatrického pacienta nese svoji specifickou problematiku a budeme se jí věnovat podrobněji v následující kapitole. (2, 20)

- **Ostatní akutní stavy**

Do této skupiny lze zařadit záležitosti od případů banálních, až po vážné život ohrožující stavy. Může se jednat o případy simulace (často ve věznicích), kdy je zjevně jasné, že pacient svoje onemocnění „nahrává“. I takové stavy je však nutno velmi pečlivě vyšetřit. Dále jde o sebevražedné pokusy nebo vyhrožování jimi, stavy kde není zcela jisté, zda je chování ještě „normální“ (např. agrese vůči podnětu) nebo jde o psychiatrickou diagnózu (např. histrionská porucha osobnosti). Stále častěji se můžeme setkat s tzv. účelovým jednáním jedince, který se snaží z různých důvodů dostat svého příbuzného či osobu blízkou do zdravotnického zařízení. Řešení je nelehké a vždy je lepší transportovat k vyšetření obě osoby. Podstatnou část této skupiny tvoří stavy, jejichž psychiatrické projevy jsou v důsledku somatického onemocnění (např. agrese u pacienta s hypoglykemií, hypoxický neklid atd.). U těchto pacientů by nepoznání základního onemocnění a podání sedace mohlo mít fatální následky. Proto je důležité vždy pečlivě provádět vyšetření fyziologických funkcí a soustředit se i na odebrání anamnézy, která může leccos napovědět o stavu pacienta.(2)

3.12 Terapeutické ovlivnění agitovaného chování

Během kontaktu s agitovaným až agresivním pacientem je třeba dodržovat určité obecné zásady. Postup při zklidnění pacienta se skládá ze tří složek a to je: vyhodnocení situace, komunikace a vyjednávání. (3, 20)

Vyhodnocení situace:

- vymezit vhodný prostor a dostatek času na řešení situace
- navázat verbální kontakt
- pátrat po příčinách (neklidu, agrese)

Komunikace:

- oslovovat pacienta příjmením
- představit se

- ujistit pacienta, že mu chceme pomoci
- vyjádřit empatii
- omezit rušivé elementy na minimum
- neseepisovat dokumentaci během rozhovoru

Vyjednávání:

- dát pacientovi možnost volby (např.: „S jakými léky máte lepší zkušenost?“)
- výhled na pozitiva hospitalizace, např. fyzické vyžití (na některých odděleních je k dispozici rotoped aj.)
- vysvětlit a popsat smysl prováděných intervencí (3, 20)

3.13 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem:

- nikdy nevyšetřovat pacienta v uzavřené místnosti, bez možnosti úniku
- zvážit nutnost přítomnosti policie
- respektovat neverbální signály (např.: otočení pacienta zády)
- respektovat osobní prostor
- snaha vyjednávat s pacientem vsedě
- odstranit z blízkosti pacienta nebezpečné předměty (nebo změnit místo)
- neotáčet se k pacientovi zády
- dodržovat bezpečnou vzdálenost
- hovořit klidným hlasem
- mluvit srozumitelně a stručně
- nevyvracet pacientovi poruchy vnímání a myšlení
- nenapadat pacientovy soudy (např.: „Všichni mě sledují!“)
- individuálně posoudit, zda je vhodná přítomnost další osoby (zdravotník, příbuzní)
- k ničemu pacienta nenutit
- při vystupňování neklidu rozhovor ukončit
- pokud má pacient jakoukoliv zbraň, poprosíme ho, aby ji odložil na neutrální místo
- při nutnosti fyzického zásahu se doporučuje: jedna osoba na končetinu + jedna navíc
- vždy používat ochranné pomůcky a dbát na vlastní bezpečí (riziko infekce atd.) (1, 6, 20)

3.14 Transport pacienta

Transport pacienta probíhá z místa zásahu do zdravotnického zařízení nebo ze zdravotnického zařízení do zařízení jiného (např. do specializovaného centra). Převoz nemocného se provádí vždy až po zajištění základních vitálních funkcí. Vždy by se mělo pomýšlet na riziko, že se pacientův stav může zhoršit a v jedoucím transportním prostředku je řešení situace velmi obtížné. Před transportem je vhodné provést kontrolu, zda je veškeré vybavení vozu a pomůcky zajištěny na svém místě. O použití výstražné a zvukové signalizace vždy rozhoduje velitel zásahu. U některých psychiatrických poruch se použití výstražných znamení nedoporučuje (nemocný může negativně reagovat na ostrá světla a hlasité zvuky). V případě, že jde o agitovaného pacienta, je vhodné před transportem zvážit užití sedace (pokud to stav umožňuje), popřípadě zajistit přítomnost policie. Vyžaduje-li to stav pacienta, můžeme použít některé omezovací prostředky (např. kurty na nosítkách), jejich použití upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Omezovací prostředky slouží k ochraně pacienta (např. při autoagresi) nebo zasahující posádky a jejich použití by mělo být jen po dobu nezbytně nutnou. Během celého transportu kontrolujeme pacientův stav a zajištění invazivních vstupů. (2, 20, 21)

3.15 Směrování pacienta

Mezi úskalí ošetření psychiatrického pacienta patří i otázka, kam to které onemocnění směřovat (na jaké oddělení zdravotnického zařízení). Diagnózy bývají často smíšené. V zásadě je dobré umět si odpovědět na některé otázky: Jde o psychickou poruchu? Může mít somatický podklad? Jsou přítomny tělesné komplikace, intoxikace nebo riziko poranění? Pacient somnolentní, s poraněním nebo po intoxikaci se předává do péče somatického lékaře a následně k péči psychiatra. Přímou psychiatrově lze předat pacienta v dobrém klinickém tělesném stavu intoxikovaným malým množstvím farmaka (tzn. do maximální denní nebo terapeutické dávky). Pacienta nad 60 let s podezřením na delirium, dle stavu transportujeme na interní oddělení, nebo neurologii. Na směrování pacienta nelze vytvořit závaznou tabulku, podle které lze vyhodnotit, kde pacienta ambulantně ošetřit či hospitalizovat. Ke každému onemocnění je nutné přistupovat individuálně a dle stavu pacienta rozhodnout, kde bude následná péče nejvhodnější. (2,3, 17)

3.16 Úskalí ošetření psychiatrického pacienta u jednotlivých skupin poruch

3.16.1 Ošetření pacienta s organickou duševní poruchou

Ošetření pacienta s některou z těchto poruch může stěžovat např. narušení jeho kognitivních funkcí (demence). Pacient může být dezorientován. Je dobré, když nám s odběrem anamnézy pomůže někdo z rodiny nebo opatrovník. Informace podané pacientem by nemusely být validní. (3)

U některých poruch se lze setkat s neklidným až agresivním pacientem, jehož stav provázejí bludy a halucinace (delirium). Zde je na místě rozvážné jednání s pacientem a zajištění, aby pacient neublížil sobě nebo někomu jinému. Některé pacienty trápí úzkost, strach nebo jsou emočně labilní, empatický přístup nám pomůže získat pacienta na „svou stranu“. (4, 20)

Pakliže se jedná o amnestický syndrom, pátráme po jeho možné příčině a je-li to možné, zjišťujeme, o jaký druh amnézie se jedná. (10)

3.16.2 Ošetření pacienta s poruchou vyvolanou užíváním psychoaktivních látek

U této skupiny poruch ošetření komplikuje většinou akutní intoxikace a její následky, které jsou v mnoha případech fatální. Některé intoxikace mohou být provázeny paranoiou, halucinacemi nebo bludy a zpacifikovat pacienta může být nelehkým úkolem. Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek mohou být různorodého charakteru. Od stavů prosté ebriety, po stavy závažných intoxikací, kde je nutné zahájit resuscitaci pacienta. Základem ošetření je zajištění základních životních funkcí, prevence dalšího vstřebávání popř. užití antidot. (2, 17)

Nejsou ojedinělé ani suicidiální pokusy, ty mohou být způsobné nejen přímým účinkem látky, ale i třeba pocitem bezmocnosti pacienta nad vlastní situací. Je dobré pátrat po důvodech intoxikace popř. po dopise „na rozloučenou“. (16)

Agrese některých pacientů bez pomoci policie ošetření ani neumožňuje. Lze setkat s agresí verbální i brachiální formy. Chroničtí uživatelé návykových látek obvykle patří do sociální skupiny lidí, u kterých je zvýšené riziko přenosu infekčních onemocnění, proti kterým je třeba se chránit (např. použitím dvou vrstev gumových rukavic, roušky atd.) (6, 20)

3.16.3 Ošetření pacienta se schizofrenií a příbuznými onemocněními

Pro pacienty s touto poruchou je typický výskyt halucinací a bludů. Jedinec jimi bývá bezprostředně ovlivněn. Některé typy halucinací pacientovi „přikazují“ co má nebo nemá dělat. Jednání pod vlivem těchto halucinací může být pro nemocného nebo jeho okolí nebezpečné. (4)

Zvláště obtížná může být komunikace s těmito pacienty, jelikož jsou většinou přesvědčeni o pravdivosti halucinací a bludů. Dobré je nemocnému zcela nevyvracet obsah těchto představ, jelikož pacient není schopen rozpoznat realitu. Udržování očního kontaktu během ošetření pacienta se nedoporučuje (riziko progresivní agrese). I zde se můžeme setkat s agitovaností, agresí nebo poruchami myšlení, chování a nálad. Pacient v atace onemocnění si většinou není vědom svého abnormálního jednání a chování. (1, 6, 20)

3.16.4 Ošetření pacienta s afektivní poruchou

Pacienti s těmito poruchami bývají depresivní nebo ve stavu mánie. Lze se tedy setkat s jedincem, který je úzkostný, plačtivý, s pocitem bezmoci, též s výskytem myšlenek na suicidium. Těmto pacientům je proto třeba projevit vysokou dávku empatie a dát najevo, že jsme připraveni jim poskytnout pomoc, pochopení a výhled na světlou budoucnost. (7)

U stavů mánie se setkáváme s opačným obrazem proti depresi. Nálada může být euforická, nadnesená, taktéž iritovaná. I zde se musí pečlivě volit forma komunikace. (7)

3.16.5 Ošetření pacienta s neurotickou, stresovou a somatoformní poruchou

Jelikož jde o poruchy adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému, je důležité přizpůsobit prostředí nemocnému a odstranit vyvolávající podněty, kterých je nesčetné množství. (1)

U stresových poruch se můžeme setkat s variabilní reakcí od prostého pláče až po strnutí s dezorientací či agitací. Některé poruchy mohou mít symptomy psychotického stavu, obvykle je však kontakt s realitou zachován a proto nám většinou postačí vhodně zvolená komunikace, přizpůsobená danému stavu, popřípadě farmakologické zklidnění pacienta. (1, 20)

4 Farmakologické ovlivnění psychiatrického pacienta

Farmakologické ovlivnění pacienta bývá někdy nutné u výrazně neklidných jedinců. Obvykle se k němu používají benzodiazepiny, sedativa a neuroleptika, v případě potřeby se tyto farmaka kombinují. Jelikož se jedná o léky používané v PNP, jejich spektrum je omezené, neboť slouží pouze ke zvládnutí akutního stavu nemocného, nikoliv k dlouhodobé terapii. K použití farmak je vhodné se uchýlit až jako k poslední variantě zklidnění pacienta a je-li to možné, dát přednost psychologickému ovlivnění. V některých případech je však nutné léky aplikovat, jelikož pacient svým chováním může ohrožovat sebe nebo své okolí a takovéto projevy chování jsou nežádoucí. Ne všechny stavy ovšem podání farmak umožňují (např. intoxikace) a jejich aplikace může být kontraindikována. Psychiatrické poruchy mohou provázet bludy, halucinace, panika, úzkost, strach a jiné psychotické i neppsychotické projevy. Pomocí farmakoterapie se snažíme tyto stavy zvládnout a nemocnému ulevit od nepříjemných příznaků provázející tu kterou poruchu. (2, 3)

Zvláštní skupinou léků jsou antidota (antidotum - protilátka), jedná se o látky, které se vážou na škodlivou noxu (inaktivují nebo ruší toxický účinek látky). Používají se při intoxikacích některými látkami, existují jen pro určité noxy a mají specifický účinek. (2, 23)

Perorální aplikace

K perorálnímu užití se lze uchýlit u některých lehčích stavů (např. úzkostné poruchy, reakce na závažný stres a u poruchy přizpůsobení). Předpokladem je zachovaný polykací reflex, pacientova lucidita a známky jen lehkého rozrušení. V PNP se perorální aplikace však téměř nepoužívá. (2)

Parenterální aplikace

Jedná-li se o stavy intenzivního neklidu (např. depresivní poruchy, schizoafektivní poruchy, těžší panické poruchy), je účinnější forma parenterální. Intravenózní aplikace se používá za předpokladu možnosti zajištění žilního vstupu. (2)

Intramuskulární aplikace

Těžké stavy neklidu (např. při schizofrenii, trvalých poruchách s bludy, akutních přechodných psychotických poruchách) někdy neumožňují intravenózní podání. I přes problematiku horšího vstřebávání ze svalů, nebývá jiná, než intramuskulární aplikace možná. (2)

4.1 Nejčastěji užívaná psychofarmaka v přednemocniční neodkladné péči

Haloperidol 5mg/1ml (neuroleptikum)

- Antagonista dopaminových receptorů
- **Indikace:** bludy a halucinace, akutní a chronická schizofrenie, paranoia, akutní zmatenost, mánie, poruchy osobnosti, agresivita, hyperaktivita, sebepoškozování u pacientů s mentálními poruchami, pacient s organickým poškozením mozku, doplněk ke krátkodobé léčbě středně těžké až těžké psychomotorické agitovanosti, excitace, násilné nebo nebezpečné impulzivní chování, antiemetikum (pokud klasické přípravky proti nauze a zvracení nebyly účinné) aj.
- **Dávkování:** akutní fáze 2-10 mg i.v. nebo i.m, jako antiemetikum 0,5-2 mg i.v. nebo i.m.
- **Kontraindikace:** přecitlivělost na léčivou látku nebo deriváty přípravku, komatózní stavy, intoxikace alkoholem nebo jinými látkami tlumící CNS, Parkinsonova choroba, kardiální onemocnění aj.
- **Nežádoucí účinky:** svalová rigidita, generalizovaný nebo lokalizovaný tremor, hypotenze, hypertenze, komatózní stav (vzácně), respirační deprese s následnou hypotenzí a šokovým stavem aj. (19)

Apaurin inj.10mg/2ml amp. (diazepam)

- Benzodiazepin s myorelaxančním a antikonvulzivním účinkem (sedativum, antikonvulzivum)
- **Indikace:** akutní stavy úzkosti a vzrušení, abstinenční syndrom (delirium tremens), status epilepticus aj.
- **Dávkování:** dospělí 5 až 10 mg i.v. nebo i.m. (dávku lze zvýšit, dle stavu pacienta)

- **Kontraindikace:** přecitlivělost na léčivou látku nebo deriváty přípravku, myasthenia gravis, plicní insuficience (závažná), intoxikace alkoholem nebo jinými látkami tlumící CNS, kóma aj.
- **Nežádoucí účinky:** flebitida nebo tromboflebitida v místě podání, závratě a svalová ochablost, zmatenost, deprese aj.
- **Antidotum:** Anexate
- **Cave:** Olej – neředí se (19)

Midazolam (Dormicum) 5mg/1ml amp.

- Benzodiazepin, hypnotikum, sedativum, anxiolytikum
- Působí retrogradní amnézii
- **Indikace:** navození sedace, při zachovalém vědomí
- **Dávkování:** 0,03-0,3 mg/kg, pomalu i.v.
- **Kontraindikace:** přecitlivělost na léčivou látku nebo deriváty přípravku, gravidita, myasthenia gravis, glaukom, hypotenze, kardiopulmonální insuficience, intoxikace alkoholem nebo jinými látkami tlumící CNS aj
- **Nežádoucí účinky:** kardiopulmonální insuficience, změny krevního tlaku a srdeční frekvence, laryngospasmus, svalový třes aj. (19)

Tiapridal 100mg/2ml amp.

- Neuroleptikum
- **Indikace:** mimovolní a abnormální pohyby nemocného, krátkodobá léčba poruch (agitované a agresivní stavy) chování ve stáří nebo při chronickém alkoholismu aj.
- **Dávkování:** 100-300mg
- **Kontraindikace:** přecitlivělost na léčivou látku nebo deriváty přípravku, onemocnění nadledvin (feochromocytom), současné užívání některých antiparkinsonik, současné nádorové onemocnění prsu aj.
- **Nežádoucí účinky:** závrať, bolest hlavy, tremor, spasmy v oblasti obličeje a krku, mimovolní pohyby končetin, poruchy srdečního rytmu aj. (3,19, 20)

4.2 Antidota

Jak jsme již zmínili v předešlém textu, antidotum je látka s opačným účinkem k jiné látce. Obecně rozšířená, avšak mylná představa je, že většina intoxikací je léčitelná pro ně určitými antidoty. Specifická antidota existují jen k několika málo látkám. V následující tabulce zmíníme některá z nich. (23)

Tabulka č. 1: Antidota (23)

TOXICKÁ LÁTKA	ANTIDOTUM
<i>amanita phalloides</i>	silibin, N-acetylcystein (ACC)
<i>Opiáty</i>	Naloxon
<i>Atropin</i>	Fyzostigmin
<i>Benzodiazepiny</i>	Flumazenil
<i>Digoxin</i>	digitalis-antidot
<i>Glykoly</i>	ethanol, fomepizol
<i>Karbamáty</i>	atropin
<i>Kumariny</i>	vitamin K
<i>Kyanidy</i>	amylum nitrosum, thiosýran sodný
<i>methemoglobinizující látky</i>	methylenová modř
<i>Olovo</i>	ETDA
<i>Organofosfáty</i>	atropin
<i>Paracetamol</i>	N-acetylcystein (ACC)

Farmakologická intervence agresivního pacienta

Farmakoterapii nelze aplikovat dle jednotlivých psychiatrických onemocnění, je třeba vždy postupovat symptomaticky a dle stavu pacienta. Zde však uvedeme stručné schéma, podle kterého se lze orientačně řídit, za předpokladu, že se jedná o dospělého pacienta s agresivními projevy v chování. (1, 3)

Agresivní pacient bez psychotických příznaků

- Apaurin 5-30 mg i.v. nebo i.m.

Agresivní psychotický pacient

- Haloperidol 0,5-10 mg i.v. nebo i.m. nebo Tiapridal 100-300 mg i.v. nebo i.m.

Agresivní pacient s odvykacím stavem při odnětí alkoholu (delirium tremens)

- Apaurin 10-30 mg i.v. nebo i.m. nebo Tiapridal 100-300 mg i.v. nebo i.m. (2,19,20)

Užití farmakoterapie u psychiatrického pacienta je vždy obtížným úkolem každého zdravotnického pracovníka v PNP. Bližší indikace je možné učinit s přihlédnutím, zda pacient splňuje diagnostická kritéria podle MKN-10. V některých případech nelze diagnózu v PNP přesně určit a proto bývá léčba spíše symptomatická. Léky by se měly vždy podávat podle nejlepšího svědomí a odborných znalostí každého zdravotnického pracovníka. (2, 3)

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Léčba psychiatrického pacienta je běžná situace, se kterou se zdravotnický pracovník na ZZS často setkává. Právě četnost výjezdů k pacientovi s psychiatrickou poruchou nás vedla k zamyšlení, v čem je přístup zdravotnických pracovníků k takovému pacientovi odlišný či berou-li jeho ošetření jako rutinní záležitost.

Ošetření psychiatrického pacienta totiž nese své specifické postupy a zásady. U většiny pacientů s psychiatrickou poruchou bývá změněno jejich vnímání a jednání. Takové stavy vyžadují vedení komunikace s pacientem na profesionální úrovni. I když ošetření může probíhat v časové tísní, je důležité věnovat mu dostatek času.

Jelikož se domníváme, že nejčastěji se posádky ZZS setkávají s pacienty intoxikovanými návykovými látkami, je důvodné předpokládat, že i neochota spolupráce a výskyt agrese u těchto pacientů bude vysoký. Zásady jednání s agresivním pacientem, ale i s pacienty, kteří trpí některou z psychiatrických poruch, by měli zdravotničtí záchranáři i lékaři dobře ovládat. Vhodně vedená komunikace může ve většině případů napomoci méně traumatickému ošetření pacienta.

Cíle práce

Cíl č. 1 (C1): Zjistit, jaké jsou dle respondentů nejčastější psychiatrické indikace k výjezdu posádek ZZS.

Cíl č. 2 (C2): Zjistit nejčastější komplikace, které se vyskytují během ošetření psychiatrického pacienta v PNP.

Cíl č. 3 (C3): Zjistit, jak často je nutné užití farmakoterapie při ošetření psychiatrického pacienta v PNP.

Metodika práce

Průzkumnou část jsme provedli pomocí dotazníkového šetření (Příloha č. 1). Prvním cílem průzkumné části bylo zjistit, jaké jsou nejčastější psychiatrické indikace k výjezdu posádek ZZS. Druhým cílem bylo zjistit nejčastější komplikaci, která se vyskytuje během ošetření psychiatrického pacienta. Třetím cílem jsme zjišťovali, jak často je nutné užití farmakoterapie při ošetření psychiatrického pacienta posádkou ZZS.

Nejprve byla vytvořena pilotní studie, ve které bylo rozdáno 20 dotazníků. Naším cílem bylo zjistit, zda respondenti pochopí znění otázek a náležitě na ně odpoví či budou mít k některým částem dotazníku výhrady. Z výsledků dotazníkového šetření a především z následujících konzultací s respondenty vyplynulo, že až na 2 otázky je dotazník srozumitelný a dobře pochopitelný. Upravili jsme tedy znění u těchto otázek a v praktické části bakalářské práce jsme použili původní dotazník z pilotní studie.

Dotazníkové šetření je zcela anonymní a slouží pouze k účelu získání konkrétních dat, pro vypracování průzkumné části bakalářské práce. Dotazník obsahuje uzavřené a polouzavřené otázky, u kterých je možná pouze jedna odpověď. Použili jsme i jednu otázku filtrační, pro eliminaci respondentů, kteří nemohou na následující otázky odpovědět. Dotazník tvoří 16 otázek a je rozdělen na tři části.

První část otázek je zaměřena na získání základních informací o respondentovi, druhá část je zaměřena na získání informací, které nám pomohou zjistit jednotlivé cíle. V závěrečné části dotazníku jsou položeny otázky důvěrnějšího charakteru, kterými zjišťujeme přístup zdravotnických pracovníků k psychiatrickému pacientovi. Dotazník byl rozdávan na ZZSPk přímou metodou v tištěné podobě. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, návratnost dotazníků byla 111, z čehož 4 dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost nebo chybné vyplnění. Celkový počet dotazníků byl tedy 107. Výsledky průzkumu jsme zpracovali do tabulek a grafů pomocí textového editoru Microsoft Word 2007 a Microsoft Excel 2007. Správné odpovědi, jsme pro přehlednost označili zeleně.

Hypotézy

Hypotéza č. 1 (H1): Domnívám se, že nejvíce výjezdů posádek ZZS je k pacientovi s poruchou vyvolanou účinkem psychoaktivních látek.

Hypotéza č. 2 (H2): Domnívám se, že nejčastější komplikací během ošetření psychiatrického pacienta je agresivita pacienta.

Hypotéza č. 3 (H3): Domnívám se, že posádky ZZS užívají farmakoterapii ve 20 - 40 % případů.

Vzorek respondentů

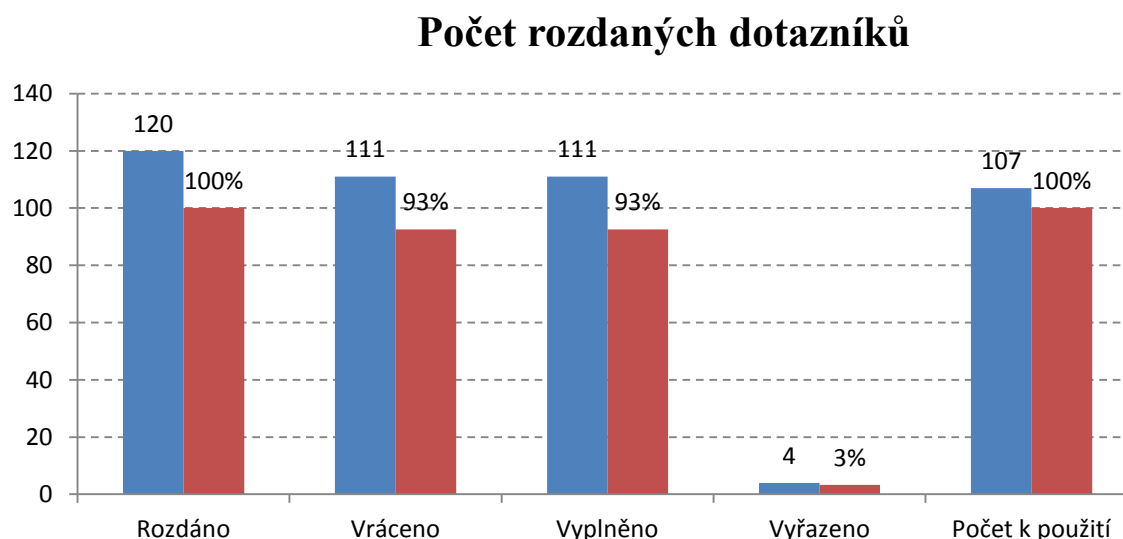
V průzkumu jsme oslovili pracovníky zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje (dále jen ZZSPk). Dotazníkové šetření probíhalo od 5. listopadu 2013 do 28. ledna 2014. Cílovou skupinou byli zdravotničtí záchranáři (NLZP) a lékaři. Tito respondenti byli vybráni proto, že nejčastěji přijdou do styku s psychiatrickým pacientem v PNP.

Prezentace a interpretace získaných údajů

Tabulka č. 1: Celkový počet rozdaných dotazníků

Stav	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Rozdáno	120	100%
Vráceno	111	93%
Vyplněno	111	93%
Vyřazeno	4	3%
Počet k použití	107	100%

Graf č. 1: Celkový počet rozdaných dotazníků



Zdroj: Vlastní

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, dotazník byl pro všechny respondenty stejný. Z celkového počtu 120 dotazníků (100%) byla návratnost 111 (93%) dotazníků, z nichž bylo vyplněno 111 (93%). Zbývající 4 (3%) dotazníky nebylo možné pro průzkum použít, pro jejich neúplné či chybné vyplnění. Celkový počet použitých dotazníků byl 107 (100%).

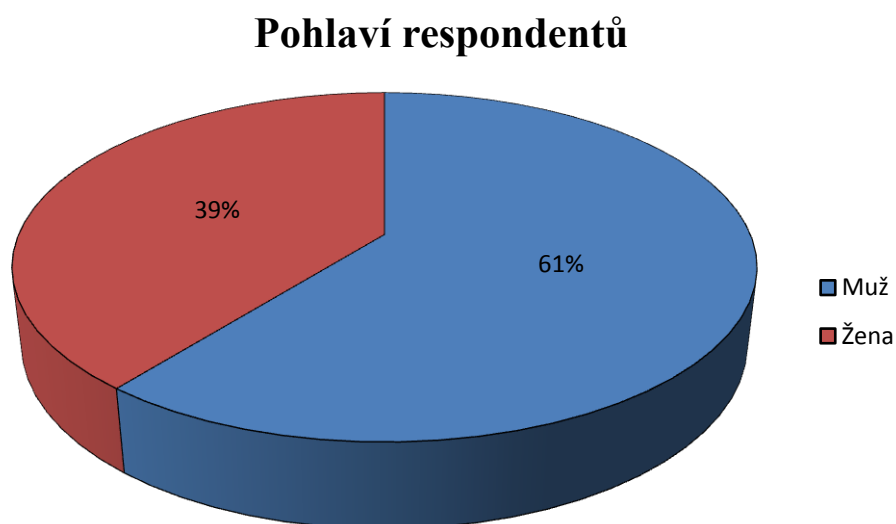
Otázka č. 1: Uved'te Vaše pohlaví.

- a) Muž
- b) Žena

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	65	61%
Žena	42	39%
Celkem	107	100%

Graf č. 2: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 107 (100%) respondentů, odpovědělo na dotazníkové šetření 65 (61%) mužů a 42 (39%) žen.

Otázka č. 2: Uveďte délku praxe u ZZS.

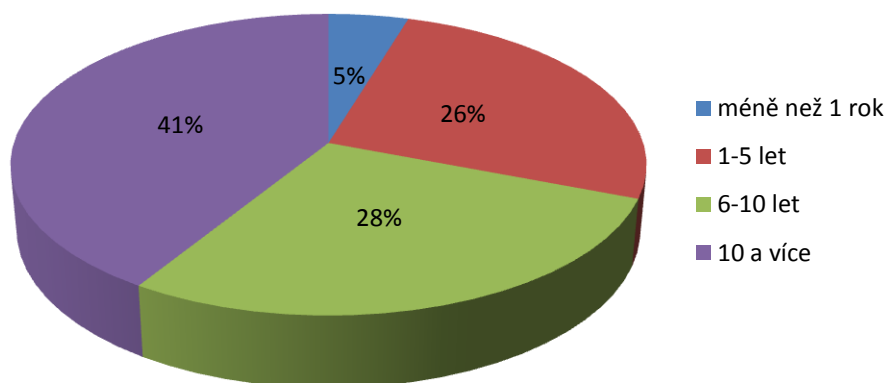
- a) Méně než 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 10 let a více

Tabulka č. 3: Délka praxe u ZZS

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost %
méně než 1 rok	5	5%
1-5 let	28	26%
6-10 let	30	28%
10 let a více	44	41%
Celkem	107	100%

Graf č. 3: Délka praxe u ZZS

Délka praxe u ZZS



Zdroj: Vlastní

Z této otázky vyplývá, že délka praxe u 5 (5%) respondentů je méně než jeden rok. 28 (26%) respondentů odpovědělo, že jejich délka praxe je v rozmezí 1-5 let. 6-10 let praxe uvedlo 30 (28%) dotazovaných. Nejvíce respondentů, v počtu 44 (41%) uvádí, že jejich délka praxe u ZZS je více než 10 let.

Otázka č. 3: Uveďte Vaši pracovní pozici u ZZS.

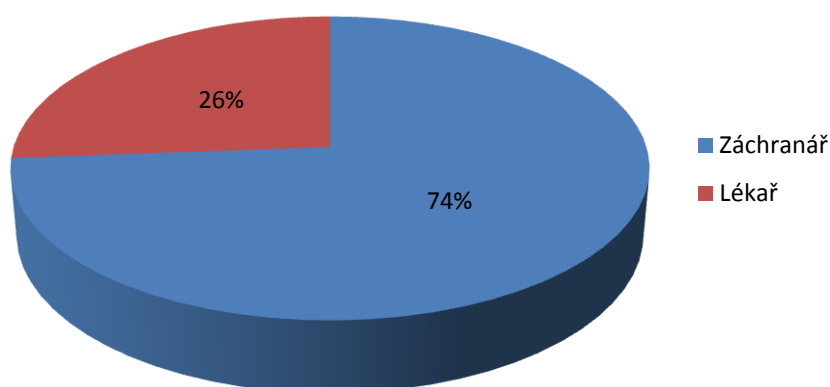
- a) Zdravotnický záchranář (NLZP)
- b) Lékař

Tabulka č. 4: Pracovní pozice u ZZS

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Záchranář	79	74%
Lékař	28	26%
Celkem	107	100%

Graf č. 4: Pracovní pozice u ZZS

Pracovní pozice u ZZS



Zdroj: Vlastní

V této otázce jsme se respondentů ptali na jejich pracovní pozici u ZZS. Z celkového počtu 107 respondentů uvedlo 79 (74%) dotazovaných pracovních pozic zdravotnický záchranář a 28 (26%) respondentů uvedlo pracovní pozici lékaře.

Otázka č. 4: Setkal/a jste se během své praxe u ZZS s psychiatrickým pacientem?

a) Ano

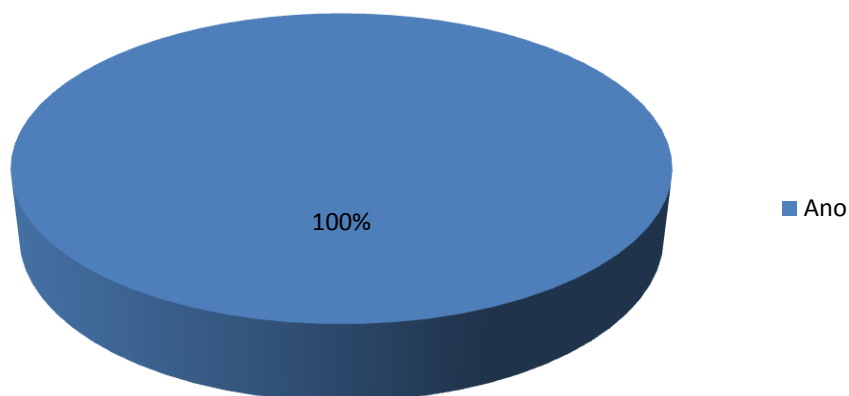
b) Ne

Tabulka č. 5: Setkání během praxe s psychiatrickým pacientem

Setkání s psychiatrickým pacientem	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	107	100%
Ne	0	0%
Celkem	107	100%

Graf č. 5: Setkání během praxe s psychiatrickým pacientem

Setkání během praxe s psychiatrickým pacientem



Zdroj: Vlastní

V této otázce jsme se tázali respondentů, zda se během své praxe u ZZS setkali s psychiatrickým pacientem. Všech 107 dotazovaných tj. 100% odpovědělo kladně. Tato otázka sloužila k eliminaci respondentů, kteří by nemohli odpovídat na následující otázky.

Otázka č. 5: Uveďte skupinu psychiatrických poruch, o které se domníváte, že je na ni indikováno nejvíce výjezdů posádek ZZS?

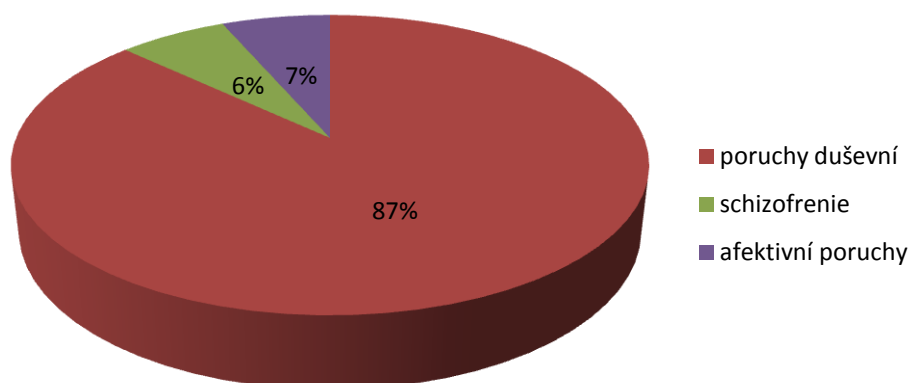
- a) Organické poruchy (demence, delirium)
- b) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (drogy, alkohol, léky)
- c) Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- d) Afektivní poruchy (deprese, mánie)
- e) Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- f) Jiné.....

Tabulka č. 6: Nejčastější skupina psychiatrických poruch

Skupina poruch	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Organické poruchy	0	0%
Por. duševní a por. chování	93	87%
Schizofrenie	7	6%
Afektivní poruchy	7	7%
Neurotické, stres. a som. por.	0	0%
Jiné	0	0%
Celkem	107	100%

Graf č. 6: Nejčastější skupina psychiatrických poruch

Nejčastější skupina psychiatrických poruch



Zdroj: Vlastní

Cílem otázky č. 5 bylo zjistit skupinu psychiatrických poruch, o které se zdravotničtí pracovníci ZZS domnívají, že je na ni indikováno nejvíce výjezdů posádek ZZS. Odpověď „*organické poruchy*“ neoznačil nikdo z dotazovaných. Druhou možností „*poruchy duševní a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek*“ naopak označilo nejvíce respondentů a to v počtu 93 (87%). 7 (6%) respondentů se domnívá, že nejvíce výjezdů je indikováno na schizofrenii, k poruchám schizotypálním a poruchám s bludy. Skupinu afektivních poruch označilo 7 (7%) dotazovaných. Žádný z respondentů nevedl, že by šlo o skupinu neurotických, stresových a somatoformních poruch. Možnost uvedení jiné skupiny psychiatrických poruch nikdo z dotazovaných nevyužil.

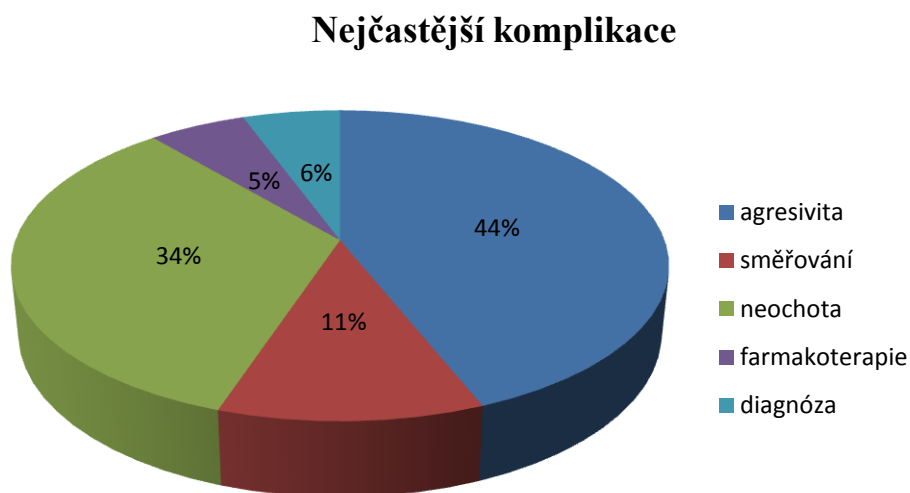
Otázka č. 6: S jakými komplikacemi se nejčastěji setkáváte během ošetření psychiatrického pacienta?

- a) Agresivita
- b) Směrování pacienta do zdravotnického zařízení (diagnózy mohou být smíšené)
- c) Neochota spolupráce pacienta
- d) Užití farmakoterapie
- e) Určení diagnózy
- f) Jiné.....

Tabulka č. 7: Nejčastější komplikace

Komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
agresivita	47	44%
směrování	12	11%
neochota	36	34%
farmakoterapie	6	5%
diagnóza	6	6%
jiné	0	0%
Celkem	107	100%

Graf č. 7: Nejčastější komplikace



Zdroj: Vlastní

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, s jakými komplikacemi se při ošetření psychiatrického pacienta nejčastěji zdravotničtí pracovníci setkávají. Z celkového počtu 107 dotazovaných 47 (44%) uvedlo, že se jedná o agresivitu pacienta. 12 (11%) respondentů uvedlo, že nejčastější komplikací je směrování pacienta do zdravotnického zařízení, z důvodu smíšenosti diagnóz. Možnost „*neochota spolupráce pacienta*“ označilo 36 (34%) respondentů. 6 (5%) dotazovaných uvedlo, že hlavní komplikací je užití farmakoterapie při ošetření psychiatrického pacienta. Možnost „*určení diagnózy*“ označilo 6 (6%) dotazovaných. Možnost uvést jinou komplikaci nikdo z dotazovaných nevyužil.

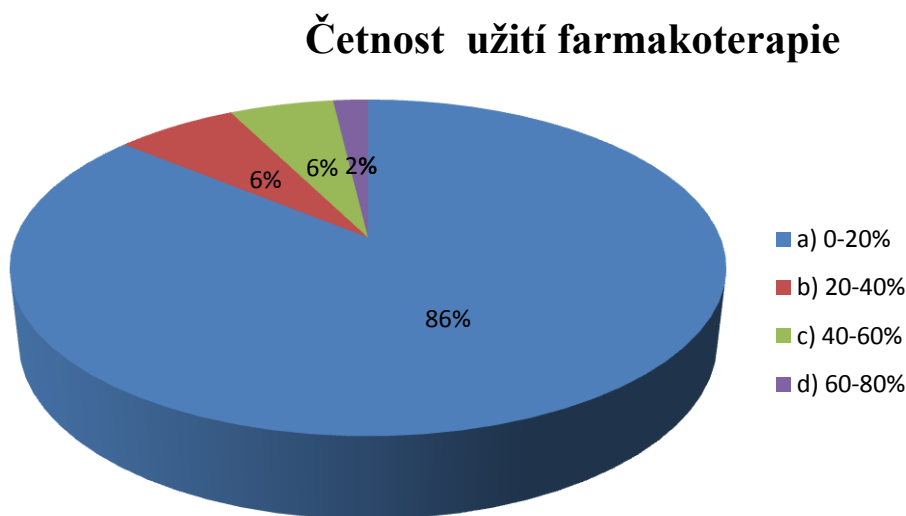
Otázka č. 7: Jak často užíváte farmakoterapii při ošetření psychiatrického pacienta?

- a) V 0-20% případů
- b) V 20-40% případů
- c) V 40-60% případů
- d) V 60-80% případů
- e) V 80-100% případů

Tabulka č. 8: Četnost užití farmakoterapie

Četnost farmakoterapie	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a) 0-20%	92	86%
b) 20-40%	7	6%
c) 40-60%	6	6%
d) 60-80%	2	2%
e) 80-100%	0	0%
Celkem	107	100%

Graf č. 8: Četnost užití farmakoterapie



Zdroj: Vlastní

V této otázce jsme se respondentů ptali, jak často užívají farmakoterapii při ošetření psychiatrického pacienta. Z celkového počtu 107 dotazovaných 92 (86%) respondentů označilo možnost a) „v 0-20% případů“. 7 (6%) respondentů označilo možnost b) „v 20-40% případů“. 6 (6%) dotazovaných uvedlo, že farmakoterapii užívá v 40-60% případů. Pouze 2 (2%) respondenti označili možnost d) „v 60-80% případů“. Nikdo z dotazovaných nevedl, že by farmakoterapii užil v 80-100% případů.

Otázka č. 8: Myslíte si, že víte, jak správně vést komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetřování?

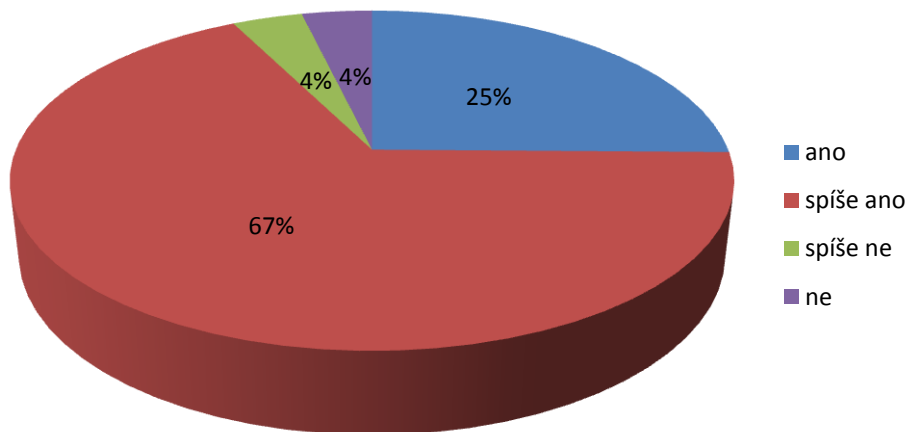
- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka č. 9: Komunikace s psychiatrickým pacientem

Vedení komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	27	25%
spíše ano	72	67%
spíše ne	4	4%
ne	4	4%
Celkem	107	100%

Graf č. 9: Komunikace s psychiatrickým pacientem

Komunikace s psychiatrickým pacientem



Zdroj: Vlastní

Otázka č. 8 zjišťovala, zda si zdravotničtí pracovníci myslí, že ví, jak vést komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetřování. Z grafu vyplývá, že 27 (25%) dotazovaných označilo možnost „ano“, převážná část respondentů tj. 72 (67%) označilo možnost „spíše ano“. 4 (4%) respondenti uvedli možnost „spíše ne“. Stejný počet, tedy 4 (4%) respondenti označili možnost „ne“.

Otázka č. 9: Jak byste komunikoval/a s pacientem trpícím schizofrenií?

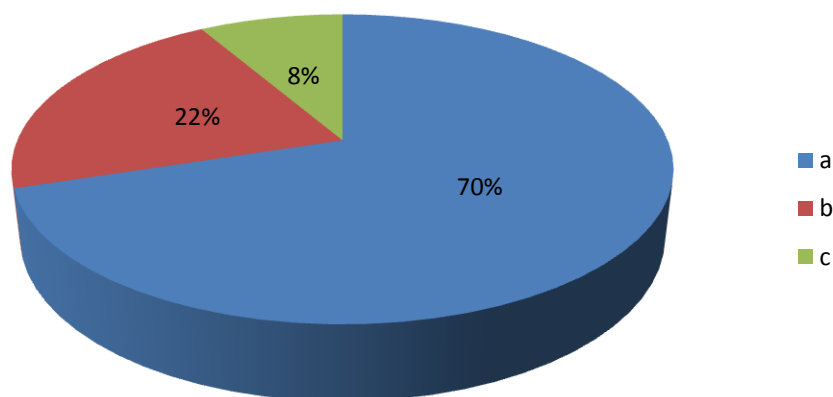
- a) Budu se snažit pacienta zklidnit vhodně zvolenou komunikací a k získání pacientovi důvěry budu udržovat oční kontakt
- b) Budu se snažit pacienta zklidnit vhodně zvolenou komunikací a vyhnou se očnímu kontaktu
- c) Pacienta se pokusím zklidnit a vysvětlit mu, že jeho vnímání a jednání je ovlivněno onemocněním

Tabulka č. 10: Komunikace s pacientem trpícím schizofrenií

Komunikace s pacientem trpícím schizofrenií	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	75	70%
b)	23	22%
c)	9	8%
Celkem	107	100%

Graf č. 10: Komunikace s pacientem trpícím schizofrenií

Komunikace s pacientem trpícím schizofrenií



Zdroj: Vlastní

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, jak by respondenti komunikovali s pacientem trpícím schizofrenií. Většina dotazovaných tedy 75 (70%) respondentů odpovědělo, že by pacienta zklidnila vhodně zvolenou komunikací a k získání pacientovy důvěry by udržovali oční kontakt. 23 (22%) respondentů by též volilo vhodně zvolenou komunikaci, ale očnímu kontaktu by se vyhnuli. 9 (8%) respondentů by pacienta zklidnilo a vysvětlilo mu, že jeho vnímání a jednání je ovlivněno onemocněním.

Otázka č. 10: Domníváte se že, znáte kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci pacienta?

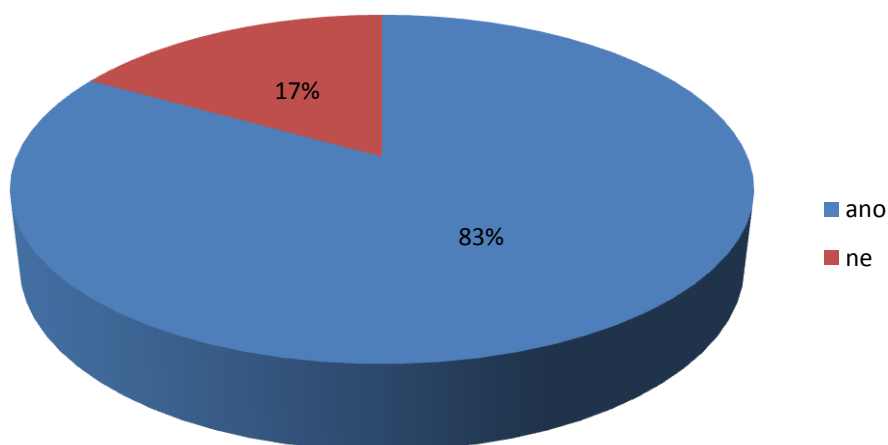
- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č.: Kritéria nedobrovolné hospitalizace

Kritéria nedobrovolné hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	89	83%
Ne	18	17%
Celkem	107	100%

Graf č. 11: Kritéria nedobrovolné hospitalizace

Kritéria nedobrovolné hospitalizace



Zdroj: Vlastní

Zde jsme se respondentů ptali, zda se domnívají, že znají kritéria nedobrovolné hospitalizace. 89 (83%) dotazovaných se domnívá, že kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci zná. 18 (17%) respondentů se domnívá, že kritéria nezná.

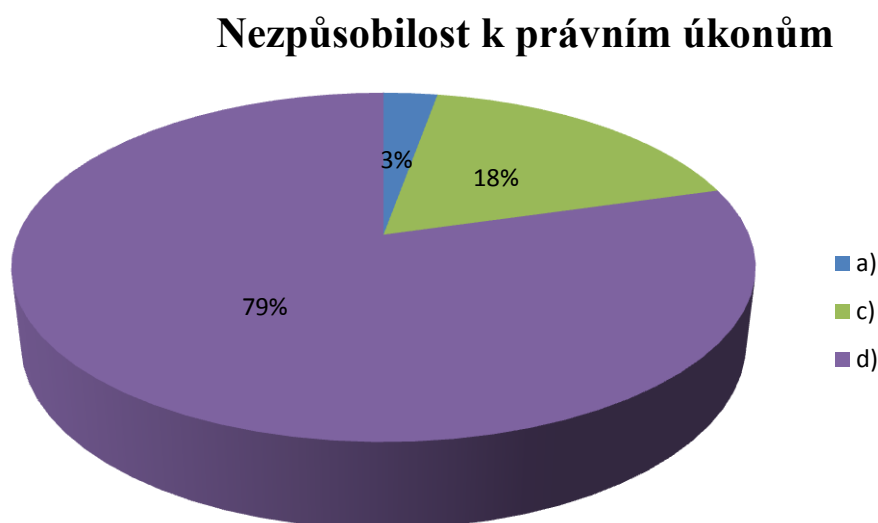
Otázka č. 11: V kterém případě je pacient nezpůsobilý k právním úkonům?

- a) Nemá-li u sebe občanský průkaz
- b) Pohoršuje-li svým chováním okolí
- c) Omezuje-li svým chováním sebe a své okolí
- d) Je-li pod vlivem návykových (psychoaktivních) látek

Tabulka č. 12: Nezpůsobilost k právním úkonům

Nezpůsobilost k právním úkonům	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	3	3%
b)	0	0%
c)	19	18%
d)	85	79%
Celkem	107	100%

Graf č. 12: Nezpůsobilost k právním úkonům



Zdroj: Vlastní

V kterém případě je pacient nezpůsobilý k právním úkonům, zjišťovala otázka č. 11. Z celkového počtu 107 dotazovaných 3 (3%) respondenti odpověděli, že v případě nemá-li u sebe pacient občanský průkaz. Odpověď „pohoršuje-li svým chováním okolí“ neoznačil nikdo z dotazovaných. 19 (18%) respondentů uvedlo, že v případě omezuje-li svým chováním sebe a své okolí. A nejvíce respondentů, tedy 85 (79%), označilo možnost „je-li pacient pod vlivem návykových (psychoaktivních) látek“.

Otázka č. 12: Je pro Vás přístup k psychiatrickému pacientovi a jeho ošetření náročnější než u jiných pacientů?

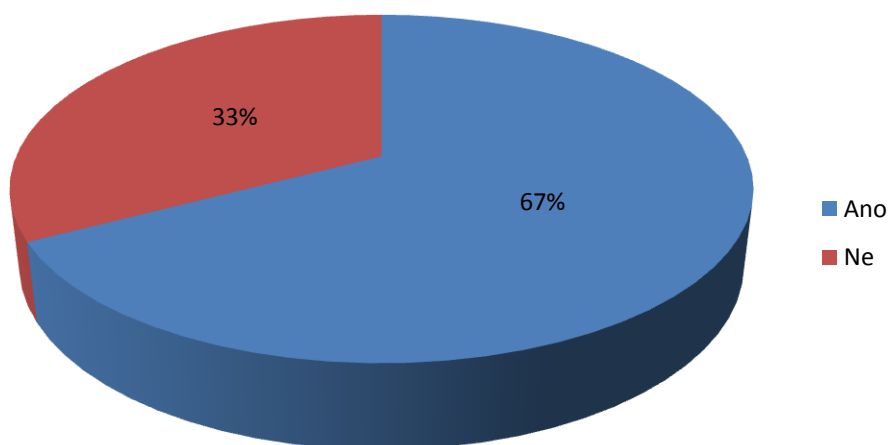
- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 13: Přístup k psychiatrickému pacientovi

Přístup k psychiatrickému pacientovi	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	72	67%
Ne	35	33%
Celkem	107	100%

Graf č. 13: Přístup k psychiatrickému pacientovi

Přístup k psychiatrickému pacientovi



Zdroj: Vlastní

Na otázku, zda je pro zdravotnické pracovníky ošetření psychiatrického pacienta náročnější než u jiných pacientů, odpovědělo 72 (67%) respondentů, že ano a 35 (33%) respondentů, že ne.

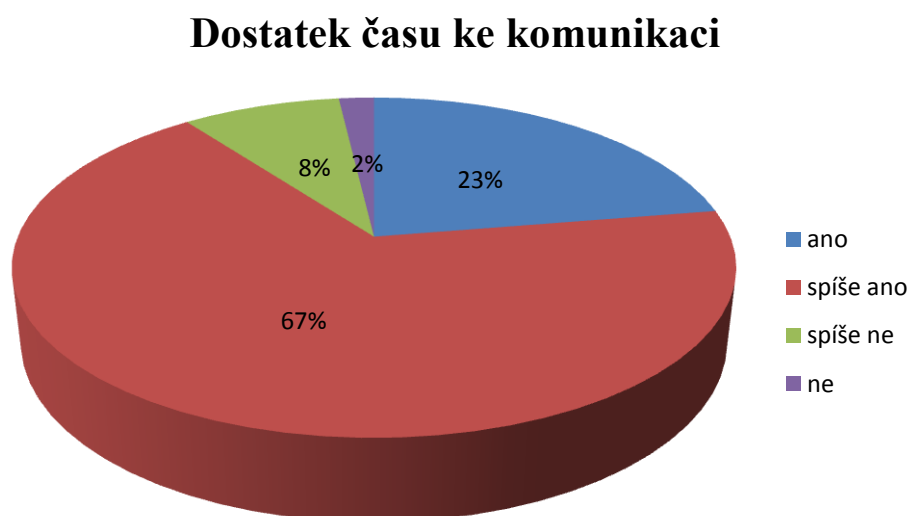
Otázka č. 13: Myslíte si, že věnujete dostatek času komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetření?

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

Tabulka č. 14: Dostatek času ke komunikaci

Dostatek času ke komunikaci	Absolutní četnost	Relativní četnost%
ano	24	23%
spíše ano	72	67%
spíše ne	9	8%
ne	2	2%
Celkem	107	100%

Graf č. 14: Dostatek času ke komunikaci



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 107 dotazovaných, 24 (23%) respondentů na otázku myslíte si, že věnujete dostatek času komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetření, označilo možnost „ano“. 72 (67%) respondentů označilo možnost „spíše ano“. Možnost „spíše ne“, uvedlo 9 (8%) dotazovaných. Pouze 2 (2%) respondenti označili možnost „ne“.

Otázka č. 14: Je pro Vás ošetřování psychiatrického pacienta stresující záležitostí?

a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 15: Ošetřování psychiatrického pacienta

Ošetřování psychiatrického pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	39	36%
ne	68	64%
Celkem	107	100%

Graf č. 15: Ošetřování psychiatrického pacienta



Zdroj: Vlastní

Otázka č. 14 zjišťovala, zda je pro zdravotnické pracovníky ošetření psychiatrického pacienta stresující záležitostí. 39 (36%) dotazovaných uvedlo, že ano a 68 (64%) dotazovaných uvedlo, že není.

Otázka č. 15: Chtěl/a byste získat více informací o ošetřování psychiatrického pacienta?

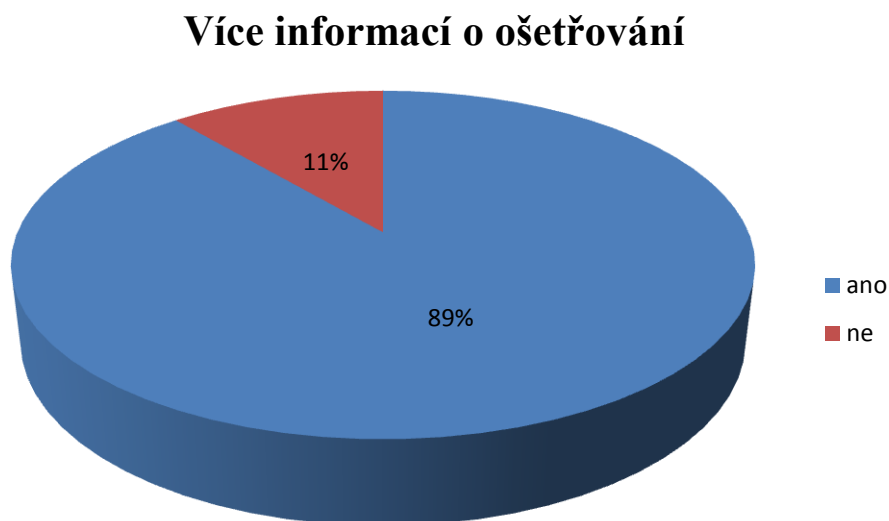
a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 16: Více informací o ošetřování

Více informací o ošetřování	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	95	89%
Ne	12	11%
Celkem	107	100%

Graf č. 16: Více informací o ošetřování



Zdroj: Vlastní

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, zda by respondenti chtěli získat více informací o ošetřování psychiatrického pacienta. Z grafu vyplývá, že většina z nich tj. 95 (89%) respondentů má zájem získat více informací a 12 (11%) dotazovaných zájem nemá.

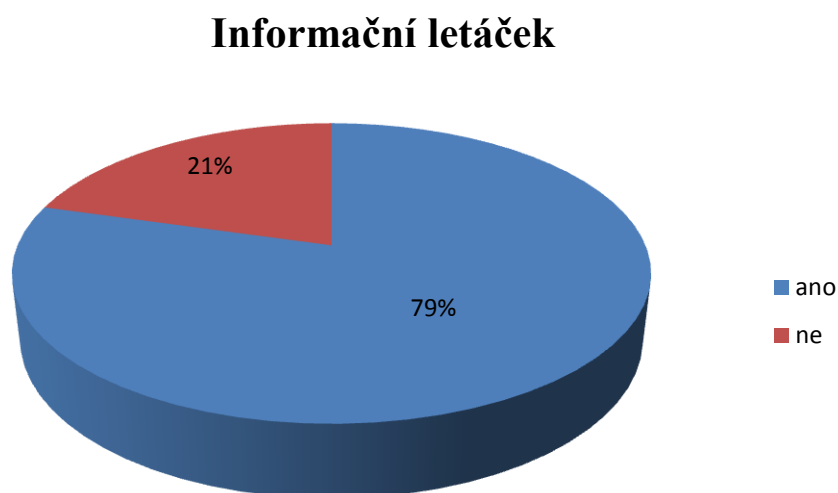
Otázka č. 16: Uvítal/a byste informační letáček se zásadami jednání s psychiatrickým pacientem?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 17: Informační letáček

Informační letáček	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	85	79%
ne	22	21%
Celkem	107	100%

Graf č. 17: Informační letáček



Zdroj: Vlastní

U této otázky se měli respondenti rozhodnout, zda by uvítali informační letáček se zásadami jednání s psychiatrickým pacientem. 85 (79%) dotazovaných by jej uvítala, zbytek respondentů tedy 22 (21%) označila možnost „ne“.

5 DISKUZE

Cíle bakalářské práce jsme si zvolili tři. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou dle respondentů nejčastější psychiatrické indikace k výjezdu posádek ZZS. Druhým cílem jsme zjišťovali nejčastější komplikace, které se vyskytují během ošetření psychiatrického pacienta v PNP. Pomocí posledního, třetího cíle jsme zjišťovali, jak často posádky ZZS užívají farmakoterapii při ošetření psychiatrického pacienta v PNP.

Splnit cíle se nám podařilo pomocí dotazníkového šetření, které, jak jsme již uvedli, probíhalo na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje. Jednotlivé dotazníky byly rozdávány v tištěné podobě a celkový počet dotazníků, které jsme pro průzkum použili, byl 107 (100%).

První tři otázky byly zaměřeny na charakteristiku souboru respondentů (viz. graf č. 2, 3, 4). V první otázce jsme se ptali na pohlaví respondentů. Z celkového počtu 107 (100%) respondentů odpovědělo na dotazníkové šetření 42 (39%) žen a 65 (61%) mužů. U druhé otázky odpovídali respondenti na délku své praxe na ZZS. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů a to v počtu 44 (41%) uvedlo, že jejich délka praxe u ZZS je více než 10 let. Naopak pouhých 5 (5%) respondentů odpovědělo, že délka jejich praxe u ZZS je méně než 1 rok. 28 (26%) respondentů uvedlo, že délka jejich praxe je v rozmezí 1-5 let a o pouhé dva respondenty více tj. 30 (28%) uvedlo délku praxe u ZZS v rozmezí 6-10 let. V dotazníkovém šetření odpovídala tedy většina respondentů s mnohaletou praxí a zkušenostmi. Třetí otázkou jsme zjišťovali absolutní i relativní četnost zastoupení zdravotnických záchranářů a lékařů v dotazníkovém šetření. Z celkového počtu 107 dotazovaných, na náš dotazník odpovědělo 79 (74%) záchranářů a 28 (26%) lékařů. Následující otázka (ot. č. 4) sloužila k eliminaci respondentů, kteří by nemohli na následující otázky odpovědět. Nicméně všech 107 (100%) dotazovaných odpovědělo, že mají zkušenost s psychiatrickým pacientem.

H1: Domnívám se, že nejčastější psychiatrickou indikací k výjezdu posádek ZZS je k pacientovi s poruchou vyvolanou účinkem psychoaktivních látek.

Hypotézu H1 jsme zkoumali pomocí otázky číslo 5. V té měli respondenti uvést skupinu psychiatrických poruch, o které se domnívají, že je na ni indikováno nejvíce výjezdů posádek ZZS. Většina dotazovaných a to v počtu 93 (87%) označila právě skupinu

poruch způsobenou užíváním psychoaktivních látek. 7 (6%) respondentů se domnívá, že nejvíce výjezdů je indikováno na schizofrenii, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Stejný počet respondentů tedy 7 (7%), označilo skupinu afektivních poruch, do které patří především stavy deprese a mánie. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by se jednalo o skupinu organických poruch nebo skupinu neurotických, stresových a somatoformních poruch. Žádný respondent nevyužil možnost uvést skupinu jiných psychiatrických poruch. Vzhledem k jasným výsledkům, které nám dotazníkového šetření přineslo, můžeme říci, že **hypotéza č. 1 se potvrdila** a většina zdravotnických pracovníků se domnívá, že nejčastější psychiatrickou indikací k výjezdu posádek ZZS je skupina poruch duševních a poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek.

H2: Domnívám se, že nejčastější komplikací během ošetření psychiatrického pacienta je agresivita pacienta.

Hypotézu H2 jsme zkoumali pomocí otázky č. 6. V této otázce jsme se respondentů ptali, s jakými komplikacemi se nejčastěji setkávají během ošetření psychiatrického pacienta. Téměř polovina dotazovaných uvedla, že nejčastější komplikací je agresivita pacienta, tuto odpověď označilo z celkového počtu 107 (100%) dotazovaných 47 (44%) respondentů, 12 (11%) respondentů označilo jako nejčastější komplikaci směřování psychiatrického pacienta do zdravotnického zařízení, z důvodu smíšenosti diagnóz. Neochota spolupráce pacienta byla také často označovanou komplikací. Tuto možnost uvedlo 36 (34%) dotazovaných. Určení pacientovi diagnózy, jako nejčastější komplikaci, označilo 6 (6%) respondentů. Stejný počet dotazovaných, tedy 6 (5%) uvedlo jako nejčastější komplikaci během ošetření psychiatrického pacienta užití farmakoterapie. I zde měli zdravotničtí pracovníci ZZS možnost uvést jinou komplikaci, o které se domnívají, že se s ní během své praxe nejčastěji setkávají. Nikdo z respondentů však jinou komplikaci neuvedl. Jak tedy vyplývá z odpovědí, **hypotéza č. 2 se potvrdila** a nejčastější komplikací se kterou se posádky ZZS setkávají během ošetření psychiatrického pacienta je agresivita pacienta. Celkově lze konstatovat, že ošetření psychiatrického pacienta většinou komplikuje jeho nevěle spolupracovat a agresivní chování, což může práci zdravotnických záchranářů a lékařů nepříjemně ztěžovat, ať už se jedná o jakoukoliv formu agrese (verbální, brachiální).

H3: Domnívám se, že posádky ZZS užívají farmakoterapii ve 20 - 40% případů

Hypotézu H3 jsme zkoumali pomocí otázky č. 7, ve které se ptáme, jak často respondenti užívají farmakoterapii při ošetření psychiatrického pacienta. 92 (86%) respondentů uvedlo, že ve 0-20% případů. 7 (6%) dotazovaných uvedlo, že ve 20-40% případů. 6 (6%) dotazovaných označilo, že farmakoterapii u psychiatrických pacientů užívá v 40-60% případů. A 2 (2%) respondenti označili možnost „v 80-100% případů“. Z tohoto výsledku vyplývá, že farmakoterapii u psychiatrického pacienta často respondenti neužívají a naše **hypotéza č. 3 se nepotvrdila**. Přesto, že nemůžeme tvrdit, že užití farmakoterapie je nutné ve více případech, aplikace farmak v PNP může být často obtížná (někdy i nemožná), jelikož u výrazně neklidných jedinců v některých případech nelze zajistit žilní vstup a intramuskulární aplikace farmak může být také komplikovaná. V případě, kdy je pacient intoxikován psychoaktivní látkou, bývá většinou aplikace farmak kontraindikována (výjimkou jsou antidota), z důvodu možné interakce s tou kterou látkou. Jelikož jsme pomocí dotazníkového šetření zjistili, že většina respondentů se domnívá, že nejčastější psychiatrickou indikací k výjezdu posádek ZZS je právě k pacientům s poruchou způsobenou účinkem psychoaktivních látek, je důvodné se domnívat, že ve většině případů užití farmak nebývá ani možné. Dalším faktem je, že spektrum léků v PNP je omezené.

V následující otázce (otázka č. 8) nás zajímalo, zda si zdravotničtí pracovníci myslí, že ví, jak vést komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetřování. Z celkového počtu 107 dotazovaných 27 (25%) respondentů na otázku odpovědělo „ano“. Většina dotazovaných (67%) označilo možnost „spíše ano“. 4 (4%) respondenti si myslí, že spíše neví, jak komunikovat s psychiatrickým pacientem a stejný počet (4%) uvedl, že neví, jak vést komunikaci s psychiatrickým pacientem při jeho ošetření.

Na otázku č. 8 navazovala otázka č. 9, kde si respondenti vybírali z možností, jak by komunikovali s pacientem trpícím schizofrenií. Jelikož v předchozí otázce většina respondentů odpověděla, že spíše ví, jak komunikovat s psychiatrickým pacientem, velmi nás výsledky u této otázky překvapily. Z grafu totiž vyplývá, že z celkového počtu 107 dotazovaných 75 (70%) respondentů odpovědělo, že by se snažilo pacienta zklidnit vhodně zvolenou komunikací a k získání pacientovi důvěry by udržovali oční kontakt, což je špatná odpověď, protože u pacienta trpícího schizofrenií se udržování očního kontaktu

nedoporučuje. Pouze 23 (22%) respondentů odpovědělo správně a označilo možnost b) „*Budu se snažit pacienta zklidnit vhodně zvolenou komunikací a vyhnu se očnímu kontaktu.*“ Zbylých 9 (8%) respondentů by pacientovi vysvětlilo, že jeho vnímání a jednání je ovlivněno onemocněním, což je také špatná odpověď, protože pacient trpící schizofrenií má vnímání a jednání ovlivněno působením halucinací a bludů. Nikdy bychom se neměli snažit pacientovi vyvracet, ale ani potvrzovat sdělovaný obsah halucinací a bludů, jelikož pacient v atace onemocnění nedokáže rozpoznat realitu.

V otázce č. 11 jsme se respondentů ptali, ve kterém případě je pacient nezpůsobilý k právním úkonům. Většina respondentů (79%) odpověděla, že v případě, je-li pod vlivem návykových látek, což je správná odpověď. 19 (18%) respondentů odpovědělo, že je pacient nezpůsobilý k právním úkonům v případě omezuje-li svým chováním sebe a své okolí. Tato odpověď není správná, protože v tomto případě je pacient způsobilý k právním úkonům. 3 (3%) respondenti se domnívali, že je pacient nezpůsobilý k právním úkonům v případě, že u sebe nemá občanský průkaz, což je také špatná odpověď. Nikdo z dotazovaných neuvedl možnost „*pohoršuje-li svým chováním okolí*“.

Z výsledků otázky č. 12, na kterou 72 (67%) respondentů odpovědělo kladně, vyplývá, že ošetření psychiatrického pacienta je pro většinu zdravotnických záchranářů a lékařů náročnější než ošetření jiných pacientů. Naopak ale, pro většinu dotazovaných (64%) není ošetření psychiatrického pacienta stresující záležitostí (otázka č. 14).

Chtěli jsme také zjistit, zda by zdravotničtí pracovníci ZZS uvítali více informací o ošetřování psychiatrického pacienta. Absolutní většina respondentů tedy 89% odpověděla, že by informace o ošetření psychiatrického pacienta uvítala, 11% dotazovaných o více informací zájem nemá. Tento výsledek nepřímo potvrdila i otázka č. 16, ve které jsme se respondentů dotazovali, zda by uvítali informační letáček se zásadami jednání s psychiatrickým pacientem. Z celkového počtu 107 dotazovaných 85 (79%) respondentů zvolilo možnost „*ano*“. Zbylých 22 (21%) respondentů zájem o informační letáček nemá.

ZÁVĚR

Zdravotníci záchranáři a lékaři na ZZS se mohou velmi často setkat s ošetřením psychiatrického pacienta v PNP. Řešení těchto stavů přináší v některých případech nemalá úskalí i komplikace. Tuto bakalářskou práci jsme zaměřili na popis a projevy skupin psychiatrických poruch, o kterých se domníváme, že jsou v současnosti aktuální problematikou. Tuto domněnku nám potvrdilo i dotazníkové šetření, ve kterém se respondentů ptáme na nejčastější psychiatrické indikace k výjezdu posádek ZZS. Otázka č. 5 v dotazníkovém šetření uvádí pět skupin psychiatrických onemocnění, které v práci rozebíráme a možnost uvést jinou skupinu psychiatrických poruch. Nikdo ze 107 (100%) dotazovaných, však neuvedl, že by jiná skupina psychiatrických poruch, než ty, kterými se v práci zabýváme, byla nejčastější indikací k výjezdu posádek ZZS.

Třetí kapitola práce je stěžejní, popisujeme v ní úskalí ošetření psychiatrického pacienta. Úskalí, která ošetření pacienta přináší, je mnoho, uvedli jsme ta, o kterých se domníváme, že se s nimi zdravotníci pracovníci ZZS mohou v PNP setkat. Část je věnována právní problematice, jelikož je důležité, aby zdravotníci pracovníci ZZS znali kritéria nedobrovolné hospitalizace, případy ve kterých je, nebo není pacient způsobilý k právním úkonům a jiné další právní aspekty. Následně se v kapitole věnujeme charakteristice akutních psychiatrických stavů, terapeutickému ovlivnění pacienta a zásadám jednání s nemocným, protože ošetření psychiatrického pacienta nese v tomto ohledu určitá specifika. Dodržování zásad jednání s pacientem, který trpí duševní poruchou, může pomoci eliminovat rizika vzniku komplikací (např. progresse agresivity). V závěru kapitoly stručně popisujeme možná úskalí ošetření u jednotlivých skupin psychiatrických poruch, se kterými se mohou posádky ZZS setkat.

Čtvrtá a poslední kapitola teoretické části se zabývá farmakologickým ovlivněním psychiatrického pacienta v PNP.

Cíle, které byly stanoveny na začátku práce, jsme splnili. Dvě ze stanovených hypotéz se nám potvrdily. Hypotéza, zabývající se četností užití farmakoterapie u psychiatrických pacientů v PNP byla vyvrácena.

V závěru dotazníkového šetření nás také zajímalo, zda mají zdravotníci pracovníci zájem o více informací týkajících se ošetření psychiatrického pacienta a zda by uvítali informační letáček se zásadami jednání s psychiatrickým pacientem. Na tyto dvě otázky

většina respondentů odpověděla kladně a zájem mají jak o více informací, tak o informační letáček. Problematika ošetření psychiatrického pacienta je velmi širokým tématem, a protože většina pracovníků ZZS má zájem se v této oblasti více vzdělávat, doporučili bychom realizaci např. odborného semináře na toto téma, který by se věnoval právě ošetření psychiatrického pacienta v PNP. Získané skutečnosti z dotazníkového šetření nás vedly k vytvoření informačního letáčku se zásadami jednání s psychiatrickým pacientem, který upozorňuje na specifika komunikace a přístupu k psychiatrickému pacientovi, jelikož se domníváme, že tato doporučení mohou eliminovat riziko vzniku komplikací při ošetření nemocného. Informační letáček je určen všem zdravotnickým pracovníkům, ale i studentům zdravotnických škol a pro všechny, kteří se zajímají o problematiku psychiatrického pacienta. Zároveň doufáme, že nejen informační letáček, ale i celá bakalářská práce bude přínosem pro zájemce, kteří se chtějí dozvědět více o psychiatrickém pacientovi v PNP.

SEZNAM ZDROJŮ

1. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-802-4619-859. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., obr. ISBN 80-7262-259-5.
2. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., obr. ISBN 80-7262-259-5.
3. PRAŠKO, Jan. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Editor Ján Praško. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-808-7323-007.
4. PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. ISBN 978-802-4425-702.
5. DRBOHLAV, Andrej. *Psychologie sériových vrahů: 200 skutečných případů brutálních činů sériových vrahů současnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 466 s. ISBN 978-802-4743-714.
6. LÁTALOVÁ, Agresivita v psychiatrii. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 235 s., ISBN 978-802-4744-544.
7. BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Ilustrace Piero. Praha: Portál, 2010, 175 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
8. ŠTĚTINA, Jiří. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 436 s. ISBN 80-7169-688-9
9. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012, 232 s. ISBN 978-802-4743-325.
10. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 128 s. ISBN 978-80-7262-586-4 (brož.).
11. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, 143 s. ISBN 978-807-3453-169.
12. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-802-0427-984.
13. SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012, 317 s. ISBN 978-80-262-0216-5.
14. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-807-3875-824.

15. RABOCH, Jiří. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011, 138 s. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-27-5.
16. KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-499.
17. HAVLŮJ, Josef. *Intenzivní péče o život ohrožující stavy v psychiatrii*. Praha: Psychiatrické centrum, 1991. Zprávy (Výzkumný ústav psychiatrický Praha-Bohnice), č. 99. ISBN 80-851-2149-2.
18. PURI, Basant K a I TREASADEN. *Textbook of psychiatry*. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier, x, 467 p. ISBN 07-020-3157-7.
19. *Farmakologie v přednemocniční neodkladné péči* [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Farmakologie_v_přednemocniční_neodkladné_péči/SŠ_\(sestra\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Farmakologie_v_přednemocniční_neodkladné_péči/SŠ_(sestra))
20. HANUŠKOVÁ, Vlasta. *Terapie akutního neklidu a agrese* [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3330
21. FRANĚK, Ondřej. *Záchranná služba* [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: http://www.zachrannasluzba.cz/zakony/374_2011.pdf
22. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize* [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
23. *Antidota při intoxikacích* [online]. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Antidota_při_intoxikacích

SEZNAM TABULEK

Teoretická část

Tabulka 1 Antidota

Praktická část

Tabulka 1 Celkový počet rozdaných dotazníků

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Tabulka 3 Délka praxe u ZZS

Tabulka 4 Pracovní pozice u ZZS

Tabulka 5 Setkání během praxe s psychiatrickým pacientem

Tabulka 6 Nejčastější skupina psychiatrických poruch

Tabulka 7 Nejčastější komplikace

Tabulka 8 Četnost užití farmakoterapie

Tabulka 9 Komunikace s psychiatrickým pacientem

Tabulka 10 Komunikace s pacientem trpícím schizofrenií

Tabulka 11 Kritéria nedobrovolné hospitalizace

Tabulka 12 Nezpůsobilost k právním úkonům

Tabulka 13 Přístup k psychiatrickému pacientovi

Tabulka 14 Dostatek času ke komunikaci

Tabulka 15 Ošetřování psychiatrického pacienta

Tabulka 16 Více informací o ošetřování

Tabulka 17 Informační letáček

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Celkový počet rozdaných dotazníků
Graf 2	Pohlaví respondentů
Graf 3	Délka praxe u ZZS
Graf 4	Pracovní pozice u ZZS
Graf 5	Setkání během praxe s psychiatrickým pacientem
Graf 6	Nejčastější skupina psychiatrických poruch
Graf 7	Nejčastější komplikace
Graf 8	Četnost užití farmakoterapie
Graf 9	Komunikace s psychiatrickým pacientem
Graf 10	Komunikace s pacientem trpícím schizofrenií
Graf 11	Kritéria nedobrovolné hospitalizace
Graf 12	Nezpůsobilost k právním úkonům
Graf 13	Přístup k psychiatrickému pacientovi
Graf 14	Dostatek času ke komunikaci
Graf 15	Ošetřování psychiatrického pacienta
Graf 16	Více informací o ošetřování
Graf 17	Informační letáček

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LSD	Lysergsauredietylamid
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NLPZ	Nelékařský zdravotnický pracovník
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
THC	Tetrahydrocannabinol
WHO	World hospital organization
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZSPk	Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Dotazník
Příloha 2 Informační letáček

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Kunderátová a studuji na Západočeské univerzitě v Plzni, obor Zdravotnický záchranář. Nyní jsem ve 3. ročníku a píši bakalářskou práci na téma: Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníkového šetření, které mi pomůže při zpracování průzkumné části bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. Celkový počet otázek je 16. U všech otázek je možná pouze jedna odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vaši odpověď označte zakroužkováním.

Děkuji za spolupráci a čas, který jste tomuto dotazníku věnovali.

V případě nejasností mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: kunderatovae@students.zcu.cz

Eliška Kunderátová

1) Uveďte Vaše pohlaví.

- a) muž
- b) žena

2) Uveďte délku praxe u ZZS.

- a) méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 10 let a více

3) Uveďte Vaši pracovní pozici u ZZS.

- a) zdravotnický záchranář (NLZP)
- b) lékař

4) Setkal/a jste se během své praxe u ZZS s psychiatrickým pacientem?

- a) ano
- b) v případě, že ne, nemusíte číst dále

5) Uved'te skupinu psychiatrických poruch, o které se domníváte, že je na ni indikováno nejvíce výjezdů posádek ZZS?

- a) organické poruchy (demence, delirium)
- b) poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (drogy, alkohol, léky)
- c) schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- d) afektivní poruchy (deprese, mánie)
- e) neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- f) jiné.....

6) S jakými komplikacemi se nejčastěji setkáváte během ošetření psychiatrického pacienta?

- a) agresivita
- b) směřování pacienta do zdravotnického zařízení (diagnózy mohou být smíšené)
- c) neochota spolupráce pacienta
- d) užití farmakoterapie
- e) určení diagnózy
- f) jiné.....

7) Jak často užíváte farmakoterapii při ošetření psychiatrického pacienta?

- a) v 0 - 20% případů
- b) v 20 - 40% případů
- c) v 40 - 60% případů
- d) v 80 - 100% případů

8) Myslíte si, že víte, jak správně vést komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetřování?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

9) Jak byste komunikoval/a s pacientem trpícím schizofrenií?

- a) budu se snažit pacienta zklidnit vhodně zvolenou komunikací a k získání pacientovi důvěry budu udržovat oční kontakt
- b) budu se snažit pacienta zklidnit vhodně zvolenou komunikací a vyhnu se očnímu kontaktu
- c) pacienta se pokusím zklidnit a vysvětlit mu, že jeho vnímání a jednání je ovlivněno onemocněním

10) Domníváte se, že znáte kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci psychiatrického pacienta?

- a) ano
- b) ne

11) V kterém případě je pacient nezpůsobilý k právním úkonům?

- a) nemá-li u sebe občanský průkaz
- b) pohoršuje-li svým chováním okolí
- c) omezuje-li svým chováním sebe a své okolí
- d) je-li pod vlivem návykových (psychoaktivních) látek

12) Je pro Vás přístup k psychiatrickému pacientovi a jeho ošetření náročnější než u jiných pacientů?

- a) ano
- b) ne

13) Myslíte si, že věnujete dostatek času komunikaci s psychiatrickým pacientem během jeho ošetření?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14) Je pro Vás ošetřování psychiatrického pacienta stresující záležitostí?

- a) ano
- b) ne

15) Chtěl/a byste získat více informací o ošetřování psychiatrického pacienta?

- a) ano
- b) ne

16) Uvítal/a byste informační letáček se zásadami jednání s psychiatrickým pacientem?

- a) ano
- b) ne

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Pokud byste nějaké informace rád/a upřesnil/a, můžete zde:

.....
.....

Příloha č. 2: Informační letáček se zásadami komunikace s agitovaným pacientem (vlastní edukační materiál – výstup pro praxi)


Farmakologická intervence agresivního pacienta (aneb když komunikace nestačí)

Farmakoterapii nelze aplikovat dle jednotlivých psychiatrických onemocnění, je třeba vždy postupovat symptomatically a dle stavu pacienta. Zde je však stručné schéma, podle kterého se lze orientačně řídit, za předpokladu, že se jedná o dospělého pacienta s agresivními projevy v chování.

Agresivní pacient bez psychotických příznaků
Apaurin 5-10 mg i.v., i.m.

Agresivní pacient s psychotickými příznaky
Haloperidol 0,5-10 mg i.v., i.m. nebo Tiapridal 100-300 mg i.v., i.m.

Agresivní pacient s odvykacím stavem při odnětí alkoholu (delirium tremens)
Apaurin 10-30 mg i.v., i.m. nebo Tiapridal 100-300 mg i.v., i.m.



ZÁSADY KOMUNIKACE S AGITOVANÝM PACIENTEM

Naslouchejte lidem a oni vám řeknou, kdo jsou.
(John King)

Komunikace s agitovaným pacientem bývá někdy obtížným úkolem každého zdravotnického pracovníka. Navázání kontaktu a získání důvěry pacienta může usnadnit odběr anamnézy a jeho ošetření. Tato brožurka přináší obecné zásady komunikace s agitovaným pacientem, ty Vám mohou pomoci předcházet komplikacím, které se mohou během ošetření pacienta vyskytnout.

Postup při zklidnění pacienta se skládá ze tří složek:

- 1) Vyhodnocení situace:
 - vymezit vhodný prostor a dostatek času na řešení situace
 - navázat verbální kontakt
 - pátrat po příčinách (neklidu, agrese)
- 2) Komunikace
 - představit se
 - oslovovat pacienta příjmením
 - ujistit pacienta, že mu chceme pomoci
 - omezit rušivé elementy na minimum
 - nepsat do dokumentace během rozhovoru
- 3) Vyjednávání
 - výhled na pozitiva hospitalizace
 - vysvětlit a popsat smysl prováděných intervencí

Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem:

- zvážit nutnost přítomnosti policie
- nikdy nevyšetřovat pacienta v uzavřené místnosti, bez možnosti úniku
- neotáčet se k pacientovi zády, dodržovat bezpečnou vzdálenost
- mluvit srozumitelně a stručně, hovořit klidným hlasem
- nutno počítat s tím, že pacient někdy není schopen komunikovat, nerozumí, co mu sdělujeme, nemůže informace zpracovat
- individuálně posoudit, zda je vhodná přítomnost další osoby (zdravotník, příbuzní)
- respektovat osobní prostor a neverbální signály (např.: otočení pacienta zády)
- snaha vyjednávat s pacientem vsedě
- odstranit z blízkosti pacienta nebezpečné předměty (nebo změnit místo)
- neudržovat dlouhý oční kontakt
- nevyvracet pacientovi poruchy vnímání a myšlení
- nenapadat pacientovy soudy (např.: „Všichni mě sledují!“)
- k ničemu pacienta nemutit
- pacient může reagovat nečekaně, připravit se na tuto možnost
- při vystupňování neklidu rozhovor ukončit
- při nutnosti fyzického zásahu se doporučuje: jedna osoba na končetinu + jedna navíc
- vždy používat ochranné pomůcky a dbát na vlastní bezpečí!!!