

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**AKUTNÍ STAVY V PSYCHIATRII Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA POLÁČKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Goldírová

Praha 2014

schválení tématu bakalářské práce

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Andrei Goldírové za odborné vedení své práce, za trpělivost, konstruktivní připomínky a poskytnutí cenných rad.

ABSTRAKT

POLÁČKOVÁ, Lenka. *Akutní stavy v psychiatrii z pohledu zdravotnického záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Andrea Goldírová. Praha. 2014. 65 s.

Hlavním tématem bakalářské práce jsou akutní stavy v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře. Teoretická část charakterizuje psychiatrii jako obor, její historický vývoj a postavení v dnešní době. Je zaměřená na přednemocniční neodkladnou péči, čili na akutní stavy v psychiatrii. Teoretická část obsahuje dále chování a postoj k duševně nemocným lidem, charakterizuje psychiatrické onemocnění, jejich příčiny, příznaky a léčbu. Nastiňuje také právní problematiku v souvislosti s přednemocniční neodkladnou péčí. Praktickou část tvoří pro praxi užitečné a přínosné rozbory kazuistik u pacientů s duševním onemocněním.

Klíčová slova

Kazuistika. Psychiatrie. Schizofrenie. Deprese. Delirium. Psychóza. Halucinace. Bludy. Přednemocniční neodkladná péče. Komunikace. Zdravotnická záchranná služba.

ABSTRACT

POLÁČKOVÁ, Lenka. *Acute...*. The College of Nursing, o.p.s. Qualification degree: Bachelor's degree (Bc.). Thesis tutor: Mgr. Andrea Goldírová. Prague. 2014, 65 p.

The topic of my paper is 'Paramedic's Perspective on Acute Conditions in Psychiatry'. The Theoretical part describes Psychiatry as a medical branch, its history and public attitudes to Psychiatry today. My paper is focused on pre-hospital emergency care, on acute conditions in psychiatry. Behaviour and attitudes to psychiatric illnesses, psychiatric diagnosis, their causes, symptoms and therapy are included in the theoretical part too. There are informations about law problems in pre-hospital emergency care. The second part of the work, the practical one includes two useful case studies of patients with psychiatric diagnosis.

Key words

Case study. Psychiatry. Schizophrenia. Depression. Delirium. Psychosis. Hallucination. Delusion. Pre-hospital emergency care. Communication. Medical rescue service.

OBSAH

ÚVOD

1	OBECNÁ PSYCHIATRIE	12
1.1	Historie psychiatrie	12
1.1.1	Starověká psychiatrie	12
1.1.2	Středověká psychiatrie	12
1.1.3	Novověká psychiatrie	13
1.1.4	Psychiatrie dnes	14
1.2	Příčiny psychických poruch	15
1.2.1	Exogenní vlivy	15
1.2.2	Endogenní vlivy	16
1.3	Práva pacienta, legislativa	16
1.3.1	Právní problematika	17
1.3.2	Dokumenty práv pacientů	18
2	AKUTNÍ PSYCHIATRIE	19
2.1	Akutní stavy v psychiatrii	19
2.2	První pomoc v psychiatrii	19
2.3	Akutní stavy v praxi	20
2.4	Komunikace v přednemocniční neodkladné péči	21
2.4.1	Komunikace pacienta trpící schizofrenií	22
2.4.2	Komunikace s agresivním pacientem	23
2.4.3	Komunikace s pacientem trpící depresí	23
2.4.4	Komunikace s úzkostným pacientem	24
3	PORUCHY V AKUTNÍ PSYCHIATRII	26
3.1	Schizofrenie	26
3.1.1	Příčiny	26

3.1.2	Příznaky	27
3.1.3	Léčba.....	28
3.2	Deprese.....	29
3.2.1	Příčiny	29
3.2.2	Příznaky	30
3.2.3	Léčba.....	31
3.3	Úzkostné stavy	31
3.3.1	Příčiny	32
3.3.2	Příznaky	33
3.3.3	Léčba.....	33
4	KAZUISTIKY	34
4.1	Kazuistika č. 1	35
4.1.1	Anamnéza	35
4.1.2	Katamnéza	37
4.1.3	Analýza a interpretace	43
4.1.4	Diskuze	44
4.1.5	Doporučení pro praxi	45
4.2	Kazuistika č. 2	46
4.2.1	Anamnéza	46
4.2.2	Katamnéza	48
4.2.3	Analýza a interpretace	54
4.2.4	Diskuze	55
4.2.5	Doporučení pro praxi	56
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
	PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

AA.....	alergologická anamnéza
ČMPS	Českomoravská psychologická společnost
EKG.....	elektrokardiograf
FA.....	farmakologická anamnéza
GCS.....	„ <i>Glasgow Scale Coma</i> ” - stupnice hloubky bezvědomí
inj.	injekční
i.v.	intravenózní (žilní)
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
NACA	stupeň závažnosti ohrožení života
NO.....	nynější onemocnění
NUPIO	Nizkoprahový urgentní příjem interních oborů
OA.....	osobní anamnéza
OSN	Organizace Spojených národů
PČR.....	Policie České republiky
PL	Psychiatrická léčebna
p.o.	per orálně (ústy)
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	„ <i>Rendez - vous</i> ” víceúrovňový setkávací systém
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
Sb.	Sbírka
SpO ₂	saturace
TK	krevní tlak
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS.....	zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Podle statistických údajů plynoucí z výjezdových záznamů zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje vyplývá, že k duševně nemocným pacientům se vyjelo během jednoho roku celkem 2563 krát. Průměrně se tedy k psychicky nemocným pacientům vyjelo celkem sedmkrát denně. Z toho plyne, že výjezdy zdravotnických záchranářů k duševně nemocným pacientům tvoří nezanedbatelnou část a je nutné se v oblasti psychiatrie stále vzdělávat a obohacovat.

Statistická čísla nám ukazují, že počet výjezdů k úzkostným pacientům byl největší, jedná se o 1164 pacientů. Druhý největší podíl výjezdů patří klientům trpícím schizofrenií, k nim posádka ZZS vyjela 389 krát. Nezanedbatelnou skupinu duševních nemocí tvoří deprese a jiné poruchy nálady. K pacientům vykazující tento typ poruch vyjela zdravotnická záchranná služba 189 krát. Nejedná se tedy o případy, které tvoří malý zlomek výjezdů. Své schopnosti, vědomosti a znalosti o možnostech ošetření, léčby a komunikace s psychicky nemocným člověkem musíme neustále prohlubovat.

Bakalářská práce se bude zabývat akutními stavy v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře a bude zahrnovat dvě základní části, kterými jsou část teoretická a část praktická. V teoretické části bude jedna kapitola věnována obecné psychiatrii a její historii a postavení psychiatrie jako oboru v dnešní době. Obecně zde zmíníme příčiny vzniku duševních onemocnění a také nastíníme problematiku práv pacientů a jejich umístění do zdravotnických zařízení. Hlavní částí teoretických poznatků bude tvořit akutní psychiatrie, jež zahrne informace o urgentních stavech u lidí trpících duševní poruchou, budou zde také nastoleny principy první pomoci a komunikace s osobami s různou duševní poruchou. Nakonec se budeme podrobněji zabývat nejčastějšími duševními nemocemi v práci zdravotnického záchranáře, jimiž je schizofrenie, deprese a úzkostné stavy.

Praktická část zahrne dvě kazuistiky z výjezdů zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje. Počínání ve výjezdu k psychicky nemocnému zinterpretujeme, zanalyzujeme a vyhodnotíme. Z těchto kazuistik vyplyne doporučení pro praxi a navrhneme opatření vedoucí ke zlepšení případných nedostatků.

Cílem bakalářské práce je shrnout teoretické a praktické poznatky z oblasti psychiatrie v přednemocniční neodkladné péči a doporučit opatření pro zlepšení kvality péče s duševně nemocnými klienty.

1 OBECNÁ PSYCHIATRIE

Psychiatrie patří do medicínského oboru, jenž se zabývá duševními poruchami a chorobami. Zkoumá jejich příčiny, diagnózy, léčbu a prevenci. Hodnotí celkový stav pacienta po stránce psychické a fyzické, diagnostikuje duševní nemoc různými laboratorními testy a přístrojovou technikou. Problematika duševních chorob sahá do dávné minulosti lékařství a zdravotnictví. Zpočátku byla psychiatrie na úzkém rozhraní spolu s filozofickými směry a díky vlivu humanismu a renesance pozvolna stigmatizace ustoupovala a poprvé v 18. století psychiatrie vznikla jako lékařský obor.

1.1 Historie psychiatrie

1.1.1 Starověká psychiatrie

První zmínky a popisy některých duševních onemocnění nalézáme již v období starověku. Postoj k duševně chorým byl ale tehdy velmi negativní. Společnost takto postižené osoby zavrhovala, neboť se domnívala, že jsou projevem božího hněvu, posedlosti démonem a zlým duchem. Léčba probíhala různými rituály, jimiž byly zaříkadla, prosby o odchod zlého ducha z těla nemocného a jiné. V egyptské říši duševní poruchy léčili modlitbami na posvátných místech, procházkami, zpěvem a hudbou. Docházelo také k léčení pomocí projímadel, dávidel nebo tzv. „pouštěním žíly“. Ve starověku ovšem existovaly osobnosti, které tyto mytické názory vyvracely. Jednalo se například o Sorana, Asklepiada, který rozlišoval nemoci na akutní a chronické, Galéna, jenž příčinu duševní nemoci viděl v mozku, a Hippokrata. Ten poznamenal, že duševní choroba je nerovnováha mezi interním a externím prostředím člověka. Popsal také poruchy paměti, úzkostné a paranoické stavy (VENCOVSKÝ, 1996).

1.1.2 Středověká psychiatrie

V období středověku bylo postavení duševně nemocných lidí nadále smutné. Byli zavíráni a poutáni do klecí, do temných sklepů, a dokonce byli vystavováni jako zvěř na veřejnosti pro její pobavení. Osud psychiatrie má ve středověké Evropě černou díru, což potvrzují další důkazy o léčbě chorých. Nebyli zasíláni k lékaři, nýbrž do klášterů ke kněžím, kde zaklínáním satana vyháněli ducha pryč. Pomatení byli tedy stále považováni za posedlé démonem, lidé se jim posmívali a byli uvrženi do ústraní, aby svými názory a chováním neovlivňovali okolí. Způsob, jak se společnost zbavovala psychicky nemocných, byl pro ně potupný a nesnesitelný, byli posazováni na lodě spolu s vězni. Známé jsou tzv. „Lodě bláznů“ a „Opilé koráby“. Představitelem arabské kultury v období středověku byl známý lékař a filozof Avicenna (980-1037), který považoval duševní nemoci jako důsledek poškození mozku. Léčil je humánně např. zaměstnáváním, podáváním omamných látek a v koupelích (MALÁ, Eva a Pavel Pavlovský, 2002).

1.1.3 Novověká psychiatrie

V období novověku vznikem humanismu a rozvoje renesance došlo k boji proti pověrám v lékařství, proti čarodějnictví a démonologii. Světlo do oboru psychiatrie a léčení nemocných vnesly první pokusy o humánní léčbu duševně nemocných. Zdravotní péče byla poprvé poskytována v neklášterních azylech, a to v roce 1403 v Londýně při nemocnici známé pod názvem *Bedlam*. Duševně choří měli svůj individuální plán, chodili k nim zpěváci a hudebníci, čichali ke květům a rozvíjela se tak léčba dnes známá jako aromaterapie. V 15. století došlo poprvé k formaci předpisů a nařízení pro duševně choré a jejich příbuzenstvo, a došlo tak k rozvoji sociálně právní ochrany. Otcem psychiatrie považujeme Johanna Weyera (1515-1588). Byl obrovským kritikem církve a její postoje k duševně nemocným. Věděl, že psychická nemoc vzniká v souvislosti s onemocněním mozku (VENCOVSKÝ, 1996), (MARKOVÁ et al., 2006).

Veselejším obdobím se pro psychicky nemocné stal přelom 17. a 18. století, kdy došlo k budování jakýchsi zvláštních místností a útulků při nemocnicích se zdravotní a léčebnou péčí. V 18. století se začala formovat psychiatrie jako samostatný vědní obor, neboli lékařská disciplína. Duchovní pojetí psychických chorob a čarodějnické

procesy jejich léčby vystřídaly léčebné humánní postupy. Začíná se tak formovat takzvaná moderní psychiatrie, jejíž zakladateli byli Philip Pinel (1745-1826) a Etien Dominique Esquirol (1772-1840). Fakt, že duševní choroby mohou být zapříčiněny sociálními vlivy, věděl Jan Theobald Held (1770-1851), první český psychiatr. Za jeho existence došlo v Praze dne 1. listopadu 1790 k oficiálnímu otevření samostatného ústavu pro duševně choré. Tento pražský ústav, navázaný *Tollhaus* (Blázinec), byl součástí všeobecné nemocnice a jeho správu a řízení měli na starosti lékaři, zatímco ošetrovatelskou činnost zajišťovali takzvaní opatrovníci, neboli hlídači. Na počátku 19. století docházelo k dalším rozšířením „pražského blázince“ a konečně v roce 1826 vlastnila Praha důstojný azyl pro chorobomyslné. Pro neustálé přepřehování lůžek pražského ústavu byl na konci 19. století rozšířen a vznikly další pobočky příměstské a městské, např. v Brně, Opavě, Jihlavě, Kroměříži a mnohé další. Důstojnost k nemocným začala pronikat hlouběji do podvědomí lidí, zlepšilo se tak celkově vnímání duševních chorob a jejich příčiny, stigmatizace byla na ústupu. Léčba probíhala prostřednictvím hudebních nástrojů, procházek, her, tělesných cvičení a pracovních činností. Tuto dobu můžeme považovat za kolébku některých dnes používaných metod (muzikoterapie, biblioterapie, arteterapie aj.) k léčbě duševních, psychosomatických, somatopsychických a jiných onemocnění. Všechny společenské změny se promítly do historie péče o psychicky nemocné, stejně jako válečná a poválečná doba. Ta přinesla nové podmínky, které otevřely nové možnosti jak pro pacienty, tak pro personál. Důležitým oficiálním bodem se stalo v roce 1966 schválení zákona o péči o zdraví lidu, který sjednotil celkovou péči ve zdravotnictví. Od tohoto okamžiku se buduje opravdový lidský zájem a pochopení psychicky nemocných. Roste počet specialistů v oboru psychiatrie, péče o pacienta je individuální, demokratičtější, konkrétnější a lidštější (MARKOVÁ et al., 2006).

1.1.4 Psychiatrie dnes

Novodobá psychiatrie má mezi lidmi poněkud horší obraz. Ten zapříčiňuje stigmatizace. Pod tímto pojmem si představujeme negativní vyhodnocení duševně nemocného společností. Negativní vnímání duševních chorob způsobují domněnky veřejnosti, že si za svou nemoc pacienti mohou sami. Lidé jsou přesvědčeni, že nemoc

vzniká důsledkem špatného chování jedince a že silní případnou nemoc překonají a nepodlehnu. Tyto předsudky jsou dány historií, dobou, kulturou, demografií, věkem a blízkou společností, která nás obklopuje. Ani jako obor psychiatrie nemá takovou vážnost mezi laiky, srovnáme-li jiné lékařské obory. Za nízkou prestiž oboru je nižší úspěšnost v léčbě psychiatrických nemocí. Nejen, že duševní nemoci jsou často léčeny dlouhodobě z důvodu jejich chronického a regresního charakteru, ale také v některých případech pacienty není možné zcela vyléčit. Nicméně přes danou skutečnost, rychlý vývoj lékařských oborů, poznatky ze světových výzkumů, genetické vědomosti, nové terapeutické a diagnostické metody psychiatrii začleňují do zdravotnictví a jako obor je posunována výše. Také díky stále narůstajícímu množství osob trpící duševní chorobou či poruchou má psychiatrie jako zdravotní obor svou váhu a důležitost.

1.2 Příčiny psychických poruch

Příčiny duševních poruch nejsou dodnes přesně objasněny, jedná se o několik vlivů genetických i negenetických. Mohou vznikat na základě biologických, psychogenních a sociálních vlivů, nejčastěji se ale jedná o jejich kombinaci. Příčiny duševních nemocí můžeme dělit také na exogenní a endogenní.

1.2.1 Exogenní vlivy

K exogenním faktorům patří faktory fyzikální a chemické, do kterých řadíme například vliv traumat - úrazy hlavy, úrazy elektrickým proudem a chemický vliv farmak vyvolávajících závislost, intoxikace chemikáliemi, drogami aj. Dále pak biologické faktory – expozice infekcím, toxinům, virová onemocnění, zejména nedostatečně léčené, onemocnění srdce, zažívacího traktu, endokrinních žláz, záněty. Faktory společenské a interpersonální, do nichž patří různá psychotraumata, negativní životní události, duševní přepětí, konfliktové situace, nevhodné výroky a jiné. Do sociálních vlivů řadíme zraňující sociální situace, jako jsou například neúspěchy v práci, konflikty, nefunkční rodinné zázemí, nezaměstnanost atp. Do zevních příčin poruch duševního zdraví se řadí také takzvaný psychogenní faktor. Jedná se o situaci, kdy

jedinec přestal z jakéhokoli důvodu komunikovat, nedokáže druhým lidem porozumět a dochází k jeho stranění čili sociální izolaci. Následek se projeví jeho přecitlivělostí a náchylností a na stresující zátěžové situace je neadaptabilní. Spolu s negativními genetickými predispozicemi se může vytvořit podmínka pro vznik a rozvoj duševní poruchy. (MALÁ, Eva a Pavel Pavlovský, 2002)

1.2.2 Endogenní vlivy

K endogenním faktorům čítáme především vlivy dědičné, které často tvoří dispoziční momenty zvláště u maniodepresivity a schizofrenie. U vrozených příčin duševních onemocnění se jedná spíše o zvýšenou pravděpodobnost, že se daná nemoc vyskytne, ale není to pravidlem a neprojevuje se hned. Navíc nikdy nebyla prozkoumána a potvrzena otázka o přímém vlivu dědičnosti na duševní poruchu, ale je známo, že v určitých rodinných liniích je častější výskyt depresí, suicidií a alkoholismu. Do endogenních vlivů řadíme vlivy prenatální. Jedná se například o infekci matky v době těhotenství, nadměrný stres a konzumace alkoholu, drog a nevhodných léků. V době postnatální může dokonce avitaminóza, intoxikace nebo traumata novorozence vést k ovlivnění budoucí duševní poruchy.

Opomenout nesmíme ani teorii, která v posledních desetiletí stojí za pozornost a to jsou vlivy takzvaných *neuromediátorů*. Jedná se o látky, díky nimž je zajištěn přenos nervové informace mezi buňkami. Mezi základní mediátory (neurotransmitery), které přenáší informaci, patří dopamin (má vliv na myšlení a chování), serotonin (ovlivňuje náladu), noradrenalin, acetylcholin (vliv na paměť a intelekt) a mnohé další. Důsledky nadbytku nebo nedostatku některých z mediátorů se mohou odrazit na příčině psychiatrického onemocnění.

1.3 Práva pacienta, legislativa

Ochranu lidských práv a důstojnost pacienta je nutné zajistit v jakékoli diagnóze pacienta a má stejnou váhu jak pro pacienty s běžným somatickým onemocněním, tak

pro pacienty s psychiatrickou diagnózou. Problematiku vidíme především v tom, že v přednemocniční neodkladné péči, kdy se povinnost chránit a respektovat základní lidská práva dostane do konfliktu s ostatními hodnotami a právy, a vzniká tak eticky dilematická situace (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Zákon obsahující informace o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, o postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, údaje o zdravotnické dokumentaci aj. zní: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) : Předpis č. 372/2011 Sb. účinný od 1. dubna 2012.*

1.3.1 Právní problematika

Mezi jedny z nejdůležitějších základních práv pacienta patří právo být respektován jako lidská bytost a osobnost, právo o sobě rozhodovat a také právo na jeho soukromí. Má nadále právo na získání informací o jeho zdravotním stavu, o postupu léčby a její rizicích, pacient je oprávněný vědět, jaké jsou možné zdravotní postupy, alternativní možnosti léčby, její účinky a následky. Důležité je, aby tyto informace byly sděleny zcela srozumitelně a způsobem, jakému psychicky narušený pacient rozumí. Pacient má právo odmítnout či přerušit jakýkoli zákrok a může odmítnout hospitalizaci.

Problematika tkví v tom, že v urgentních situacích, kdy zasahující zdravotník na prvním místě řeší život a zdraví zachraňujícími úkony, na druhé straně řeší problém, že musí být zasahováno do práv pacienta a nejčastěji se jedná o jeho převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče bez jeho souhlasu. Ani čas ani situace nedovoluje záchranářům dodržet všechny právní a etické nutnosti a není možné chtít po pacientech v narušeném stavu podepsání souhlasu s umístěním do zdravotnického zařízení a není prakticky možné jim sdělit v časové tísní všechny informace, na které mají právo. Setkáváme se tedy v praxi s tím, že v rámci přednemocniční neodkladné péči jednáme pro záchranu zdraví a do pozadí posouváme právní náležitosti (KOŘENEK, 2004).

Pro případy, kdy dochází k nedobrovolnému umístění duševně nemocného člověka do zdravotnického zařízení, vlastníme zákon, který určuje, kdy je pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí a také určuje situace, kdy je zapotřebí pacienta

hospitalizovat, aby nedošlo k vážnému zhoršení stavu. O změně způsobilosti k právním úkonům pacienta rozhoduje soud, kdy je to lékař, který žádost podává.

1.3.2 Dokumenty práv pacientů

Mezi významné mezinárodní právní dokumenty a právní předpisy patří:

- *Listina základních práv a svobod*, přijata 16. prosince 1992, zaručuje nedotknutelnost a soukromí osoby i její svobodu
- *Práva pacientů* - jedná se o Etický kodex pacientů přijatý dne 25. února 1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky
- *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny* - 96/2001 Sb. mezinárodních smluv - jedná se o mezinárodní smlouvu přijata Radou Evropy v roce 1997, upravuje práva pacientů v souvislosti s medicínou, léčbou i výzkumem
- *Světová deklarace zdraví (World Health Declaration)* byla přijata v květnu 1998 na shromáždění členů Světové zdravotnické organizace
- *Deklarace práv duševně postižených lidí* vyhlásilo a schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971
- *Etický kodex Českomoravské psychologické společnosti* vytvořen a přijat členy ČMPS v roce 1998
- *Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů* byla vytvořena v měsíci prosinec v roce 1992 Asociací amerických psychiatrů

2 AKUTNÍ PSYCHIATRIE

2.1 Akutní stavy v psychiatrii

Akutní stav v medicíně všeobecně charakterizujeme jako náhlou změnu zdravotního stavu. Může se jednat o stav vzniklý u osoby z plného zdraví nebo jde o reakci na dané chronické či přechodné onemocnění, které za nepříznivých okolností graduje a projeví se jako akutní stav. Začátek a průběh takto vzniklé nemoci je rychlý a zahájení léčby a zajištění pacienta jsou neodkladné. Pacient je bezprostředně ohrožen na zdraví a na jeho životě. Termín „akutní stav“ je stejně jako v medicíně rovněž v psychiatrii hojně využíván. Akutní psychiatrie má svou vážnost a urgentnost, zvláště v přednemocniční neodkladné péči. Péče o pacienta s duševní chorobou chronickou nebo náhle a nově vzniklou je zvláštní svou složitostí. V akutně vzniklém stavu, jedná-li se o psychicky nemocného člověka, je nutný individuální diagnostický a terapeutický postup. Osoba je ohrožena nejen vlastním syndromem duševní poruchy, ale i reakcí na ni, což je například vyvolání patologického chování a to dále může vést k úplnému vyčerpání organismu. Vážnost těchto stavů je prohloubena také tím, že není ohroženo zdraví a život pouze jednoho jedince, nýbrž osob zúčastněných jak přímo (např. příbuzní), tak nepřímo (svědek, záchránci). Za zmínku stojí i fakt, že duševně nemocní pacienti si svou nemoc plně neuvědomují, závažnost stavu si nepřipouští a o pomoc zdravotnického personálu nestojí. Proto také v těchto případech zasahují zdravotničtí záchranáři proti vůli pacienta.

2.2 První pomoc v psychiatrii

První pomoc v akutních stavech v psychiatrii je složitá vzhledem k proměnlivosti duševních nemocí a nepřítelům zvaným čas. Při takové zásluhě je nutností jednat rychle a bez časové prodlevy vzhledem ke zdraví pacienta, což se ale přičí postupům správné komunikace a chování k duševně nemocnému. Také stanovení diagnózy, což je nezbytnou součástí správné léčby, potřebuje svůj prostor, především pro získání kompletních informací do osobní anamnézy pacienta. Situaci nám tedy

komplikuje několik aspektů, které je nutné seřadit do určité posloupnosti od důležitých po méně důležité, a takto se nám rizika už tak složitého případu minimalizují.

Při poskytování první pomoci u psychiatrických pacientů jsou kladeny na zasahující personál obrovské nároky, mají vysokou zodpovědnost a pracují pod tlakem. Zdravotnický personál v přednemocniční neodkladné péči se musí rozhodovat rychle, v časové tísní a dle svých kompetencí. Znalosti příčin, projevů a léčby psychiatrických onemocnění je důležitou součástí intelektuální výbavy zdravotnického záchranáře. Musí umět rozpoznat psychiatrickou diagnózu a správně zhodnotit, zdali se jedná o duševní poruchu, jejíž následek neodkladně ohrožuje pacienta na zdraví či životě, a je proto zapotřebí postupů vedoucích k navrácení a udržení životních funkcí, nebo je nutný „jen“ psychiatrický počín vedoucí ke znovuzískání duševní pohody.

2.3 Akutní stavy v praxi

V případě akutně vzniklého psychického stavu ohrožující zdraví a život pacienta je v první řadě nezbytná komunikace od prvního kontaktu s osobou vyžadující pomoc nebo její osoby blízké, díky níž získáme nezbytné informace o zdravotním stavu pacienta, tedy od dispečinku. Ten kromě získávání údajů o pacientovi, zajišťuje i nepřetržitý hovor s volajícím, i zde je tedy nezbytná dokonalá slovní vybavenost a schopnost komunikovat s duševně chorým pacientem. Dispečink zároveň zajišťuje složky řídící bezpečnost záchranců a dalších osob případu zúčastněných, což je přivolání dalších složek IZS. Na místě zásahu v první řadě zhodnotíme situaci, množství osob přítomných a ohrožených a dále se jako zdravotnický záchranář držíme pokynů vedoucího zásahu, což je dle situace lékař nebo služebně nejstarší zdravotnický záchranář. Další postupy jsou velmi individuální, záleží na okolnostech situace. Obecně je na prvním místě ošetření stavů ohrožujících zdraví všech účastníků, dále nepodceňujeme komunikaci, zaujmutí správného postoje a jednání s duševně chorým, kontaktujeme rodinu a psychiatra, je-li pacient u něj evidován a touto cestou taktéž získáváme informace. V krajních situacích jednáme vždy s vědomím, že chráníme sebe a celou posádku. Úspěch výjezdu tedy závisí na mnoha okolnostech, ale jak zdravotníci tvrdí: „*Správná diagnóza je polovina úspěchu,*” tvrdíme tedy, že množství informací

od prvního styku s pacientem, ať už verbálním či neverbálním, je základ. Pak už se řídíme dle vlastních vědomostí, znalostí a poznatků z teorie i praxe.

Při poskytování první pomoci u psychiatrických pacientů jsou kladeny na zasahující personál obrovské nároky, mají vysokou zodpovědnost a pracují pod tlakem. Zdravotnický personál v přednemocniční neodkladné péči se musí rozhodovat rychle, v časové tísní a dle svých kompetencí. Znalosti příčin, projevů a léčby psychiatrických onemocnění jsou důležitou součástí intelektuální výbavy zdravotnického záchranáře. Musí umět rozpoznat psychiatrickou diagnózu a správně zhodnotit, zdali se jedná o duševní poruchu, jejíž následek neodkladně ohrožuje pacienta na zdraví či životě, a je proto zapotřebí postupů vedoucích k navrácení a udržení životních funkcí, nebo je nutný „jen“ psychiatrický počín vedoucí ke znovuzískání duševní pohody.

2.4 Komunikace v přednemocniční neodkladné péči

„Komunikace je v našem zdravotnictví zanedbávána nejen z nedostatku času zdravotníků. Hlavní problém vidím v tom, že komunikovat neumíme nebo dokonce nechceme. Komunikace zdravotníků s nemocnými je vysoce odborná, velmi obtížná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků vůli, kvalifikaci, empatii, čas a především vnitřní přesvědčení, že tato činnost je smysluplná a užitečná (LINHARTOVÁ, 2007, s. 7).” Tento fakt neplatí pouze pro nemocniční péči a běžnou praxi v ordinaci lékařů, ale je zapotřebí si uvědomit důležitost komunikace zdravotník versus pacient i v přednemocniční neodkladné péči. Cílem komunikace v urgentních stavech je v první řadě získání důležitých informací potřebných ke kompletní anamnéze pacienta, dále ale nesmíme zapomenout na efekt komunikace při získávání si jeho důvěry. Díky vhodné komunikaci můžeme psychicky nemocného klienta zklidnit, informovat o postupech léčby, a předejít tak nedorozumění, které navíc může vést k vyhocení situace agresivitou a násilím ze strany pacienta. Komunikace v přednemocniční neodkladné péči je specifická a o to složitější tím, že s pacientem s psychiatrickou diagnózou komunikujeme velmi opatrně, rozvážně a pomalu a zapojujeme verbální i neverbální techniky specifické pro každou psychiatrickou diagnózu zvlášť.

2.4.1 Komunikace pacienta trpící schizofrenií

Komunikace s těmito pacienty je velmi nelehká. Musíme si uvědomit, že jejich osobnost není celistvá, je porušená. Trpí bludy a halucinacemi, které ho natolik ovlivňují, že není schopný vnímat okolí a není schopen rozpoznat iluze od reality. Komunikace je ztížena skutečností, že tento pacient mění své postoje a chování z minuty na minutu a je velmi obtížné odhadnout situaci a jeho následující možné reakce. Podle rozsahu poškození, zdali se jedná o poruchu vnímání, myšlení či jednání, volí osoba navazující s pacientem trpícím psychózou verbální kontakt vhodný typ komunikace. Ač neexistují žádná přesná doporučení, nejsou totiž pro proměnlivost a nepředvídatelnost situace ani možná, obecná pravidla a doporučení existují. S pacientem bychom měli komunikovat velmi opatrně, klidně, mírně a pomalu. Jsme velmi empatičtí a opatrní a pozorujeme reakce a neverbální vyjádření pacienta na každé slovo komunikujícího a volíme dle něho styl komunikace a vhodná slova. Také čas, ač je v akutní psychiatrii naším nepřítelem, je v situacích při dorozumívání s pacientem velmi potřeba. Uvědomujeme si také, že mnoha z nich si jsou vědomi toho, že je druzí nechápu, volí k nim odmítavý a odsuzující postoj. Proto se také stává, že pacient o bludech a halucinacích přestává mluvit, následně se do sebe stáhne a náhle zcela nekomunikuje. Tudíž i navázat plynulý smysluplný dialog s pacientem je opravdu nelehké.

Klient se často dívá do strany, jeho věty jsou neúplné, nesrozumitelné, málo konkrétní. I když je přesvědčený, že mu rozumíme, vždy ho raději poprosíme o zopakování. Při komunikaci si pro vysokou podezíravost klientů zajistíme bezpečnou vzdálenost a nepřibližujeme se k němu, dokud to sám neudělá, aby se necítil ohrožen. Také mu nikdy jeho pocity a bludy nevyvracíme, ale naopak ho v nich nepodporujeme. Zvolíme neutrální mluvené gesto typu: „*Věřím, že je vidíte.*“ Také neverbální gesta a mimiku nemůžeme podcenit, i z malého úsměvu může vyvodit, že ho zesměšňujeme nebo ho nebereme vážně. Opatrnost, klid, rozvaha a správné smyšlení a vyhodnocení situace je prvním krokem k úspěchu k dobrému navázání kontaktu a spolupráce s klientem.

2.4.2 Komunikace s agresivním pacientem

Agresivní chování může u člověka vyvolat několik onemocnění a poruch. Chování osob trpících psychózou, chování paranoidních a schizofrenních pacientů, úzkostných osob i lidí v deliriózním stavu může vystupňovat do agresivity a je nutné umět se s tím jako zdravotnický záchranář vypořádat. Agresivita se ovšem nevyskytuje pouze u lidí s duševní poruchou, ale jedná se o přirozený pud sebezáchovy a ochrany svého já, podnět k agresi bývá i obava z bolestivého zákroku, z nejistoty, z neznámého prostředí, zkrátka ze strachu. A jelikož podmínky v přednemocniční neodkladné péči splňují většinu podnětů vyvolávající agresi, situace vedoucí ke střetu s agresivním člověkem se stále vyskytují.

Jako zdravotnický záchranář a vůbec zdravotní personál zasahující u osoby se sklonem k agresivitě je nutné předvídat. Mezi projevy agresivního člověka patří zvýšený neklid, trhavé pohyby, nervózní popocházení nebo podupávání nohou, silná gestikulace a máchání pažemi. Pozorujeme výraznou obličejovou mimiku, hlas i dech sílí a verbální komunikace je rychlá, hlasitá a vulgární.

Jednání a postoj k agresivnímu pacientovi musí být vždy klidný a profesionální. Již od prvního okamžiku zdravotník zjišťuje příčinu, která agresi vyvolala, co bylo spouštěcím mechanismem a od toho se odvíjí další postupy. Důvodem k rozčilení z pacientovy strany může být strach z neznámého, ale také jednání zasahujícího záchranáře. Mezi spouštěcí podněty ze strany zdravotnického záchranáře mohou být prudké pohyby, nadvláda a jednání z pozice moci, nepřiměřená blízkost, zaujatý a mocný tón hlasu, v krajních případech i neupravenost zasahujícího. Komunikace by tedy měla probíhat v klidném chápajícím duchu. Nepříjemnou situaci můžeme zvládat i motoricky, či-li neverbálně, a to pomalými pohyby a gesty s opatrným nakročením směrem k pacientovi. Dotyky jsou jemné a nesvírající. V žádném případě neaplikujeme postoj „na hrubý pytel, hrubá záplata“. Jednáme empaticky, nedirektivně a psychoterapeuticky (ČEŠKOVÁ, 2007).

2.4.3 Komunikace s pacientem trpící depresí

Stavy, kdy je člověk zbaven veškeré životní radosti, veselí a pocitu životního štěstí si nedokážeme představit, dokud sami daný stav neprožijeme. Proto základem pro správnou komunikaci a jednání zdravotníka s depresivním člověkem je vysoké vcítění se do něj. Um empatického chování by měl vlastnit každý zdravotnický záchranář a při depresivních stavech to platí dvojnásob. Musíme si uvědomit, že depresivní pacienti jsou velmi citliví, až nepřiměřeně reagují na jakoukoli negativní poznámku na svou osobu a její zdraví a stav. Jsou velmi vztahovační a jsou si vědomi svého onemocnění a jeho projevu. O to více je pro ně strhující, že s tím nedokážou nic udělat.

Při prvním kontaktu s depresivním pacientem by měl zasahující zdravotnický záchranář vážit každé slovo, vyvarovat se jakéhokoliv okřikování, nabádání, aby přestal být smutný. Nepomůže ani apelování na to, aby měl silnou vůli a vzchopil se a bojoval. Takové pobídky vnímá citlivě a jako kritiku vůči sobě, jakoby měl nastaveno zrcátko své vlastní bídě a neschopnosti, což prohlubuje jeho pocit viny a umocňuje smutnou náladu. Zvládnout depresi není v možnostech pacientovy vůle. Pro práci s depresivním člověkem je důležité ho povzbuzovat a motivovat, vysvětlit mu každý výkon, který budeme provádět, a přesvědčit o tom, že mu pomůžeme. Další zásadou je, že pacienta nekritizujeme a nezesměšňujeme, volíme taková slova, aby pacient nenabyl pocitu viny a nedostatečnosti. Také důvěra je jeden z důležitých faktorů, když jeho stav nebudeme bagatelizovat a jeho počínání pochopíme, získání pacientovy důvěry bude tak jednodušší a celková spolupráce snazší. (KŘIVOHLAVÝ, 2003)

2.4.4 Komunikace s úzkostným pacientem

Strach a úzkost jednoduše přečteme z obličeje osoby. Úzkost může být osobnostním rysem, ale také může vyplynout ze situace, z neznámého prostředí a z obavy a strachu o vlastní zdraví. Úzkostní pacienti si namlouvají, že selhali a zklamali své vlastní očekávání. Z reakce záchranáře při práci s úzkostným pacientem by mělo slyšet porozumění a pochopení a úkolem záchranáře je co nejlépe úzkost a stres zvládnout verbálními i neverbálními prostředky. Mezi ty verbální patří vlídný a přesvědčivý hlas, srozumitelná řeč bez okřikování a napomínání, důkladné vysvětlení jeho potíží, vyslovení naděje, že mu pomůžeme. Neverbálně komunikujeme přímým ale

nikoli upřeným očním kontaktem, pozorným ale ne káravým pohledem, mírnými gesty a pozorným nasloucháním. V práci zdravotnického záchranáře, ač se jedná ve většině případů o čas, bychom měli přesto pacienta důkladně vyslechnout, rozebrat jeho problém a nabídnout řešení. Mnohokrát více pomůže uklidnit situaci jednoduchý psychoterapeutický rozhovor než farmakologické zklidnění pacienta.

3 PORUCHY V AKUTNÍ PSYCHIATRII

3.1 Schizofrenie

Schizofrenie je naprosto origiální nemocí, každý jedinec ji vnímá a prožívá jinak. Schizofrenní nemoc je pro každého pacienta typická a neopakovatelná a její průběh je samostatný a jedinečný. Schizofrenie není chorobou několika dnů či měsíců, je to celoživotní onemocnění, projeví se kdykoli a kdekoli, neočekávaně. Schizofrenní a její přidružené nebo obdobné stavy se mohou kdykoli vrátit.

Schizofrenie se řadí do endogenní psychózy, obecně je charakterizována jako rozpad osobnosti. Postihuje především emocionální stránku člověka, projevuje se protichůdnými city, nelogickým jednáním a myšlením. Lidé trpící schizofrenií často odbíhají od reality a působí tak navenek chladně, lhostejně a otupělým dojmem. Tito lidé vyhledávají samotu, k suicidálním pokusům mají obrovské sklony - až 10 % schizofreniků se pokusí o sebevraždu. Chovají se neobvykle a abnormálně, dochází k postupnému úpadku osobnosti. Trpí bludy, které charakterizujeme jako abnormální přesvědčení. Velkou roli při této nemoci hrají poruchy vnímání, což zahrnuje halucinace, zejména verbální. Co se výskytu týče, je stejný u žen i u mužů, nemoc propuká v adolescenci nebo časně dospělosti. Svým chováním a jednáním mohou být nebezpeční vlastní osobě a jejímu okolí, a tak tuto nemoc všeobecně zahrnujeme do akutních stavů (KUČEROVÁ, 2010).

3.1.1 Příčiny

Příčiny nemoci nejsou doposud známy. Existují určité spouštěče, jako je forma stresu, drogy, poruchy dopaminu a genetické predispozice, což jsou nejčastější viníci propuknutí schizofrenie. Na onemocnění se podílejí i vlivy prostředí, v prenatálním období mluvíme o podvýživě matky v prvním trimestru gravidity, dále porodní problémy, jako hypoxie plodu, nízká porodní hmotnost novorozence, infekce aj. V sociální linii se může jednat o příčiny vzniklé z problémových stresujících vztahů,

z těžkého dětství, ze stresových situací, v nekomunikaci v rodině, jinou příčinou může být nedostatek tělesného a citového kontaktu.

3.1.2 Příznaky

Nemoc se projevuje po stránce jak duševní, tak fyzické. Nejznámějším příznakem je takzvaný rozštěp osobnosti, nesplňuje podmínku toho poznatku, že osobnost je integrovaný celek všech psychických i fyzických vlastností jedince. Mezi tělesné příznaky nemoci patří fyzická slabost, nevykonnost, rychlá unavitelnost a nízká kondice. Co se týče mluveného slova, věty jsou nesrozumitelné, gramatika chybná, slova ztrácí význam, trpí nízkou slovní zásobou, vyjadřuje se jednoslovnými a holými větami. Neverbální komunikace je taktéž chudá, mimika chladná až vymizelá. Poruchy myšlení jsou také rozmanité. Jedná se buď o plané mudrování, kdy osoba polemizuje nad jedním či druhým, ale závěrem není žádný výsledek, nebo o vychudlé myšlení bez emocí a citů. Na úrovni pocitové jsou příznaky následující. Je to úzkost, deprese, emoční oploštělost, psychomotorický neklid, laxnost, apatie a mnohé další. Velmi specifické u schizofrenních pacientů je, že hovoří vesele o věcech jako smrt nebo sebevražda. Častou poruchou je takzvaná abulie, jedná se o oslabenou vůli, nemocný není schopen vstát z lůžka, nemá sílu vykonávat činnost, kterou by přeci tak moc chtěl. Také poruchy spánku jsou běžnou součástí. Spánek bývá porušený a trhavý, nebo není vůbec a to i několik dní.

Velkou kapitolou jsou bludy a halucinace. Projevy schizofrenních halucinací jsou velmi různorodé, dělíme je dle výskytu na sluchové, intrapsychické a tělové. Sluchové halucinace a paranoidní bludy se vyskytují skoro u každého pacienta. Ti slyší hlasy, které mu nadávají, vytýkají a přesvědčují o něčem. Intrapsychické jsou ty, které prožívá schizofrenik sám ve vnitru svého já, slyší je ve své hlavě. Většinou není schopen nic dělat, jen tak sedí, o nic nemá zájem. Tělové halucinace jsou ty, při kterých schizofrenik cítí podivné pocity ve svém těle, většinou v břiše.

Inkoherentní myšlení, emoční inadekvátnost, psychomotorický neklid patří do akutních projevů schizofrenie. *„Bývá to akutní stav, kdy nemocný neklidně přebíhá sem tam, bez viditelného cíle, jeví se úzkostný, někdy se nepřiléhavě směje, produkuje více či*

méně nesouvislou řeč, z níž je jen těžko patrné, co se v něm odehrává. Obvykle se něčeho bojí, může mít i sluchové či zrakové halucinace, s nimiž si povídá. V tomto stavu může sobě i jinému člověku ublížit, ani ne tak cíleně, ale spíše v tomto pomatení mslí omylem někam spadne, někde se uhodí, do někoho vrazí. Je to situace vyžadující okamžitý zásah lékaře., nejlépe psychiatra. Obvykle však přivolaným lékařem je lékař rychlé záchranné služby, neboť tyto stavy často propukají doma a večer či v noci (KUČEROVÁ, 2010, s. 16)“.

3.1.3 Léčba

Díky farmakoterapii schizofrenie získává lepší průběh nemoci pacienta. Důležité je ale dělení příznaků na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou snadno farmakologicky léčeny, patří mezi ně halucinace a bludy. Negativní schizofrenní příznaky (emoční nestabilita, emoční osploštění, uzavírání se do sebe, myšlenkové poruchy aj.) jsou obtížně ovlivnitelné léky a při nich musíme sáhnout po velmi atypických antipsychotik.

Z farmakologie jsou to především antipsychotika, neboli neuroleptika užívající se při schizofrenní poruše v péči nemocniční i neodkladné přenemocniční. Při užívání antipsychotik se můžeme setkat s komplikacemi nežádoucích vedlejších účinků. Na jednu stranu pomáhají a zlepšují duševní stav pacienta, na druhou stranu mohou léky této skupiny rozvinout Parkinsonův syndrom, může dojít k tachykardiím, neuroseptické hypotenze, k psychomotorickému útlumu. Může ale také vyvolat epileptické záchvaty, zácpu, třes a porušit jaterní a endokrinní funkčnost. (RABOCH, 2007).

Mezi nejběžnější lék v PNP je, obchodním názvem, Haloperidol (5x1ml/5mg), který patří do antipsychotik I. generace. Užíváme ho v injekční formě i. v. nebo i. m. 1 - 3 ml. Dalším farmakem je Tiaprid 100mg/2ml (Tiapridal obchodním názvem), antipsychotika II. generace. Ten je užíván ke zvládnutí psychomotorického neklidu, u poruch chování a tikových poruch. Dávkování je i. v. max do 100-200mg. Pro intramuskulární podání užíváme tzv. Tisercin (25mg/1ml), který patří do indikační skupiny psycholeptika. Užíváme ho při těžkých úzkostných a psychotických stavech. Pro akutní stavy úzkosti užijeme Apaurin (10mg/2ml), kdy podáme většinou i.v.

1ml=5mg. Apaurin řadíme do anxiolytik, stejně jako Diazepam (5mg) k perorálnímu podání. (MAREK, 2010).

Mimo farmakologický způsob léčby jsou také účinné rehabilitace, biologické postupy, psychoterapeutické techniky, psychoterapie a mnohé další.

3.2 Deprese

Řadíme ji do afektivních poruch, tedy do poruch nálady a označujeme ji jako bipolární afektivní poruchu, zkratkou BAP. Jedná se o onemocnění, které postihuje celkové prožívání, chování a aktivity člověka, konkrétně jeho nálady, která směřuje ke smutné náladě, tj. depresi, anebo k náladě radostné, euforii, tj. mánie. V přednemocniční neodkladné péči se setkáváme především s depresivním syndromem, a tak se jím budeme zabývat v této kapitole podrobněji.

Obecně můžeme říct, že deprese je nemoc podobná jiným onemocněním, jako je např. hypertenze, diabetes a jiné. Není to jen chmurná nálada, ale nemoc celého organismu. Ani to není slabá vůle, jak se mnozí domnívají, ani se nejedná o nepřiměřenou reakci na nepříznivou situaci a událost. Pokud se léčba depresivního syndromu zahájí, je ve většině případů léčitelná. V opačném případě vede k nevykonnosti, osoba ztrácí veškerý životní elán, snižuje imunitu a tím se zhoršuje celkový zdravotní stav organismu. Celkově se jedná o velký zásah do života postiženého. V číslech je deprese nejčastějším duševním onemocněním, až přes 5 % obyvatel. Deprese se může objevit v každém věku, i u dětí, i když ne tak často. Výskyt deprese se váže také na pohlaví. Ženy onemocní dvojnásobně častěji než muži. Mezi rizikové faktory patří u žen období šestinedělí a mateřské dovolené. Co se týče věku, deprese se vyskytují častěji ve stáří a u žen v období klimakteria. Další faktory spadající do výskytu depresí jsou sociální izolace, nespolečenský život, samota, chudoba nebo příslušnost k menšině a mnohé další.

3.2.1 Příčiny

Takzvané spouštěče přesmutnělé nálady a mechanismy vzniku depresí jsou různorodé. Jedná se o kombinaci několik faktorů, což jsou nejvíce vlivy biologické, psychologické, sociální a predispoziční. Dispozice je tvořena nadměrnou citlivostí a zvýšenou zranitelností a závisí na zevních podmínkách, zdali se onemocnění projeví či nikoli. Další stránkou vlivu na vznik depresí jsou životní těžké události a stres, jak krátkodobý a intenzivní, tak dlouhodobý a méně zatěžující. U dědičných faktorů, které také tvoří určitý podíl na vznik choroby, si musíme uvědomit, že se nedědí nemoc sama, nýbrž jen vlohka k onemocnění depresí. Mezi psychologické faktory patří pocit méněcennosti a nedostatečné sebevědomí získané v raném dětství nebo kdykoli v průběhu života. V dospělosti se rozvíjí nemoc pocitem, že osoba není důležitá, a nejčastějším spouštěčem deprese v tomto období je životní ztráta úmrtím, rozchodem a jiným. Biologické příčiny nemoci jsou spojeny s nedostatkem některých chemických působků, jako jsou dopamin, serotonin a noradrenalin. Nesmíme zapomenout také na nadměrné užívání alkoholu a drog, které také mohou zapříčiňovat vznik onemocnění zvané deprese, stejně jako užívání některých léků.

3.2.2 Příznaky

Mezi hlavními symptomy deprese řadíme poruchu nálady, myšlení, chování a celkově tělesného fungování. U osoby trpící depresí přetrvává smutná a úzkostná nálada. Postižený se cítí prázdně, osamoceně, jeví známky nechuti do života. Jeho pocity jsou především beznaděj a bezmoc. Věci, které se mu zdály dříve být veselé, dnes se na ně dívá pesimistickým pohledem. Trpí pocitem, že je za něco vinen, že má slabou vůli, a myslí si, že za všechny životní, rodinné či vztahové a pracovní problémy může sám. Dotyčný ztrácí zájem o společenský i sexuální život, radost ze svých zálib klesá nebo úplně mizí. Depresivní lidé mohou být velmi nervózní, podráždění a výbušní. Můžeme se setkat také s agresivitou. Suicidální myšlenky patří rovněž do častých projevů depresivního syndromu.

Tělesné projevy depresí patří do těžší formy deprese. Zpočátku se jedná o špatnou koncentraci, nespavost, nechut' k jídlu, snížení váhy, nebo naopak přibývání na váze z důvodu přejídání. Osoba s depresí má malou energii, je unavená a ospalá, i jednoduché činnosti jí trvají déle, nebo se k nim vůbec nedostane, jelikož ztratila vůli,

nebo je opravdu tak slabá. Další příznaky v úrovni tělesné jsou bolesti hlavy, migrény, zácpa nebo průjem, pacienti pocítují tlak na hrudi, svalstvo je ochablé a ztuhlé. Nemocný je tak slabý, že si nenamaže ani chleba nebo neumyje ruce. Ne, že by nechtěl, ale nemá na to sílu. V případě, že se mu povede maličkost, třeba jen ustlat, má obrovskou radost. Depresivní člověk je netrpělivý a nezvládá dlouho poslouchat, nepřijímá negativní názory a připomínky. Bez příčiny pláče, třeba i bez přestání několik hodin (PRAŠKO, 2003).

3.2.3 Léčba

Mezi farmakologické postupy při léčbě deprese je podání antidepresiv a v těžkých případech antipsychotik. V přednemocniční neodkladné péči máme k dispozici lék obchodním názvem Lexaurin (1,5mg) v tabletách. Pro intramuskulární podání užíváme tzv. Tisercin (25mg/1ml), který patří do indikační skupiny psycholeptika. Užíváme ho při těžkých úzkostných a psychotických stavech. Pro akutní stavy úzkosti uijeme Apaurin (10mg/2ml), kdy podáme většinou i. v. 1ml=5mg. Apaurin řadíme do anxiolytik, stejně jako Diazepam (5mg) k perorálnímu podání.

K léčbě depresí mimo medikamentózní cestu používáme také psychoterapeutické techniky, komunikační dovednosti a reálné řešení životních událostí. Úkolem psychoterapie je především podpořit a porozumět. Řeší problémy související s danou nemocí a jejími příčinami. Další možnosti léčby jsou fototerapie, což je léčba jasným světlem, a elektrokonvulze, jejíž podstatou je stimulovat mozkové hemisféry.

3.3 Úzkostné stavy

Pocit úzkosti zažilo mnoho lidí. Je v normálních situacích důležitá, jelikož pomáhá bránit organismu před nebezpečím. Mluvíme-li ale o úzkostném stavu v pravém slova smyslu, svým působením negativně zasahuje do života jedince. Zpočátku se jedná o drobné úzkosti. Poté ale začnou úzkosti gradovat, objevují se čím

dál častěji a sílí. Většinou jsou spojeny s nějakou situací. Osoba trpící úzkostí ví, o jakou situaci se jedná, a prožívá obrovský strach a obavu, že se úzkost bude opakovat. Dochází pak k vnitřnímu napětí a zmatenosti osoby, ta se chová neúčelně a zmateně a celý stav může dojít až k panice. Pocit úzkosti může plynout volně, ale také se objevit náhle a bez zjevné příčiny. V tomto případě mluvíme o panickém záchvatu. Postižený jeví známky strachu, bojí se, že se jeho chování vymkne kontrole, bojí se, že onemocněl těžkou chorobou a že zešílel. Úzkostné stavy se mohou objevit během života kdykoli, v dětském věku, ale i v období stáří. Mluvíme-li o závažném vygradování stavu, čili o panickém záchvatu, nejčastěji se objevuje v rané dospělosti, mezi 23. až 29. rokem života. Častěji trpí ženy (PRAŠKO, 2012).

3.3.1 Příčiny

Faktory, které se podílejí na příčině vzniku úzkostných a panických stavů, jsou genetické, biochemické, osobnostní, psychologické, tělesné a také souvisí s užíváním některých léků, nadměrnou konzumací alkoholu a závislosti na drogách. Co se genetiky týče, obdobná je situace jako u jiných onemocnění. Nedědí se nemoc jako taková, nýbrž osoba získává určitou predispozici, jak reagovat na zátěž. Z biologických příčin hraje roli serotonin. Dojde-li k poruše jeho přenosu v mozku. Je pravděpodobné, že tato porucha se vyskytuje u všech úzkostných stavů. Příčinou sociální a psychologickou míníme vývoj a výchovu v dětství, životní události, mezilidské vztahy, předsudky, postoj k životu, vysoké požadavky kladené na sebe a mnohé další. Stres je důležitou okolností při rozvoji paniky a úzkostných stavů. Lidé, co mají stresující povolání, nebo žijí v náročných stresujících podmínkách, nebo stres prožívají dlouhodobě, jsou na pocitu úzkostí velmi náchylní. Také osobnostní rysy člověka mají vliv na propuknutí úzkosti. Týká se to většinou lidí, kteří mají sklony k perfekcionismu, kladou na sebe velké nároky, chtějí být dokonalí. Často jsou to také osoby, které mají problémy s asertivním jednáním a vystupováním, těžko snášejí kritiku, mají velkou potřebu být chváleny a povzbuzovány. Mezi tělesné příčiny řadíme běžná onemocnění, která jsou příčinou vzniku úzkostných stavů. Úzkostná porucha může navazovat na nemoci s krevním tlakem, mrtvicí, infarktem myokardu, cukrovkou a jiné.

3.3.2 Příznaky

Mezi psychické příznaky úzkostné poruchy patří pocity ohrožení, strachu, napětí, vnitřního chvění, odcizení. Nemocní mívají obavy, přehnané představy, katastrofické myšlenky. Obtížně se koncentrují, jsou ospalí, unavení, podráždění, nejsou schopní odpočívat, mají celkové spánkové problémy. Mezi tělesné příznaky řadíme pocení, blednutí, sucho v ústech, napětí ve svalech, pocit nedostatku vzduchu, což si organismus kompenzuje zrychleným dýcháním nebo zkrácením dechu. Lidé s úzkostnou poruchou trpí bolestmi zad, hlavy, svalů a celé páteře. Jeví známky, jako by neurologicky nebyli zcela zdraví, mají pocit mravenčení končetin, trpí závratěmi, mají mžitky před očima, trpí pocity na zvracení, mají třes nebo cukání svalových částí. Mohou také vykazovat interní poruchu, jelikož často trpí bušením srdce a svíravou bolestí na hrudi, sevřením v krku, často močí, mohou mít průjem nebo zácpu.

3.3.3 Léčba

Z medikamentózní terapie se jedná o podání antidepresiv, které vytváří neuronovou rovnováhu. V řadě benzodiazepinů užíváme, zvláště v akutních stavech úzkosti a paniky, Diazepam (5mg) p.o. nebo Apaurin (10mg/2ml) i.v. Intramuskulárně můžeme podat obchodním názvem Tisercin, který je indikován také pro akutní úzkostné stavy (RABOCH, 2007).

U lehčích forem úzkostných stavů pomůže psychoterapie, při těžších formách v kombinaci farmak. Psychoterapie dá pacientovi hlubší porozumění jeho problému, učí, jak zacházet s příznaky onemocnění a jak řešit problémy.

4 KAZUISTIKY

Cílem praktické části bakalářské práce je získat informace o správných postupech při poskytování zdravotní péče v přednemocniční neodkladné péči, konkrétně u pacientů s psychiatrickou diagnózou. Po získání těchto ucelených informací budou v případě nutnosti možné nedostatky vypíchnuty a nastíníme možnosti jejich řešení a doporučení.

Jedno z hlavních zaměření bude na celkovou anamnézu pacienta, péči o jeho zdravotní stav a na komunikaci. Nezanedbáme také důležitost chování a postoj celého zasahujícího týmu.

Do praktické části bakalářské práce jsme si zvolili případovou studii ženy ve stavu deliria z důvodu absence alkoholu, podávaného dříve každý den, a do druhé případové studie jsme si vybrali pacienta trpícího schizofrenií s problematikou navázání verbálního i neverbálního kontaktu.

Potřebné podklady pro výše uvedené případové kazuistiky jsme získali z výjezdové dokumentace Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje.

4.1 Kazuistika č. 1

DEPRESE

4.1.1 ANAMNÉZA

Identifikační údaje pacienta

- **Jméno:** XY
- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 48 let
- **Zásah:** Zlínský kraj, část obce Malenovice

Časový průběh

- **výzva dispečink:** 10:42
- **převzetí výzvy posádky RZP:** 10:43
- **čas výjezdu RZP:** 10:44
- **čas příjezdu na místo posádky RZP:** 10:48
- **čas předání pacienta posádky RZP:** 11:36
- **ukončení výjezdu posádky RZP:** 11:49

OA: hospitalizace na interním oddělení KNTB Zlín 2011, hypokalémie, 2012 ovariektomie dx, na traumatologické oddělení - hospitalizace pro komoci mozku 2013

FA: neguje

RA: matka diabetička na inzulínu (80let, žijící), otec neznámý, údajně alkoholik, bratr se léčí na vysoký tlak, dcery dvě zdravé

GA: porody 2, potrat 0, menopausu neguje

AA: kožní reakce (exantém) po podání Augmentinu

SA: rozvedená, žije u matky

PA: evidována na Úřadu práce Zlín

Abusus: alkohol neguje, tabakismus občas

POPIS SITUACE

Prostředí - jedná se o pracovní den, roční období - jaro, v dopoledních hodinách, zataženo, beze srážek, teplota vzduchu mezi 10-13°C, viditelnost pro vozy posádky dobrá

Výjezdové základny Zlín - centrální stanoviště zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje (ZZS ZK) se nachází v krajském městě Zlín, těsně v blízkosti Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s. (KNTB, a.s.). K dispozici jsou vozy 1x Rendez Vous (RV) nepřetržitě s lékařem a zdravotnickým záchranářem (vůz: Škoda Octavia Combi), 1x Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) nepřetržitě, s personálním obsazením zdravotnický záchranář a řidič záchranář (vůz: Volkswagen Transporter T5), 1x Rychlá lékařská pomoc (RLP) s lékařem, zdravotnickým záchranářem a řidičem záchranářem (vůz: Volkswagen Transporter T5 + skříňová zástavba), chod ve zkráceném pracovním režimu ve všedních dnech od 7-15:30 hod., poté pokračuje bez lékaře, tj. RZP samostatně. Další výjezdové stanoviště ZZS Zlín zvané Axiom se nachází 8 km od hlavního stanoviště v areálu KNTB Zlín. Disponuje nepřetržitě dvojí posádkou RZP (vůz: Volkswagen Transporter T5) s obsazením zdravotnický záchranář a řidič záchranář. Třetí základnou je otrokovická nepřetržitá ZZS sídlící v budově místní zdravotní polikliniky. Provoz RZP (vůz: Volkswagen Transporter T5) + RV (Škoda Octavia Combi).

Letecká záchranná služba (LZS) ve Zlínském kraji není k dispozici, heliport nemocnice KNTB Zlín vlastní v jejím areálu. Zlínský kraj má možnost využít služeb LZS Brno, Olomouc, Ostrava.

Zdravotnická zařízení: Nejbližší zdravotnické zařízení se nachází na periferii města Zlína, jedná se o krajskou nemocnici. Krajská nemocnice KNTB, a.s. ovšem nedisponuje odbornou specializovanou psychiatrickou péčí. Od místa nehody je toto zdravotní zařízení vzdáleno 11km. Pro depresivní stav není zcela vhodnou volbou. Zlínský kraj má ale k dispozici Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, která velmi dobře obhájí svou nezastupitelnost v péči o duševně nemocné. Od místa zásahu je vzdálenost 30 km po silnici I. třídy R55. Pro lehčí formy deprese jsou k dispozici v pracovní den ordinace psychiatrů. ZZS po domluvě s dispečinkem kontaktuje psychiatrického lékaře a domlouvají se na postupu, zdali je možná ambulantní péče, nebo nutná hospitalizace.

Místo nehody: událost se stala v domě blízko cesty, na sídlišti v části Zlína - Malenovice, ulice Mlýnská. Jedná se o jediný dům v této ulici, dům je obklopen paneláky. Příjezd pro sanitní vozy je zpřístupněn z jedné strany z důvodu jednosměrného značení ulice. Frekvence dopravy je nízká, místo události pro posádku přehledná.

Výzva: žena, 56let, susp. CMP

Průběh nehody: dcera se rozhodla navštívit matku, jelikož ji den nebrala telefon a psala zprávy typu: „vůbec o mě nemáte zájem, jsem zbytečná“. Dcera vidí matku sedět v místnosti, zřejmě zrovna vstávala, měla zatáhlé žaluzie. Na židli sedí zhrouceně a je zahleděná do jednoho místa. Dceru nepozdravila, nekomunikuje, na hlasitější slovní výzvy ale nakonec odpoví. Dcera volá linku 155.

4.1.2 KATAMNÉZA

Průběh zásahu u ženy se suspektním epileptickým záchvatem typu absence - zahledění

10:42 hodin

Zdravotnické operační středisko (ZOS) v tuto chvíli přijímá hovor volající dcery XY, která prosí o zaslání sanitního vozu pro svou matku - 48let do domu v Malenovicích na sídlišti. Dispečink se vyptává na přesné místo události, ptá se na zdravotní stav ženy, zdali dýchá, je při vědomí a komunikuje. Tyto informace zadává dispečerka do systému

a zasílá krátkou výzvu posádce. Dcera je vyplašená, tento stav vidí u matky poprvé. Uvádá, že matka je divná, že se jen dívá na jedno místo a je dezorientovaná. Krajské operační středisko po vyhodnocení situace zasílá posádku RZP. Nadále komunikuje s volající a doporučuje, aby při příjezdu záchranky vyšla ven. Poté hovor ukončuje.

10:43

Již během hovoru dispečerka zasílá výzvu posádce RZP. Váhá, zdali je zapotřebí zaslat pomoc lékaře, čili posádku RLP nebo RV, ale jelikož v tuto chvíli není lékařská první pomoc ani k dispozici, řešení je určené. Vyslána je posádka z Otrokovic, která se od místa události nachází 6,5km. Je to nejbližší možná posádka a zároveň jediná volná.

Posádka RZP přijímá ve stejnou minutu výzvu v elektronické i papírové formě. Výzva obsahuje stručný popis události, pohlaví a věk pacienta, místo události a celkovou naléhavost situace.

10:44

Posádka rychlé zdravotnické služby vyjíždí z otrokovické základny s naléhavostí č. 2. Vyjíždí po silnici I. třídy s názvem Třída Osvobození, dále po Zlínské silnici, taktéž I.třídy, navazuje silnice Třída 3. května. Posádka jede přes několik světelných křižovatek, řidiči ostatních vozidel jsou všímaví a ohleduplní, a tak průběh jízdy je nekomplikovaný a hladký. Hustota provozu je malá vzhledem k dopoledním hodinám. Vozovka je v dobrém stavu, jedná se o první třídu, čtyřproudovou silnici. Všechny bezpečnostní prvky byly během jízdy využity. Vůz má zapnuté výstražné modré světelné i akustické zařízení, toho typu Weil (kolísavý dlouhý), Yelp (kolísavý krátký) a Horn (klaksonový typ). Dle norem jsou obě výstražná zařízení zapnuta po celou dobu jízdy. Taktéž posádka dodržuje bezpečnostní pokyny, při jízdě jsou zapnuty bezpečnostní pásy, které vypínají až při úplném zastavení vozidla na místě zásahu. Všichni členové zasahující posádky jsou oblečeni do stejnokroje s reflexními výraznými pruhy a rozlišovákky, mají pevnou terénní obuv a před jakoukoliv manipulací s pacientem již mají nasazeny jednorázové rukavice.

10:48

V tento čas zadal řidič záchranář do systému zmáčknutím daného číselného tlačítka informaci Krajskému operačnímu středisku, že je na místě. Důležitým úkolem pro řidiče

je vhodné a bezpečné postavení vozidla, a je-li to možné, zanechat volný průjezd jiným projíždějícím vozům. Správné postavení sanitního vozu, zajištění vozu proti samovolnému pohybu a zapnutí výstražných oranžových i modrých světel je další bezpečnostní podmínkou. Pro neustálé vytápění ambulantní části vozu je motor sanity po celou dobu v provozu, podnebí je chladnější.

Zdravotnický záchranář vyhodnocuje situaci dle prvních informací získaných od dcery, která stojí před domem. Ta udává, že je matka divná, že asi nemůže mluvit, protože ji ani nepozdravila a dále v temné místnosti sedí jen tak nehybně. Zdravotnický záchranář a řidič berou na místo dění sesterskou brašnu s lékovou výbavou, s pomůckami k měření základních fyziologických funkcí a se základním obvazovým materiálem. Zdravotnický záchranář vyhodnotil situaci tak, že nebude resuscitační batoh zapotřebí.

Zdravotnický záchranář děkuje dceři a ujišťuje ji, že se o matku postarají. Doporučují, aby šla do vedlejší místnosti. Při vstupu do pokoje vidí posádka ženu shrbenou, drží v ruce kapesník a na tváři jsou nepatrné stopy po pláči. Zdravotnický záchranář se domnívá, že se může jednat o psychicky narušenou matku, nikoli o neurologický problém. Dceru proto pobídne, aby šla do dalšího pokoje a popřípadě našla doklady pacientky. Ty předává po chvíli řidiči. Zdravotnický záchranář v přítomnosti řidiče komunikuje s pacientkou, ptá se, co se stalo, jestli jí něco nebolí a proč asi dcera volala záchranku. Používá techniky psychoterapeutického rozhovoru. Po malé chvíli, kdy matka nespolupracuje, zdravotnický záchranář prosí kolegu, aby ho nechal v pokoji sám. V tuto chvíli záchranář zaujímá těžkou pozici vyjednavatele. Pobídne pacientku, aby promluvila a spolupracovala s ním, že tak problém co nejdříve vyřešíme. Zeptá se jí, zda-li jí může změřit tlak a puls, matka souhlasí. Mezitím, co zdravotnický záchranář měří, matka začíná mluvit sebenapadajícími větami typu, že o ní nikdo nestojí, že je doma pořád sama, všichni ji odmítají, i když se pořád snaží. Tato tvrzení prokládá pláčem a teprve v tento moment záchranář stoprocentně vyvrací epileptický záchvat typu zahledění. Zaujme polohu v úrovni pacientky a sedá si k ní s přiměřenou vzdáleností, dívá se jí do očí a snaží se jí přesvědčit, že ji pomůžou. S nabídkou psychiatra zpočátku striktně odmítá, a tak se jí záchranář snaží nadále jinými komunikačními metodami ji přesvědčit. Užil věty jako: „Vím, jak Vám je, věřte, že si dokážu představit, jak se cítíte.“ Dále ji přesvědčuje na základě tvrzení, že kvůli dcerám musí být silná a vyléčit se. I když pacientka pláče, souhlasným kývnutím dává najevo, že pojede za doktorem, který jí pomůže.

Řidič záchranář, který byl ve vedlejší místnosti s pootevřenými dveřmi pochopil, že se jedná o duševně nemocnou pacientku. Jde za dcerou poprosit o nachystání osobních věcí matky a stručně vysvětlí situaci. Především ji uklidní, že se nejedná o neurologickou příhodu a hospitalizace nebude nutná. Pacientku záchranář odvede za paži a předcházíme tak riziku zakopnutí. Pacientka smířená s nutným zásahem odborníka je více komunikativní a schopná vzít osobní věci a zamknout. Dcera maminku ujišťuje, že bude na telefonu, ať zavolá, jak bude hotová a že si promluví. Pacientka si může vybrat, zdali chce sedět, nebo ležet, souhlasí s doporučením vleže. Zdravotnický záchranář zjišťuje podrobnější anamnézu, pokládá otázku směřující pro kompletaci celkové anamnézy pacientky.

Zdravotnický záchranář zjišťuje z prvotního vyšetření, že je hlava bez známek poranění, zornice jsou isokorické, reagují na osvit, jazyk plazí středem bez známek pokousání a také jazyk a kožní turgor nevykazuje známky dehydratace. Dále měříme krevní tlak, puls a saturaci, točíme čtyřsvodové EKG pomocí EKG monitoru LifePak 15. Pacientku zdravotnický záchranář vždy před daným výkonem informuje a poprosí o její souhlas, mluví zřetelně, mile a empaticky.

Hodnoty fyziologických funkcí pacientky I:

TK - 115/ 75 mmHg

P - 75' / min

SpO₂ - 99%

DF - 16' / min - spontánní symetrické, pravidelné

GCS - 4+5+6 = **15**

EKG - sinusový rytmus

Vědomí - při vědomí, orientovaná v čase, místě, prostoru

Terapie:

psychoterapeutický rozhovor

Po změření fyziologických funkcí dokončuje zdravotnický záchranář celkové vyšetření „od hlavy až k patě“.

Hlava: pokleповě nebolestivá, bez traumat ve vlasové části, zornice izokorické, reagující, fotoreakce +, skléry anikterické, spojivky prokrvené, hrdlo klidné, jazyk suchý bez známek dehydratace, plazí středem, oči a uši bez sekrece.

Krk: náplň krčních žil nezvětšená, šije neoponuje, pulzace karotid hmatná, puls hmatný, pravidelný. Krční páteř nebolestivá.

Hrudník: bez deformit, souměrný, bez krepitace, pokleповě plný a jasný, dýchání čisté alveolární, bez vedlejších fenoménů, srdeční akce pravidelná 75' / min, poslechově bez šelestu, dýchání pravidelné, symetrické. Hrudní páteř bez patologických změn.

Břicho: v niveau, měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika normálních tónů, tapottement negativní

Páteř: pokleповě nebolestivá, rozvíjí se symetricky.

Končetiny: Horní končetiny bez traumatických změn, bez známek suicidálního pokusu, kapilární návrat do dvou vteřin. Dolní končetiny bez otoků, končetiny teplé, arteriální pulzace kladná, hmatná do periferie, lýtka nebolestivá.

11:15

Pacientka je stabilizována do polohy na nosítkách, ty zabezpečíme proti pohybu a pacientku bezpečnostními pásy zafixujeme na dvou místech. Zdravotnický záchranář před odjezdem řeší přes dispečink ZOS spojení mezi posádkou a příslušným zlínským psychiatrem. Dispečink vyhledal psychiatra s ordinacími hodinami v této době, volá mu a spojuje zdravotnického záchranáře s lékařem. Ten po vysvětlení situace souhlasí s přijetím do ordinace. Řidič je připraven k transportu do nemocničního zařízení, zdravotnický záchranář ukládá pomůcky na své místo, sedne si vedle pacientky, se kterou udržuje neustálý oční i verbální kontakt. Nyní jsou celá posádka a pacient zcela připraveni. Řidič záchranář dává prostřednictvím radiostanice status návratu s pacientem.

11:21

Zdravotnický záchranář se telefonicky prostřednictvím vysílacího zařízení značky Motorola (systém Matra) spojuje se ZOS a podává informace o pacientovi v následujícím pořadí: pohlaví, věk, základní diagnóza, NACA - stupeň závažnosti

ohrožení života (0 - žádné onemocnění a trauma; 1 - lehká (lehká funkční porucha nebo nezávažné poranění); 2 - střední (středně závažná funkční porucha nebo středně těžké poranění); 3 - vysoká závažnost - závažná porucha ohrožující jednu životní funkci bez známek selhávání; 4 - potencionální ohrožení života; 5 - přímé ohrožení; 6 - KPR; 7 - smrt) a dojezdový čas a místo zdravotnického zařízení, v našem případě ordinace příslušného lékaře v centru města Zlín.

Během celého transportu zdravotnický záchranář komunikuje s pacientkou, kontroluje její reakce a vyhodnocuje její duševní stav. Také nezapomíná na kontrolu saturace, tepu a dechu. Vyptává se a kompletuje anamnézu osobní, rodinnou, farmakologickou a gynekologickou a výjezdový záznam doplňuje o nepostradatelné identifikační údaje včetně kódu pojišťovny a kontaktu na blízkou osobu. Řidič zvolil klidnější cestu bez zvukových výstražných zařízení, využívá jen světelná zařízení.

11:36

Posádka RZP přijela k budově, kde sídlí příslušný psychiatr, vzhledem k situaci pacientky volíme parkování ze strany budovy s menším pohybem kolemjdoucích. Řidič zadává status tlačítkem číslo 4 - předání pacienta. Před předáním pacienta probíhá kontrolní měření krevního tlaku, frekvence dechu a tepu a saturace. Opětovně se ptá na pocity a zdali je její celkový stav o něco lepší.

Hodnoty fyziologických funkcí pacientky II:

TK - 120/ 80 mmHg

P - 68 / min

SpO₂ - 99%

DF - 14 / min - spontánní symetrické

11:40

Pacientka si do ordinace přichází sama za doprovodu jednoho z posádky a to zdravotnického záchranáře. V čekárně není pacient, lékař má hodinovou přestávku. Pacientka se posadí, zdravotnický záchranář jde dovnitř a lékaři sděluje informace sloužícímu lékaři o charakteru události, zdravotním stavu pacienta, reakcích na psychiatrickou léčbu ze strany pacientky, provedené léčbě a hodnotách základních

fyziologických funkcích během události a transportu a při předání. Řidič předává osobní věci a doklady pacientce. Razítkem a podpisem stvzený originál výjezdového záznamu patří psychiatrovi, kopii si ponechává zdravotnická záchranná služba.

11:49

Pomocí terminálního tlačítka s číslem pět dáváme znát Zdravotnímu operačnímu středisku, že jsme ukončili svůj výjezd a jsme k dispozici pro možné další výjezdy. Po návratu na základní stanoviště tlačítkem šest - základna zadáváme a tím oznamujeme, že jsme zcela ukončili výjezd. Vzápětí probíhají uklízací a dezinfekční práce. Dezinfikujeme plochy prostoru ambulantní části vozu, nosítka, všechny použité pomůcky včetně EKG monitoru a jeho součástí. Doplníme chybějící materiál a zkontrolujeme funkčnost přístrojové techniky. Nakonec zdravotnický záchranář zadává do systému informace a zápisy o proběhlém výjezdu dle dokumentace. Ty jsou nutné především pro výkazy pojišťoven a pro statistiky.

4.1.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Činnosti Zdravotnického operačního střediska (ZOS)

- Rychlé přijetí výzvy, získání všech nezbytných informací o události proběhlo bez časové prodlevy, nebylo nutné opakovat informace pro nesrozumitelnost
- Správné vyhodnocení situace a správný odhad závažnosti výzvy
- Dispečeri ZOS byli připraveni pro navádění místa události
- Dobrá spolupráce s volajícím (svědkem události)
- Vhodné zvolení posádky RZP jedoucí na místo události, nebylo nutné zásah lékaře
- Rychlé sdělení události a příjezd ZZS zdravotnickému zařízení
- Výborná spolupráce a vzájemná komunikace
- Celková práce a činnost ZOS byla v souladu s doporučeními a danými směrnici a postupy

Činnost posádky RZP

- posádka přijala výzvu v co nejkratším možném čase a vyjela v časovém limitu dvou minut
- při jízdě byly splněny všechny bezpečnostní prvky posádky, včetně výstražných světelných a akustických zařízení, bylo tak minimalizováno riziko ohrožení ostatních
- posádka dorazila v krátkém časovém intervalu
- bezpečnost pro zúčastněné zajištěna vhodným postavením vozidla
- rychlé získání informací od prvního kontaktu s rodinou pacientky
- praxe ze strany záchranáře pomohla vyvrátit diagnózu, ke které původně měla posádka namířeno
- výborná souhra dvoučlenné posádky
- správný odhad diagnózy
- zvolena vhodná komunikace, použity prvky psychoterapeutického rozhovoru s duševně nemocným pacientem
- postupy při ošetřování a vyšetřování pacienta byly systematické a probíhaly dle doporučených norem
- transport zvolen dle závažnosti pacienta, proběhl v co nejkratším možném čase
- správně zvolené cílové zařízení vzhledem k diagnóze a stavu pacienta
- neustálý kontakt s pacientkou
- šetrné zacházení s pacientem při překladi z nosítek na nemocniční lůžko
- dokončovací práce proběhly po ukončení výjezdu

4.1.4 DISKUZE

Srovnáme-li doporučené postupy a poznatky v teoretické části a činnosti zdravotnické záchranné služby v praxi, zjišťujeme, že posádka pracovala jen se zanedbatelnou chybovostí. Přijetí, vyhodnocení a zpracování výzvy bylo Zdravotnickým operačním střediskem bez časové prodlevy, jen s chybovostí určené diagnózy. Vzhledem k získaným informacím ze strany volající nebylo ale možné diagnózu určit správně. Také posádka zdravotnické záchranné služby pracovala dle

vhodné posloupnosti postupů a úkonů dle zdravotního stavu pacienta. Zdravotnický záchranář zvolil výborně přiměřenou komunikaci s prvky psychoterapeutického rozhovoru. Také za docela krátkou dobu vzhledem k situaci pacientku přesvědčil o následující léčbě. Celkové chování ze strany ošetřujícího bylo na výborné úrovni. Malým nedostatkem byla přítomnost druhého člena z posádky v situaci, kdy pacientka nekomunikovala. Mohl to být onen důvod, proč z počátku nespolupracovala. Nemáme ale za cíl vypíchnutí všech chyb a nedostatků posádky, jelikož v časovém presu, v neznámém prostředí, z prvu nejasnou zdravotní diagnózou volíme ty nejlepší a nejvhodnější postupy a jednáme dle našeho nejlepšího uvážení. Cílem je pouze upozornit a zadat impuls zasahujícím zdravotníkům se nad nedostatky a chyby zamyslet, uznat je a pro další obdobné situace se připravit lépe. Co můžeme doporučit pro snížení nedostatků, v tomto případě v komunikaci s pacientem? Důležité je se vysoce vcítit do kůže pacienta a jednat profesionálně. Pro správné vyhodnocení chování pacienta je nutné také znát minimálně základy psychologie a mít odborné znalosti v oblasti psychiatrických stavů v přednemocniční neodkladné péči. Toho docílíme aktivním vzděláváním a aplikováním získaných zkušeností do praxe.

4.1.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro zásahy k duševně narušeným pacientům a osobám trpící psychiatrickou nemocí je v práci zdravotnického záchranáře důležité umět jednat jemně a empaticky. Musí využívat všech komunikačních prostředků jak verbálních tak neverbálních, a využít je pro získání co nejvíce informací pro správné stanovení diagnózy a od té dále postup léčby, ošetření a umístění do vhodného zdravotnického zařízení. Důležitým prvkem je také spolupráce mezi oběma členy posádky, kdy je nezbytné nechat mluvit a vést celý výjezd jen jednoho z nich. Správné a vhodné chování a postoj zdravotnických záchranářů k pacientovi je velmi důležité pro budoucí hladký průběh celého výjezdu.

4.2 Kazuistika č. 2

SCHIZOFRENIE

4.2.1 ANAMNÉZA

Identifikační údaje pacienta

- **Jméno:** XY
- **Pohlaví:** muž
- **Věk:** 32 let
- **Zásah:** Zlínský kraj, Chrastěšov, část obce Vizovice

Časový průběh

- **výzva dispečink:** 21:19
- **převzetí výzvy posádky RZP:** 21:28
- **čas výjezdu RZP:** 21:30
- **čas příjezdu na místo posádky RZP:** 21:54
- **čas předání pacienta posádky RZP:** 23:05
- **ukončení výjezdu posádky RZP:** 23:36

OA: dle matky léčený schizofrenik jeden rok, 2013 na podzim ukončil léčbu v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, údajně se s ničím jiným neléčí

FA: dle potřeby lexaurin 1,5mg tbl. podle potřeby

RA: matka v mládí trpěla depresemi, dnes údajně bez obtíží, otec alkoholik, ukončil svůj život suicidem, bezdětný, sestra žije v zahraničí, asi se s ničím neléčí

AA: neguje

SA: žije s matkou v domě

PA: částečný invalidní důchod, nepracující, občas brigády

Abusus: pacient neguje, matka uvádí občasné pití domácího alkoholu

POPIS SITUACE

Prostředí - jedná se o páteční večer, roční období - podzim, večerní hodiny, zataženo, poprchá, špatná viditelnost, tma, teplota vzduchu mezi 9-12°C, viditelnost pro vozy posádky zhoršená, vozovka kluzká, na pohled lesklá

Výjezdové základny Zlín - centrální stanoviště zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje (ZZS ZK) se nachází v krajském městě Zlín, těsně v blízkosti Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s. (KNTB, a.s.). K dispozici jsou vozy 1x Rendez Vous (RV) nepřetržitě s lékařem a zdravotnickým záchranářem (vůz: Škoda Octavia Combi), 1x Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) nepřetržitě, s personálním obsazením zdravotnický záchranář a řidič záchranář (vůz: Volkswagen Transporter T5), 1x Rychlá lékařská pomoc (RLP) s lékařem, zdravotnickým záchranářem a řidičem záchranářem (vůz: Volkswagen Transporter T5 + skříňová zástavba), chod ve zkráceném pracovním režimu ve všedních dnech od 7-15:30 hod., poté pokračuje bez lékaře, tj. RZP samostatně. Další výjezdové stanoviště ZZS Zlín zvané Axiom se nachází 8 km od hlavního stanoviště v areálu KNTB Zlín. Disponuje nepřetržitě dvojí posádkou RZP (vůz: Volkswagen Transporter T5) s obsazením zdravotnický záchranář a řidič záchranář. Třetí základnou je otrokovická nepřetržitá ZZS sídlící v budově místní zdravotní polikliniky. Provoz RZP (vůz: Volkswagen Transporter T5) + RV (Škoda Octavia Combi).

Letecká záchranná služba (LZS) ve Zlínském kraji není k dispozici, heliport nemocnice KNTB Zlín vlastní v jejím areálu. Zlínský kraj má možnost využít služeb LZS Brno, Olomouc, Ostrava.

Zdravotnická zařízení: Nejbližší zdravotnické zařízení interní se nachází na periferii města Zlína, jedná se o krajskou nemocnici. Krajská nemocnice KNTB, a.s. ale

nedisponuje odbornou specializovanou psychiatrickou péčí. Zlínský kraj má ovšem k dispozici Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, která obhájí svou nezastupitelnost v péči o duševně nemocné velmi dobře. Pro tento případ je nejlepším a jediným možným řešením umístění pacienta. Od místa zásahu je tato psychiatrická nemocnice vzdálena 49 km a to přes město Zlín po silnici č. 49 a dále po silnici I. třídy R55, na sjezdu s označením 168 se stočíme směrem do města Kroměříž, odtud je to už jen několik minut cesty.

Místo nehody: událost je situována ve Vizovicích, 14 km východně od Zlína, počet obyvatel 4700, Chrastěšov je jejich součástí, jedná se o malou nenápadnou vesnici nacházející 3 km na severu od Vizovic, počet obyvatel 157. Konkrétní místo je dům v druhé polovině vesnice ze strany od příjezdu z Vizovic. K domu je dobrá přístupová cesta z asfaltu, která se asi 200 m od domu mění na úzkou polní kamenitou cestu s omezeným přístupem.

Výzva: muž, 32 let, halucinace

Průběh nehody: muž ve věku 32 let ve večerních hodinách se pohádal z rodinných důvodů s matkou, zcela rozčilen odchází z domu. Vystrašená matka jde za ním pro zklidnění syna, ten ale jeví známky agresivity, a tak se matka vrací domů. Asi po hodině je zpátky i její syn, který je na první pohled velmi rozrušený, má těkavé prudké pohyby, je opocení a dle matky mluví z cesty. Otáčí se za, na první dojem, ničím, mluví si pod nos, matka nerozumí. Nakonec se od syna dozvídá, že mu otec (nežije) říká, ať se zabije. Matka ihned volá linku 155.

4.2.2 KATAMNÉZA

Průběh zásahu k psychicky nemocnému z pohledu zdravotnického záchranáře.

21:19

V tento moment Zdravotnické operační středisko (ZOS) se sídlem ve Zlíně přijímá hovor vylekané starší ženy XY, žádá o rychlou pomoc synovi, který vyhrožuje, že se zabije. V krátkosti zmiňuje jeho minulost a to, že se léčil se schizofrenií a je možné, že jen vyhrožuje. Ale přesto žádá o rychlé neodkladné zaslání sanitního vozu. Pracovnice

ZOS se vyzývá na přesné místo události. Jelikož matka nevolá z pevné linky, nýbrž z mobilního telefonu, poloha tak v systému ZOS není specifikována. Dispečerka tedy žádá volající o přesnou adresu dění. Doporučuje ženě, aby se synem nediskutovala a v žádném případě ho nějakým způsobem nevyprovokovala. Jelikož je v dané situaci sama, dispečerka poučuje volající, že je nutné, aby vyšla sanitnímu vozu naproti kvůli zhoršené přístupnosti k domu. Také ji poučuje, jak v dané chvíli postupovat. Všechny získané informace zadává dispečerka do systému a zasílá krátkou výzvu posádce. Dispečerka ukončuje hovor, a vyhodnocuje, zdali je nutné zaslat lékaře. Vyhodnotí, že ano a zadává výjezd pro posádku RZP + RV. Naléhavost výjezdu zhodnotila na stupeň dva.

21:26

Během hovoru dispečerka zasílá výzvu posádce RZP a RV. Zde se dostává k problému, kdy žádná nelékařská a lékařská pomoc v nejbližších stanovištích není k dispozici. Musí proto sáhnout po jiné horší alternativě a to zasláním nejbližší posádky od místa nehody a to je posádka z Otrokovic, která se od místa události nachází 31,5 km. Jedná se o jedinou možnou posádku a dispečerka si je vědoma časové prodlevy.

21:27

Posádka RZP přijímá ve stejnou minutu výzvu v elektronické i papírové formě. Výzva obsahuje stručný popis události, pohlaví a věk pacienta, místo události a celkovou naléhavost situace. Výzva je aktivována systémem GPS nacházející se na palubovce řidiče. Díky tomuto systému posádky vidí jasnou polohu na mapě a posádka tak nemusí hledat v mapě, pokud tedy nezná trasu. Zobrazí se trasa od místa výjezdu k místu zásahu, přesné znění souřadnic, předpokládaná doba příjezdu na místo a jiné. Nesmíme ale stoprocentně tomuto systému důvěřovat, někdy je nutné zvolit trasu dle vlastního uvážení.

21:30

Posádka RZP a RV současně vyjíždí z otrokovické základny s naléhavostí č. 2. Vyjíždí po silnici I. třídy s názvem Třídy Osvobození, dále po Zlínské silnici, taktéž I. třídy, navazuje silnice Třída 3. května. Dále po Tř. Tomáše Bati přes Vizovickou silnici č. 49. Posádka jede přes několik světelných křižovatek, mimo obec se jede bez žádných dopravních komplikací, provoz není hustý, řidiči vozidel jsou všímaví a při spatření

sanitních vozů zastavují na krajnici silnice se zapnutými výstražnými oranžovými světly. Průběh jízdy je nekomplikovaný a hladký, k malému problému se dostáváme ve Vizovicích u náměstí, kde musí řidiči sanitních vozů přibrzdit kvůli neposlušným chodcům. Všechny bezpečnostní prvky byly během jízdy využity. Vůz má zapnuté výstražné modré světelné i akustické zařízení, toho typu Weil (kolísavý dlouhý), Yelp (kolísavý krátký) a Horn (klaksonový typ). Dle norem jsou obě výstražná zařízení zapnuta po celou dobu jízdy. Taktéž posádka dodržuje bezpečnostní pokyny, při jízdě jsou zapnuty bezpečnostní pásy, které vypínají až při úplném zastavení vozidla na místě zásahu. Všichni členové zasahující posádky jsou oblečeni do stejnokroje s reflexními výraznými pruhy a rozlišovákky, mají pevnou terénní obuv a před jakoukoliv manipulací s pacientem mají již nasazeny jednorázové rukavice.

21:54

V tento čas zadal řidič záchranář do systému zmáčknutím daného číselného tlačítka informaci ZOS, že je na místě. Důležitým úkolem pro řidiče je vhodné a bezpečné postavení vozidla a je-li to možné, zanecháváme volný průjezd jiným projíždějícím vozům. Správné postavení sanitního vozu, zajištění vozu proti samovolnému pohybu a zapnutí výstražných oranžových i modrých světel je další bezpečnostní podmínkou, na místě události je vypínáme. Pro neustálé vytápění ambulantní části vozu by měl být motor sanity po celou dobu v provozu, ale jelikož z praxe předpokládáme, že na místě zásahu budeme delší dobu, motor vypínáme.

Lékař i Zdravotnický záchranář vyhodnocují situaci, vystupují z auta na místě, kde čeká žena. Ta je velmi rozrušená a neklidná, ukazuje směrem k domu, kde popochází její syn, který zmateně chodí a vykřikuje jméno otce. Posádka RV jde směrem k pacientovi, řidič se zdravotnickým záchranářem sebou berou pro případ nutnosti brašnu s lékovou výbavou, s pomůckami k měření základních fyziologických funkcí a se základním obvazovým materiálem. Mezitím, co lékař jde jednat klidným hlasem a přesvědčivým přístupem k pacientovi, zdravotnický záchranář si bere na starosti vystresovanou matku a získává od ní údaje pacienta. Získané údaje po chvíli tlumočí lékaři. Tak se dostáváme k jádru věci, že v pacientovi myslí probíhají hlasové halucinace, které ho nabádají prostřednictvím imaginárního otce, aby ukončil svůj život a odešel za ním. Lékař dobře vyhodnocuje urgentnost situace a to takové, že se nejedná o stav ohrožující zdraví pacienta nebo jeho okolí. Jedná se o standartní průběh schizofrenické halucinace

a zjišťuje, že farmakologický zásah, nebo zásah fyzických sil (PČR) není nutný. Využívá jen vlídná slova a prvky správné komunikace s pacientem trpící psychózou a bludy. Nevyvrací mu jeho pocity a říká: „*Věřím, že to slyšíte, pomůžeme Vám*“. Lékař nechá pacienta popsat vše, co mu „otec“ říká a získává si tak postupně a opatrně důvěru pacienta.

Situace je ztížena, že se kolem domu matky se synem sbíhají lidé, sousedi a kolemjdoucí a celkové vyjednávání lékař versus pacient se děje před zraky těchto lidí, dále i vystresovaná a mírně afektivní matka, která silným hlasem nabádá syna, aby se uklidnil, ztěžuje situaci. Nakonec lékař přesvědčuje muže o nutnosti zhodnocení jeho stavu. Celá situace se jeví klidně a nyní můžeme pacienta požádat o nastoupení do vozidla a provést nejnutnější opatření, což je terapie a ošetření.

22:09

Kvůli nervozitě pacienta a aktuální diagnózy je zapotřebí provést jen nejdůležitější výkony a vyšetření. V sanitním voze zdravotnický záchranář zajišťuje periferní žilní katetr (i.v. kanyla Braun 20G - barva růžová), rozhodl se ji zajistit v dostupném místě na hřbetu ruky. (Pomůcky: dezinfekce Softasept, esmarchové škrtidlo, flexila dané průsvitnosti, prodlužovací hadička napojená na 10ml stříkačku s NaCl, tampony a sterilní krytí). Ač je pacient již díky správné verbální komunikaci ze strany ošetřujícího lékaře klidnější, pro prevenci, aby nedošlo během k dlouhému transportu k fyzickému napadení, dle ordinace lékaře podáme 1 ml (5mg) Apaurin i. v. Mezitím, co zdravotnický záchranář vyšetřuje, lékař sepisuje údaje o události a o pacientovi do výjezdového záznamu.

Zdravotnický záchranář provádí základní nezbytně nutné vyšetření, měří krevní tlak, puls a saturaci, točí čtyřsvodové EKG pomocí EKG monitoru LifePak 15. Pacienta zdravotnický záchranář vždy před daným výkonem empaticky informuje a poprosí o jeho souhlas, mluví zřetelně a mile.

Hlava: bez známek poranění, zornice isokorické, reagující na osvit

Hrudník: bez deformit, souměrný, dýchání čisté alveolární, bez vedlejších fenoménů, srdeční akce pravidelná 75/ min, poslechově bez šelestu, dýchání pravidelné, zrychlené. Hrudní páteř bez patologických změn.

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé

Končetiny: bez deformit a poranění

Páteř: nebolestivá

Hodnoty fyziologických funkcí pacientky I:

TK - 140/ 75 mmHg

P - 86 / min

SpO₂ - 98%

DF - 18 / min - spontánní symetrické

GCS - 4+5+6 = **15**

Glykémie - 4,5

EKG - tachykardie

Vědomí - při vědomí, prvky halucinací a bludů

Terapie:

Apaurin 5 mg i.v. (indikační skupina: Anxiolytikum)

Po kompletním vyšetření a terapii řidič pomáhá záchranáři pacienta připásat, lékař zaujme během jízdy místo v ambulanci části spolu se záchranářem a celá posádka je připravena k odjezdu do cíleného zdravotnického zařízení.

22:30

Lékař se telefonicky prostřednictvím vysílacího zařízení spojuje se ZOS a podává informace o pacientovi v následujícím pořadí: pohlaví, věk, základní diagnóza, NACA - stupeň závažnosti ohrožení života (0 - žádné onemocnění a trauma; 1 - lehká (lehká funkční porucha nebo nezávažné poranění); 2- střední (středně závažná funkční porucha nebo středně těžké poranění); 3 - vysoká závažnost - závažná porucha ohrožující jednu životní funkci bez známek selhávání; 4 - potenciální ohrožení života; 5 - přímé

ohrožení; 6 - KPR; 7 - smrt) a dojezdový čas a místo zdravotnického zařízení. Po konzultaci mezi lékařem a dispečerkou ZOS bude pacient převezen a umístěn do Psychiatrické léčebny Kroměříž.

Během celého transportu zdravotnický záchranář komunikuje s pacientem, kontroluje základní fyziologické funkce, stav vědomí, saturaci, hodnoty EKG.

23:05

Posádka RZP a RV přijela dle předchozí konzultace na cílené zdravotnické zařízení a zadává status tlačítkem číslo 4 - předání pacienta. Před předáním pacienta proběhne krátká komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem. Pacient je klidnější, halucinace a bludy se zmírnily, pacient je apatický, moc nekomunikuje, pravděpodobně se dostal do fáze zahledění.

Hodnoty fyziologických funkcí pacienta II z monitoru EKG:

TK - 135/ 70 mmHg

P - 80 / min

SpO₂ - 98%

Předávání pacienta probíhá dle žádosti ze strany pacienta, čili si pacient do ordinace došel sám. Lékař sděluje informace sloužícímu psychiatrovi o charakteru události, zdravotním stavu pacienta, reakcích na hospitalizaci ze strany pacienta, provedené léčbě a hodnotách základních fyziologických funkcí během události a transportu a při předání. Jelikož psychiatr daného pacienta zná z předešlých let, zaujímá psychoterapeutický rozhovor dle charakteru jeho onemocnění. Pacient vypadá smířený a halucinace odeznívají. Posádka předává naproti podpisu osobní věci a doklady nemocničnímu personálu. Razítkem a podpisem stvzený originál výjezdového záznamu patří zdravotnickému zařízení, kopii si ponechává zdravotnická záchranná služba.

23:21

Posádky nastupují do vozidla a zadávají návrat na základnu. Současně tento návrat hlásí lékař dispečinku ZOS, dispečerka potvrzuje přijetí. Během cesty se vozidlo RV odpojilo pro další hlášený výjezd a za spuštěných světelných majáků odjíždí k případu. V těchto

pozdních hodinách se akustické zařízení ve většině případů nespouští. Posádka s hladkým průjezdem dojezdí na základnu a ukončují svůj výjezd ve 23:36. Doplňující, uklízeční a dezinfekční práce jsou součástí ukončení celého výjezdu. Nakonec je taktéž nutné zadat informace do systému.

4.2.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Činnosti Zdravotnického operačního střediska (ZOS)

- převzetí tísňové výzvy od volající proběhlo rychle a bez časové prodlevy a zbytečného dotazování, byly zjištěny všechny potřebné informace o místě události a stavu pacienta
- dispečerka správně zhodnotila závažnost situace a zvolila dobře posádku RZP + RV
- dispečeréři ZOS byli připraveni pro navádění místa události
- vhodná komunikace s volající
- rychlé a bezchybné sdělení události
- ohlášení cílovému zařízení proběhlo v dobrém čase a se sdělením potřebných informací
- dispečeréři ZOS byli k dispozici po celou dobu zásahu

Činnost posádky RZP

- přijetí výzvy od ZOS proběhla rychle a posádka RZP + RV vyjela v časovém limitu dvou minut
- během jízdy byla dodržena bezpečnost, včetně zapnutých výstražných světelných a akustických zařízení, byla minimalizována rizika nežádoucí události
- dobře a bezpečně zvoleno místo parkování, nebyl omezen průchod a průjezd pro ostatní obyvatelé
- posádka se rychle zorientovala, získala rychle první informace od volající
- posádka správně vyhodnotila situaci, každý znal své úkoly a řídil se dle pokynů lékaře

- díky praxi ze strany lékaře došlo k rychlé a správné diagnóze pacienta
- dobrá spolupráce mezi členy posádky
- vhodně zvolen typ komunikace verbální i neverbální, správně veden rozhovor mezi pacientem a lékařem
- postupy při ošetřování a vyšetřování pacienta byly systematické a probíhaly dle doporučených norem
- transport zvolen dle závažnosti pacienta, proběhl v co nejkratším možném čase
- správně zvolené cílové nemocniční zařízení vzhledem k diagnóze a stavu pacienta
- šetrný a bezpečný transport do cíleného zařízení
- dokončovací práce po ukončení výjezdu proběhly

4.2.4 DISKUZE

Díky teoretickým poznatkům spolu s praktickými poznatky získané z kazuistiky jsme zjistili, že se posádka zdravotnické záchranné služby drží daných a doporučených norem. Byla maximální spolupráce mezi dispečinkem ZOS a posádkou. Přijetí výzvy a její vyhodnocení bylo zpracováno bez časových prodlev, dispečerka ZOS získala potřebné informace, podle kterých se posádka RZP a RV držela. Vystrašenou volající vhodně uklidnila. Posádka RZP a RV pracovala správně dle vlastního uvážení a určila správně priority vyšetření. Celý zasahující tým zvolil správnost postupů a úkonů dle zdravotního stavu pacienta. Celkově nedošlo k žádnému závažnému pochybení. Nepatrným nedostatkem bylo zapnuté světelné zařízení během jízdy. Doporučuje se pro příjezd k schizofrennímu a duševně chorému pacientovi přijet na místo již s výplými výstražnými světly. Také je nutné dodržet základy chování a postojů k psychicky nemocným, k pacientovi s danou diagnózou je nutné jít v co nejmenším počtu, aby necítil nebezpečí a nezaujal agresivní postoj k celé posádce. Jedná se ale o nedostatky, které není potřeba kritizovat, jelikož celková komunikace, péče o pacienta, styl získání informací a vyšetření bylo na výborné úrovni. Nebyl ohrožen žádný člen posádky a nikdo ze zúčastněných, celkový výjezd proběhl hladce bez komplikací. Co můžeme doporučit pro snížení nedostatků, v tomto případě pro verbální i neverbální styl komunikace a chování k pacientovi? Důležité je předvídat jeho chování

a vyhodnotit, co může u pacienta vést k agresi. Celé je to o vysoké schopnosti empatie a také o zkoumání různých forem komunikací. Vědět, kdy je potřebná neverbální komunikace, pouhá mimika a gesta, a kdy verbální dorozumívání. U verbální komunikace pak volíme správně klidný a neopovrhovaný hlas, slova volíme dle situace a duševního stavu pacienta. Důležité je se vysoce vcítit do kůže pacienta a jednat profesionálně. Pro správné jednání s duševně nemocným pacientem je zapotřebí znát prvky psychoterapeutického rozhovoru, mít alespoň minimální znalosti osobnostní psychologie a disponovat odbornými znalostmi v oblasti akutních stavů v psychiatrii. Toho docílíme aktivním vzděláváním a získáváním potřebných informací a jejich aplikováním do praxe.

4.2.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důležitou věcí při akutních duševních záchvatech je rychlé a správné vyhodnocení priorit ošetření. Pro zásahy k duševně narušeným pacientům platí jemné, klidné a empatické chování. Je nutné také předvídat reakce ze strany pacienta a minimalizovat rizika propuknutí nežádoucího chování na stranu zasahující posádky. Musíme využívat všech komunikačních prostředků jak verbálních, tak neverbálních a využít je pro získání co nejvíce informací pro správné stanovení diagnózy a od té dále postup léčby, ošetření a umístění do vhodného zdravotnického zařízení. Důležitým prvkem je také spolupráce mezi všemi členy posádky, kdy je nezbytné nechat mluvit a vést celý výjezd jen jednoho z nich. Správné a vhodné chování a postoj zdravotnického týmu k pacientovi je velmi důležité pro budoucí hladký průběh celého výjezdu.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská se zabývá tématem: "Akutní stavy v psychiatrii z pohledu zdravotnického záchranáře". V této bakalářské práci jsme shrnuli informace týkající se psychiatrických onemocnění, obzvláště jsme se zaměřili na akutní stavy v psychiatrii. Vypíchlí jsme tři nejčastější typy duševní poruchy pro výjezdy zdravotnické záchranné služby a věnovali pozornost charakteristice, příčinám, příznakům a léčbě těchto nemocí. Nezapomněli jsme zmínit obecnou psychiatrii jako obor a nastínili jsme právní problematiku s psychicky nemocnými pacienty.

Cílem práce bylo shrnutí informací o obecné i akutní psychiatrii, o stavech vzniklých náhle a nepředvídatelně a cíleně jsme vytvořili ucelený přehled na dané téma. Další prioritou bylo zopakovat si a ucelit si znalosti spojené s problematikou akutních stavů v přednemocniční neodkladné péči. K dosažení cílů nám pomohlo zvolení vhodné odborné literatury a internetových zdrojů s bohatými informacemi a doporučeními, které rovněž přispěly k definitivnímu zformování práce.

Praktická část práce byla vytvářena formou kazuistik. V praktické části bylo naším cílem získané teoretické poznatky přenést do praxe, zhodnotit je a navrhnout opatření vedoucí ke zlepšení ze zjištěných nedostatků. Při činnosti zdravotního operačního střediska a při práci posádek na místě zásahu, během transportu a při předávání pacienta nedošlo k žádnému závažnému porušení doporučených postupů a norem a nedošlo ani k žádným stěžejním chybám. Díky praktickým a teoretickým poznatkům z oblasti psychiatrie v přednemocniční neodkladné péči byla doporučena opatření pro zlepšení kvality péče s duševně nemocnými klienty. Cíle, z mého pohledu, bylo dosaženo.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěná literatura

BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 156 s. ISBN 80-726-2104-1.

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.

ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie: [pro psychology a speciální pedagogy]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-736-7154-9.

DOBIÁŠ, V. *Urgentná prednemocničná medicína*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 382 s. ISBN 80-8063-255-3

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 170 s. ISBN 80-247-0197-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994, 232 s. ISBN 80-85824-03-5

JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 1999, 551 s. ISBN 80-806-3017-8.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004, 234 s. ISBN 80-7254-538-8

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80247-1784-5

MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 196 s. ISBN 80-247-0737-3

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.

MAREK, J. a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vyd. Praha: Grada, 2010, 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

NĚMCOVÁ J. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2012, 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3

PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2

PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-809-0

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K. *Panická porucha a jak ji zvládat*. 2. vyd. Praha: Galén, 2012, 54 s. ISBN 978-80-7262-424-9

RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 167 s. ISBN 978-80-7387-041-6.

VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 222 s. ISBN 80-7184-226-5

Internetové zdroje

DOBRAPSYCHIATRIE. CZ. *Deprese a její léčba*. [online]. 13.09.2010 [cit.2014-05-01]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/deprese/deprese-a-jeji-lecba>

KOPISTA, P., KOPISTOVÁ, H. *Úzkostné poruchy*. [online]. 12.10.2012 [cit.2014-04-02]. Dostupné z: http://www.uzkost.cz/uzk_stavy.htm

ŠKROBÁNKOVÁ A., *Psychologický přístup k agresivním nemocným*. [online].
25.1.2007 [cit.2014-03-02]. Dostupné z: <http://public.fnol.cz/www/urgent/seminare/20070125/PSYCHOL.pdf>

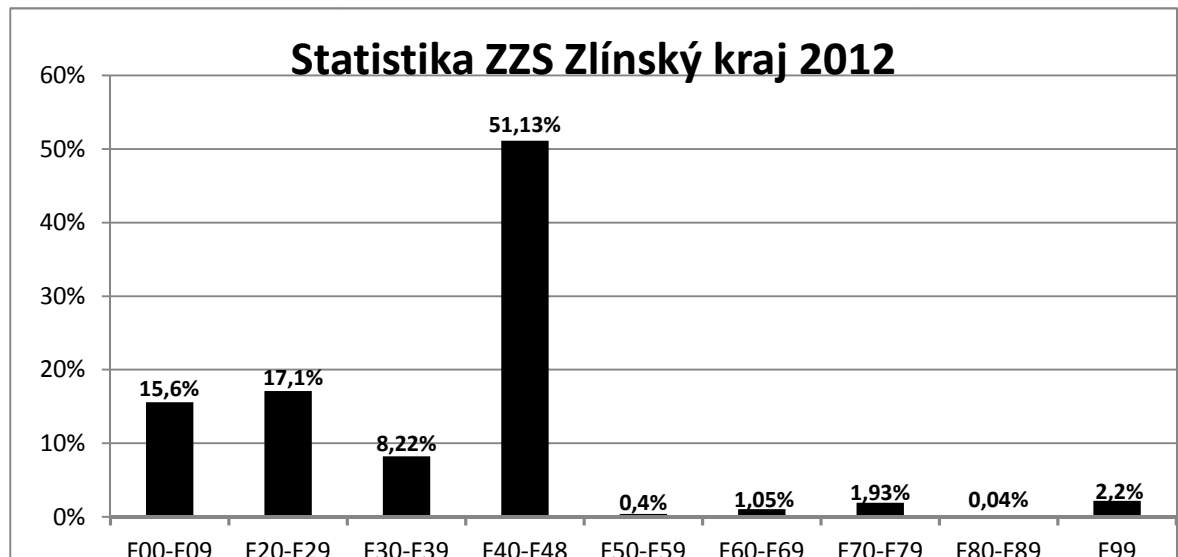
PŘÍLOHY

Příloha A

Příloha B

STATISTIKA VÝJEZDŮ K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM PACIENTŮM - ZZS
ZLÍNSKÝ KRAJ

Graf 1 Statistika



Zdroj: ZZS Zlín, MUDr. Tomáš Novotný

F00 - F09 - organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10- F19 - neurčené organické nebo symptomatické duševní poruchy

F20 - F29 - schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30 - F39 - afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40 - F48 - neurotické, stresové a somatoformní poruchy, úzkostné a panické poruchy

F50 - F59 - syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami

F60- F69 - poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 - F79 - mentální retardace

F80 - F89 - poruchy psychického vývoje

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

F99 - neurčená duševní porucha

Příloha B

SEZNAM PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBEN V ČESKÉ REPUBLICE

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010

Psychiatrická léčebna Bohnice Kraj Okres

181 02 Praha 8, Ústavní 91 PHA Praha 8

Tel.: 284016111, 284016120 Fax: 284016595

Email: podatelna@plbohnice.cz

Psychiatrická léčebna

293 06 Kosmonosy, Lípy 15 STC Mladá Boleslav

Tel.: 326715711 Fax: 326724119

Email: dana.kolarova@plkosmonosy.cz

Sanatorium TOPAS s.r.o., Škvorec

250 83 Škvorec, Masarykovo nám. 13 STC Praha-východ

Tel.: 281980068-70 Fax: 281981095

Email: kancelar@sanatorium-topas.cz

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

381 01 Český Krumlov 1 JHC Český Krumlov

Tel.: 380739131 Fax: 380739131

Email: reditel@cervenydvur.cz

Psychiatrická léčebna

387 42 Lnáře 211 JHC Strakonice

Tel.: 383495101 Fax: 383495089

Email: info@lnare.com

Písecká zdravotní, a.s., PL "U Honzíčka"

397 01 Písek, U Honzíčka JHC Písek

Tel.: 382212925, 382212389 Fax: 382212389

Email: u.honzicka@volny.cz

Psychiatrická léčebna

334 41 Dobřany, Ústavní 2 PLZ Plzeň-jih

Tel.: 377813111 Fax: 377972520

Email: pldobrany@pld.cz

Psychiatrická léčebna

411 85 Horní Beřkovice 1 UST Litoměřice

Tel.: 416808111 Fax: 416873525

Email: plhberkovice@plhberkovice.cz

Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o. Kraj Okres

439 85 Petrohrad 1 UST Louny

Tel.: 415236111 Fax: 415236199

Email: pl.petrohrad@telecom.cz

Léčebna návykových nemocí

503 15 Nechanice, Vaňhalova 224 HRA Hradec Králové

Tel.: 495800951, 495800952 Fax: 495441105

Email: fnhk@fnhk.cz

Psychiatrická léčebna

580 23 Havlíčkův Brod, Rozkošská 2322 VYS Havlíčkův Brod

Tel.: 569478111 Fax: 569421842

Email: jmariskova@plhb.cz

Psychiatrická léčebna

586 24 Jihlava, Brněnská 54 VYS Jihlava

Tel.: 567552111 Fax: 567310008

Email: plj@plj.cz

Psychiatrická léčebna

618 32 Brno, Húskova 2 JHM Brno-město

Tel.: 548123111 Fax: 548216444

Email: sekretariat@plbrno.cz

Psychiatrická léčebna

790 69 Bílá Voda 301 OLO Jeseník

Tel.: 584413208 Fax: 584414160

Email: kontakt@olu.cz; jerabek@olu.cz

Psychiatrická léčebna

785 01 Šternberk, Olomoucká 173/1848 OLO Olomouc

Tel.: 585085111 Fax: 585012879

Email: plstbk@plstbk.cz

Psychiatrická léčebna v Kroměříži

767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265/46 ZLI Kroměříž

Tel.: 573314111 Fax: 573330630

Email: plkm@plkm.cz

Psychiatrická léčebna Kraj Okres

746 01 Opava, Olomoucká 88 MSK Opava

Tel.: 553695111 Fax: 553713443

Email: plopa.hlb@coms.cz

Dětská psychiatrická léčebna

391 61 Opařany 121 JHC Tábor

Tel.: 381287011, 381204211 Fax: 381204210

Email: dploparany@dploparany.cz

Dětská psychiatrická léčebna

440 01 Louny, Čeňka Zemana 431 UST Louny

Tel.: 415655636 Fax: 415655626

Email: dpl.louny@tiscali.cz

Dětská psychiatrická léčebna

595 01 Velká Bíteš, U Stadionu 285 VYS Žďár nad Sázavou

Tel.: 566531431 Fax: 566531434 , Email: dplvb@iol.cz