

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

**Vybrané akutní stavy v psychiatrii z pohledu zdravotnického
záchranáře**

Bakalářská práce

JAN TOPOLÁNEK, DiS

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara

PRAHA 2014

zadání

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 11.3.2014

podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Jaroslavu Pekarovi za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat Mgr. Vladimíru Ochronovi, Janu Uhlířovi a personálu pavilonu 14 v Psychiatrické léčebně Bohnice, za umožnění setkání s psychiatrickými pacienty a za praktické rady ohledně komunikace s nimi.

ABSTRAKT

TOPOLÁNEK, Jan. *Vybrané akutní stavy v psychiatrii z pohledu zdravotnického záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara. Praha. 2014. s 52

Tato bakalářská práce se zabývá čtyřmi základními psychiatrickými stavy, které se mohou projevit psychomotorickým neklidem. Konkrétně to jsou: schizofrenie, maniodepresivní stavy, intoxikace návykovými látkami a delirium. Hlavní důraz je kladen na komunikaci s těmito pacienty. Pravidla komunikace jsou rozdělena podle toho, jestli u pacienta převládají příznaky psychózy nebo příznaky agrese. Metodika práce je vystavěna na praktických zkušenostech profesionálů, kteří jsou s těmito lidmi v kontaktu a na svých osobních zkušenostech s psychiatrickými pacienty. Vše je doplněno teoretickými podklady a konfrontováno s odbornou literaturou. V závěru jsou uvedeny kazuistiky psychiatrických pacientů, které demonstrují jejich chování.

Klíčová slova

Agrese. Delirium. Komunikace. Návykové látky. Pacient. Psychóza. Schizofrenie

ABSTRACT

TOPOLÁNEK, Jan. *Paramedic's Opinion on Selected Acute States in Psychiatry*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara. Prague. 2014. Pages 52

This bachelor's thesis deals with four basic psychiatric conditions that may occur psychomotor agitation. Specifically, these are: schizophrenia, manic-depressive states, intoxication of addictive substances and delirium. The main emphasis is placed on communication with these patients. Communication rules are divided according to whether the patient's predominant symptoms of psychosis or symptoms of aggression. Methodology work is built on the experiences of professionals, who are these people in touch and on my personal experience with psychiatric patients. All accompanied by theoretical reasons and confronted with literature. In conclusion there are case reports of psychiatric patients, that demonstrate their behavior

Key words

Addictive substances. Aggression. Communication. Delirium. Patient. Psychosis. Schizophrenia

OBSAH

1.1 Schizofrenie	11
1.1.1 Bludy.....	11
1.1.2 Halucinace	12
1.1.3 Dezorganizace myšlení a chování.....	12
1.1.4 Suicidum u schizofrenie.....	12
1.1.5 Druhy schizofrenie.....	12
1.1.6 Stigma schizofrenie.....	13
1.2 Afektivní poruchy	14
1.3 Duševní poruchy vyvolané užíváním návykových látek	14
1.3.1 Alkohol.....	15
1.3.2 Opioidy	15
1.3.3 Kanabinoidy a halucinogeny	15
1.3.4 Sedativa a hypnotika	15
1.3.5 Kokain a stimulancia	15
1.4 Delirium	16
1.4.1 Deliria u odvykacího stavu	16
1.4.2 Deliria nasedající na demence	16
1.5 Agrese	17
1.6 Obecné základy komunikace	18
1.7 Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem	20
1.8 Komunikace s agresivním pacientem	20
1.8.1 Přístup k pacientovi	20
1.8.2 Rozhovor.....	21
1.8.3 Suicidální pacient.....	22
1.9 Komunikace s psychotickými pacienty	24

1.10 Terapie agresivních a psychotických pacientů v přednemocniční péči	24
2 PRAKTICKÁ ČÁST	26
2.1 Kazuistika 1	26
2.1.1 ANAMNÉZA	26
2.1.2 KATAMNÉZA	26
2.1.3 ANALÝZA A INERPRETACE	29
2.1.4 DISKUZE	30
2.1.5 ZÁVĚR	31
2.2 Kazuistika 2	32
2.2.1 ANAMNÉZA	32
2.2.2 KATAMNÉZA	32
2.2.3 ANALÝZA A INTERPRETACE	33
2.2.4 DISKUZE	34
2.2.5 ZÁVĚR	34
2.3 Kazuistika 3	35
2.3.1 ANAMNÉZA	35
2.3.2 KATAMNÉZA	35
2.3.3 ANALÝZA A INTERPRETACE	38
2.3.4 DISKUZE	39
2.3.5 ZÁVĚR	40
2.4 Kazuistika 4	41
2.4.1 ANAMNÉZA	41
2.4.2 KATAMNÉZA	41
2.4.3 ANALÝZA A INTERPRETACE	43
2.4.4 DISKUZE	43
2.4.5 ZÁVĚR	44
2.5 Kazuistika 5	45

2.5.1 ANAMNÉZA.....	45
2.5.2 KATAMNÉZA.....	45
2.5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE.....	46
2.5.4 DISKUZE.....	47
2.5.5 ZÁVĚR.....	47
3.1 Doporučení pro praxi.....	48

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Amp.... ampule

CNS...centrální nervový systém

DRN...doprava raněných a nemocných

EKG...elektrokardiograf

i.m....intramuskulárně

inj....injekčně

i.v....intravenózně

kg...kilogram

mg...miligram

min...minut

PČR...Policie České republiky

RLP...rychlá lékařská pomoc

RV...rande – vous

RZP...rychlá záchranná pomoc

ZZS zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

V rámci poskytování přednemocniční neodkladné péče se bezpochyby setkáme i s psychiatrickými pacienty.

Setkání s nimi působí často dramaticky. ZZS je většinou zavolána, až pokud jsou tito pacienti pro okolí nezvladatelní, což znamená, že už nejspíše budou vykazovat nějakou formu neklidu. Umění s těmito lidmi zacházet a komunikovat jde ruku v ruce s orientováním se v této problematice. Je nezbytné znát, jaké myšlenkové pochody prožívá psychiatrický pacient v danou chvíli, a také znát základní zásady jak se k nim chovat.

Tato práce se zaměřuje na akutní stavy, které se vyznačují akutním psychomotorickým neklidem, čili pacienty, o kterých je nutné mít alespoň nějaké základní znalosti. Pokud je pacient v akutním psychomotorickém neklidu, objevují se u něj prvky hetero či autoagrese.

Konkrétně je práce zaměřena na čtyři akutní stavy: na schizofrenní stavy, afektivní stavy, stavy vyvolané užitím návykových látek a deliria.

Hlavní důraz je dán na komunikaci s těmito pacienty. Nelze tvrdit, že se dají všechny akutní stavy vyřešit pouze komunikací, někdy je opatřením první volby fyzické omezení pacienta. V komunikaci je však viděn největší problém provázející setkání psychiatrického jedince s druhou osobou. Je nutno brát v potaz, že nesprávná komunikace může ještě více stimulovat pacientovu agresi.

Ukázková jsou pravidla vyjednávání se suicidálním pacientem, kdy jedna zásadní chyba bývá potrestána fatálním následkem.

V závěru se práce opírá o kazuistiky pacientů v rámci výjezdů zdravotnické záchranné služby.

Cílem práce je sumarizace dostupných obecných pravidel pro jednání s psychiatrickými pacienty a tedy obeznámení zdravotníků s touto problematikou, zároveň rozdělení algoritmů na jednání s psychotickými a na jednání s agresivními pacienty. Dále jsou tyto poznatky demonstrovány na kazuistikách, kde jsou popsány hlavní chyby a slouží tak jako poučení pro vyvarování se těchto chyb.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Schizofrenie

„Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě.“ (Raboch, 2012, str. 244). Toto onemocnění patří mezi takzvaná psychotická onemocnění, zkráceně psychózy. Vyznačuje se zejména těmito hlavními příznaky: bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity. Někdy se mohou u pacienta vyskytovat katatonní příznaky. Schizofrenie postihuje asi 1 procento populace (počet se liší v různých demografických oblastech). *„U mužů začíná schizofrenie nejčastěji mezi 16 a 25 lety, u žen nejčastěji mezi 22 a 34 lety.“* (Raboch, 2012, str. 245). Dodnes není známa etiologie schizofrenie, je však léčitelná, je možné ji potlačit farmaky. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.1.1 Bludy

„Bludy jsou mylná přesvědčení, při jejichž vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků.“ (Motlová, 2004, str. 21)

Pacienti trpící schizofrenií jsou si bludem téměř jistí, dá se jim stěží vyvrátit. Mají pocit neustálého sledování, pronásledování, ovládnutí vyšší silou, či působení určitých paprsků na jejich myšlení, atd. Pacienti si tyto mylná přesvědčení nejčastěji vztahují na sebe, oni jsou středem pozornosti, proti nimž se všichni spikli. Mají strach. *„Blud má většinou určitý časový vývoj, kdy nejdříve nemocného napadá jen myšlenka a až postupně dojde k vývoji bludného přesvědčení, které dále může přejít až k propracovanému systému bludů.“* (Raboch, 2012, str. 249) Podstatou bludů je to, že mozek schizofrenika na zcela normální vjemy či situace zareaguje neadekvátně, přidá těmto vjemům mnohem větší důležitost, než v podstatě mají. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.1.2 Halucinace

Halucinace je vnímání vjemů, které neexistují. Rozdíl mezi bludy a halucinacemi je právě v oné existenci vjemů. Nejčastěji se vyskytují sluchové halucinace v podobě hlasů, které pacientovi radí a nabádají ho k určitým úkolům,

kolikrát velmi bizarním.

Obsah těchto hlasů bývá velice negativní, často umocní samotné vnímání bludů a utvrdí v nich pacienta. Jak již bylo řečeno, hlasy jsou buď teleologické (radí), nebo imperativní (rozkazují). (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.1.3 Dezorganizace myšlení a chování

Schizofrenici mohou mít vlivem poruchy myšlení, řeči a chování, vycházející z odlišného vnímání reality. Mohou si vytvářet vlastní slova, mluvit v návazných asociacích, vyprávět věci s chaotickým obsahem. Nemusí dodržovat hygienu, někdy se také bizarně oblékají. Nejsou neobvyklé ani náhodné výkřiky či jiné neopodstatněné hlasité zvuky. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.1.4 Suicidium u schizofrenie

U pacientů trpících schizofrenií je riziko sebevraždy vysoké. „*Stále je však mít na paměti fakt, že přibližně 10% nemocných se schizofrenií končí svůj život sebevraždou.*“ (Raboch, 2012, str. 247)

Většinou nejsou spouštěčem suicidálních pokusů sluchové halucinace, jak se mnoho lidí domnívá. Velmi rizikovým faktorem je ovšem abúzus drog či alkoholu, s následně vzniklou beznadějí, předchází pokus o sebevraždu, nebo náhlý a rychlý vznik schizofrenních příznaků u doposud zdravého pacienta. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.1.5 Druhy schizofrenie

Jedná se pouze o základní dělení schizofrenie. Ostatní druhy (postschizofrenní deprese, atd.) jsou pro tuto práci nepodstatné.

Paranoidní

Nejčastější druh schizofrenie. Jsou pro ni typické bludy a sluchové halucinace. Pacienti mají většinou pocit pronásledování, mají narušené chování a myšlení. Vzhledem k tomu, že pacienti mají neustále pocit sledování a promlouvají k nim často hlasy, se

u nich vyskytuje agresivita pramenící z neustálého tlaku, který je na ně vyvíjen. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

Hebefrenní

„...nazývaná dezorganizovaná schizofrenie - nemocní jsou charakteristicky nevypočitatelní ve svém chování, jsou vrtkaví, emočně labilní až inadekvátní, aktivita je necílená nebo je podivná až bizarní, objevuje se také nepřiměřená nezbednost, což vede až k jakési fragmentaci chování.“ (Raboch, 2012, str. 250)

Tento druh schizofrenie se často vyskytuje během dospívání a bývá zaměňován za „bouřlivější“ pubertu“. Pacient může mít sklony k filozofování. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

Katatonní

Dříve představovala klasický obraz šílenství. Je způsobená poruchami psychomotoriky. U produktivní formy katatonní schizofrenie je pacient neklidný, zaujímá zvláštní pózy, dělá neobvyklé grimasy, je nadměrně vzrušený a může být velice impulsivní. Neproduktivní forma katatonní schizofrenie se naopak projevuje stuporózní katatoníí. Pacient je strnulý, zaujímá obvykle jednu jedinou pózu, je neaktivní. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

Simplexní

Projevuje se zejména chronickým průběhem. Není tak častá, ale zase je velice závažná. Její průběh je nenápadný, pacient je čím dál více ke všemu lhostejný, oplošťují se mu emoce, upadáva mu vůle a ztrácí zájem o vše ve svém okolí. Pacient je vůči ostatním uzavřený. Může skončit i nevratnou trvalou změnou osobnosti pacienta. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

Schizoafektivní porucha

Onemocnění charakterizované schizofrenií a afektivní poruchou (porucha nálady), čili kombinací dvou psychiatrických stavů, které se mohou vyskytovat i v akutní formě. Afektivním poruchám se budu věnovat níže. Podle afektivních symptomů se rozlišuje na manickou, depresivní a na smíšený typ. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

Reziduální

Jedná se o chronickou fázi schizofrenního onemocnění. Je pro ní typická přítomnost negativních symptomů (zpomalené myšlení a řeč, utlumená psychomotorika,

sociální odloučení). Ataky se u ní vyskytují různě často a bývá jich několik. Pacienti s tímto druhem schizofrenie mohou trpět depresemi. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.1.6 Stigma schizofrenie

„Pro stigma je charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, separace, ztráty postavení a diskriminace, přičemž k uplatnění stigmatizace musí být k dispozici moc.“ (Motlová, 2004, str. 340).

V široké veřejnosti je schizofrenie vnímána velice negativně. Lidé trpící touto nemocí jsou ostatními vnímáni jako nebezpeční a nepředvídatelní. Tento pohled na schizofreniky je umocněn některými kriminálními případy, kdy jedinec trpící schizofrenií se vlivem této nemoci stal pachatelem trestné činnosti. Často se také tato nemoc vyskytuje v kriminálních filmech a seriálech, kde jsou schizofrenici vykresleni jako velice narušení jedinci, kteří se absolutně neovládají a vnitřní hlasy je nutí k hrůzným činům.

Díky této nálepce mají lidé trpící schizofrenií zhoršenou adaptaci do společnosti. Často se bojí návratu kvůli opovržení, že se na ně budou dívat ostatní jako na ty, co byli v psychiatrické léčebně, jako na ty co jsou nebezpeční. Všechny tyto aspekty zhoršují léčbu pacienta a odsouvají ho do ústraní. (Raboch, 2012; Motlová, 2004)

1.2 Afektivní poruchy

Jedná se o patologické změny nálady. Rozdělují se na dva syndromy, manický a depresivní. Pokud se tyto syndromy střídají, mluvíme o bipolární poruše neboli maniodepresivitě.

Manická epizoda se vyznačuje veselou náladou, euforií, zvýšenou energií a tělesnou aktivitou. Pacient má pocit, že je něco víc, popřípadě, že má nadpřirozené schopnosti. Během manické epizody vypadá pacient psychicky i fyzicky zrychleněji. Pacienti si většinou nestěžují na somatické symptomy. Manická epizoda se může projevovat různými způsoby a různou intenzitou. Hypomanie je mírnější forma bez intenzivnějších projevů, která trvá v rámci několika dní. Může být i manická epizoda bez psychotických příznaků, či psychotická mánie. „*U psychotické mánie (F30.2), jež postihuje okolo jedné třetiny nemocných, se vyskytují poruchy myšlení a vnímání, které jsou většinou v soulase s náladou pacienta. Bludy bývají vývyšné, expanzivní, náboženské, erotomanické (jsem reformátor všech světových církví, miluje mě Karel Gott). Halucinace bývají sluchové nebo zrakové, většinou prchavé, extatického či náboženského charakteru.*“ (Raboch, 2012, str. 261)

Depresivní epizoda je typická špatnou náladou, nižší nebo žádnou motivací pro jakoukoliv aktivitu, ztrátou zájmů, neschopností prožívat radost. Pacienti mají během této epizody pocity viny, trpí beznadějí, vyskytují se i suicidální pokusy, neboť mají přání zemřít, přijdou si zbyteční. „*Velmi často si postižený stěžuje na tělesné obtíže, tzv. somatický syndrom. Mohou to být změny základních funkcí, jako třeba předčasné ranní probouzení, snížená chuť k jídlu, snížená sexuální apetence. Vitalita pacienta bývá též narušena (únava, unavitelnost, snížená životní energie). Časté jsou obtíže jako bolesti, pálení, pocity tlaku, zimy, těžké končetiny stejně jako nepříjemné viscerální prožitky z oblasti kardiovaskulární, gastrointestinální či jiné*“ (Raboch, 2012, str. 262)

Aby se jednalo o depresivní epizodu, musí trvat minimálně dva týdny.

Bipolární porucha se projevuje střídáním manické a depresivní epizody a to v různých intenzitách. Epizody na sebe mohou navazovat ve velice odlišném časovém rozmezí. Až 60% pacientů trpících touto nemocí je závislých na návykových látkách, to velice stěžuje diagnózu této nemoci a zároveň to napomáhá velkému výskytu sebevražd, dokonaných zejména během depresivní epizody. Uvádí se, že riziko spáchání sebevraždy je u osob trpících bipolární poruchou 10 - 15%.

„*Utrpení, které tato choroba způsobuje, se neomezuje jen na samotného pacienta, ale*

zasahuje i jeho blízké. Nese s sebou také riziko desocializace a bývá i prvotní příčinou policejního a soudního vyšetřování pacienta. Související problémy často překryjí příznaky probíhající nemoci a podpoří odolnost vůči léčbě i špatnou prognózu vývoje nemoci.“ (Gay, 2010, str. 27) Dále ještě nemohu opomenout cyklothymii, neboli střídání hypomanických stavů a smutné nálady, které však nedosahují intenzity afektivních epizod, ale jsou dlouhodobé. A dystymii, což jsou dlouhodobé depresivní obtíže, které intenzitou nesplňují kritéria depresivní epizody. (Raboch, 2012; Gay, 2010)

1.3 Duševní poruchy vyvolané užíváním návykových látek

„...mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) řadíme každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek...“, „V praxi se může jednat o tyto stavy vyvolané účinkem psychoaktivních látek: akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem.“ (Raboch, 2012, str. 208)

Uvádím pouze hlavní skupiny návykových látek a jejich typické projevy, které nám můžou alespoň naznačit, jakou látku postižený užil, popřípadě nám poukážou na možný následný vývoj pacientova chování.

1.3.1 Alkohol

Intoxikace alkoholem má ze začátku stimulační projevy: ztráta zábran, pozvednutá nálada, zvýšené sebevědomí, mnohmluvnost, může se vyskytovat i agresivita. Při delším užívání alkoholu se naopak alkohol projevuje inhibičně, kdy tlumí centrální nervovou soustavu, projevuje se ospalostí až bezvědomím (zde se už jedná o těžkou akutní intoxikaci). Alkoholová intoxikace však může probíhat i patologicky, tento stav může vyvolat i malé množství alkoholu. Projevuje se úzkostí, strachem, přehnanou agresivitou, sluchovými a zrakovými halucinacemi. Stav je následován úplnou či částečnou retrográdní amnézií.

Při alkoholovém odvykacím stavu působí pacient neklidně, je úzkostný, opocení, má audiovizuální halucinace, třesou se mu ruce a je mu na zvracení.

Delirium tremens (alkoholový odvykací stav s deliriem) je život ohrožující stav s poruchami vědomí, halucinacemi, psychomotorickým neklidem, někdy provázený

i křečemi.

1.3.2 Opioidy

Pacient intoxikovaný opioidy působí celkově utlumeně, je apatický, zpomalený, otupělý, má narušené racionální uvažování. Typické jsou miotické zornice. Opioidy nevyvolávají psychotické poruchy.

1.3.3 Kanabinoidy a halucinogeny

Při intoxikaci kanabinoidy a halucinogeny je pacient euforický či naopak úzkostný, často to závisí na jeho náladě před užitím drogy. Má sluchové i zrakové halucinace, jeho pozornost a úsudek jsou také narušeny. Můžou se vyskytovat i paranoidní představy. Intoxikace halucinogeny bývá provázena agresí, případně autoagresí, které pramení z impulzivního chování pacienta. Pacienti někdy mívají pocit, že jejich prožitky jsou reálné. Při delším užívání kanabinoidů je možný vznik schizofrenie.

1.3.4 Sedativa a hypnotika

Stavy u intoxikace sedativy a hypnotiky jsou velice podobné ebrietě: zvýšená radostná nálada, popřípadě agresivní projevy, hrubé neomalené chování, emoční labilita, porucha vědomí a zhoršená pozornost. Jejich škodlivé užívání může vyvolat deprese, úzkost či neklid. Odvykací stav může být provázen halucinacemi, psychomotorickým neklidem, nauzeou, bolestmi hlavy, někdy i epileptickými projevy, z nichž nejzávažnější je status epilepticus.

1.3.5 Kokain a stimulancia

Kokain a další stimulancia se projevují zvýšenou energií, agresivitou, halucinacemi, paranoidními představami, emoční labilitou a neschopností koncentrace. Pacient je euforický, chová se megalomansky. Odvykací stav je naopak provázen výraznou únavou a psychomotorickým útlumem.

(Raboch, 2012; Rahn, 2000)

1.4 Delirium

Delirium je označení pro psychotické poruchy, vznikající na základě určité noxy. Deliria se vyznačují kvalitativní poruchou vědomí. Obvykle se deliria vyskytují jen

krátkou dobu, minuty až desítky minut, ojediněle mají delší trvání. Typická pro deliria je částečná nebo plná amnézie. Deliria se vyznačují: poruchami pozornosti, vnímání, psychomotoriky, spánku. Může být přítomen i neklid, paranoidita či agresivní chování. (Raboch, 2001)

„Na vzniku delirií se především podílejí tyto faktory: hypoxie mozku, ateroskleróza, anémie, horečnatá onemocnění, infekce včetně uroinfekcí a infekcí plic a dýchacích cest, meningitidy a encefalitidy, nádorová onemocnění, jaterní choroby, endokarditidy, toxické vlivy.“ (Raboch, 2001, str. 160)

1.4.1 Deliria u odvykacího stavu

Nejčastěji se vyskytují u abúzu alkoholu. Začíná třesem rukou, popřípadě třesem celého těla, úzkostí, pocením, halucinacemi, psychomotorickým neklidem, nauzeou, zvracením, bolestmi hlavy, apod. Tento stav může vyústit v delirium tremens (typický pro abúzus alkoholu). Delirium tremens je závažný, život ohrožující stav. Projevuje se audiovizuálními halucinacemi, bludy, dezorientací, hrubým třesem, velice výrazným psychomotorickým neklidem, popřípadě i křečemi.

Všechny odvykací stavy spojené s deliriem se vyznačují takzvanou trias: zastřené vědomí a zmatenost, halucinace a iluze, výrazný tremor. (Raboch, 2001)

1.4.2 Deliria nasedající na demence

Delirantní pacienti spolu s demencí mívají živější dezorientaci, snaží se vyznat v situaci. U demencí je častá amnestická dezorientace. U pacientů s touto poruchou se vyskytují intermitentní afekty s bludy paranoidně perzekučního obsahu.

„Pokud se vyskytnou deliria jako přidružený příznak u dementních pacientů, jsou známky poruchy osobnosti, bludy jsou vágní, neucelené, intelektové funkce jsou výrazně narušeny. Pokud se pak vyskytnou halucinace, jsou bizarní, bez vztahu k realitě.“ (Raboch, 2001, str. 161)

1.5 Agrese

Není zcela ojedinělé, že při výjezdu ZZS na akutní psychózu či ebrietu je pacient naladěn agresivně, ať už je to způsobeno návykovou látkou, onemocněním nebo jinou příčinou. Nástin problematiky agrese a agresivity je zde zcela opodstatněný.

Agrese je napadení někoho, popřípadě něčeho. **Agresivita** je pouze tendence napadat někoho či něco. Důležité je rozdělení na agresi (napadení někoho/něčeho) a

autoagresi (napadnutí, poškození sebe sama). Hranice mezi agresí a autoagresí může být velice mizivá, stačí malý podnět, aby potencionální sebevrah obrátil svojí agresi proti ostatním a naopak.

Agrese může být impulzivní (bez jakéhokoliv plánování), ideologická (rasistická, religiózní,...), pod vlivem návykových látek, psychotická (vlivem halucinací), a další (bipolární porucha, poruchy osobnosti, nádory CNS, hyperkinetická porucha,...).

Psychotičtí pacienti jsou často agresivní ze strachu, z pocitu momentálního ohrožení, může tak činit také pod vlivem hlasů (sluchových halucinací), které je k tomu nutí. Typické je u nich však to, že jednají bez lítosti a bez soucitu. U alkoholu hraje kromě jiného také roli ztráta společenských zábran a zvýšené sebevědomí. Často není alkohol příčina, ale spíše spouštěč činů, které má daný jedinec v hlavě. Velice zajímavá je v tomto ohledu také teorie pozorovaná u živočichů: *„Útočná a obranná agrese se liší především motivací jedince k útoku. Útočná (ofenzivní) agrese je vyvolána především konfliktem o zdroje - potravy či páření - a je vedena spíš na méně zranitelné části těla, jako jsou např. boky a záda. Naproti tomu obranná (defenzivní) agrese je motivovaná především stresovými podněty - strachem o život, a proto v tomto případě je útok veden na nejzranitelnější části těla, na hlavu a krk.“* (Raboch, 2012, str. 148)

Agrese pacientů je neradostný jev, nabourávající komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem. Kvůli tomuto jevu je stále nutná potřeba restrikcí, jako jsou kurty, mříže a další. Mnohdy je však zdravotník nucen probourat se přes skořápku agrese pacienta a navázat s ním komunikaci, aniž by jeho agresi dále vystupňoval, či obrátil jeho autoagresi na agresi vůči ostatním. Ne vždy je možné vyřešit problém násilným přemožením pacienta a následným podáním farmak, a právě v těchto případech je na místě znát správné postupy jak se má zdravotník chovat, jaký zaujímat postoj a jak s pacientem správně komunikovat. (Raboch, 2012; Tkáč, 2013)

1.6 Obecné základy komunikace

Komunikace znamená sdílení či výměnu informací. Slovo pochází z latinského *communicare* (= činit něco společným). Objektivní či subjektivní faktory znesnadňující výměnu informací se nazývají **komunikační bariéry**.

Komunikaci zahajujeme s určitým záměrem tak, abychom dosáhli požadovaného efektu, ze záměru se poté odvozuje smysl sdělení.

„ Jedním z výchozích předpokladů komunikace je, že příjemce je schopen porozumět smyslu sdělení (chápe, jaký smysl mluvčí do sdělení vkládá). Pomáhá mu při tom znalost kódovacího systému i v obecném smyslu více méně obdobná poznatková a zkušenostní základna. Příjemce (komunikant) také vstupuje do komunikačního procesu jako individuální bytost s určitými schopnostmi, zájmy, aktuálním psychosomatickým stavem apod., které mohou příjem sdělení ovlivňovat (např. nepozornost, nezáměr o určité téma).“ (Paulík, 2007, str. 6)

Komuniké (=obsah) je to, o čem je řeč. Zahrnuje záměry, myšlenky, fakta, apod.

Kanál je cesta, kterou informaci sdělujeme, je buď verbální, nebo neverbální.

Kód je systém pravidel, popř. znaků, důležitých pro přenos informací. Komunikace začíná kódováním informace komunikátorem, přenosem informace a následném dekódováním informace příjemcem. Nejčastěji používaným kódem v lidské komunikaci je jazyk. Přenos skrze tento kód je ovšem ovlivněn mnoha faktory, jako jsou: kvalita myšlení, dosažené vzdělání, ostych, aktuální situace, nemoc, apod.

Důležité je také komunikační prostředí a situace, v níž komunikace probíhá.

Kontext komunikace tvoří celkový komunikační obraz, skládá se z:

- čas a prostor
- vzájemné vztahy účastníků komunikačního procesu
- jejich osobnostní vlastnosti
- aktuální emocionální ladění
- motivační dispozice
- věk, zkušenost, vzdělání, myšlení, inteligence, vnímání
- sociální status
- aktuální psychosomatický stav

Každá komunikace má nějaký účel, nejčastěji to bývá:

- informační
- instrukční

- přesvědčovací
- pro pobavení
- exhibiční (vzbuzení zájmu)

Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální (nonverbální).

Verbální komunikace je zprostředkovaná pomocí jazykového kódu.

„V obsahové stránce verbální komunikace se uplatňuje vzdělanost, všeobecný přehled (rozsah a hloubka znalostí), slovní tvořivost (pestrost, množství používaných slov), i zájmová a hodnotová orientace mluvčího (o čem hovoří, čemu dává přednost, jak často mluví o sobě a v jakém smyslu) i jeho aktuální potřeby i další psychické stavy (vyjadřuje je buď přímo, nebo nepřímo např. preferováním určitých témat hovoru).“
(Paulík, 2007, str. 10)

Formální stránka obsahuje zvukové charakteristiky hlasu, které označujeme jako paraverbální. Mezi ně patří:

- Výška hlasu (může být ovlivněna aktuální situací, prožívanými emocemi, apod.)
- Barva hlasu (je určeno anatomickou stavbou hlasového orgánu a aktuálními emocemi)
- Celkové ladění hlasu (je odvozeno z barvy a intonace)
- Rytmus řeči (plynulá, uvolněná, aktivní, ostýchavá, a další)

Neverbální komunikace je výměna informací za použití extralingvistických prostředků. Má volný vliv na význam ústního sdělení.

Komunikační projevy se dělí na:

- mimické (výrazy v obličeji)
- kinezické (tělesné pohyby)
- gestikulační (pohyby vyjadřující určité významy), často vyjádřené za pomoci rukou)
- posturologické (poloha těla)
- haptické (dotykové, tělesné kontakty)
- proxemické (vzdálenost mezi komunikátorem a příjemcem)
- vizuální (oční komunikace)

„Na těchto projevech se kromě psychiky podílí prakticky veškeré svalstvo i některé fyziologické děje - zrychlený dech, pocení, zblednutí či zčervenání, sucho v ústech nebo hromadění slin atd.“ (Paulík, 2007, str. 12)

Komunikační přenos většinou zahrnuje zároveň jak verbální tak neverbální složku, pokaždé v jiném poměru. V jiném poměru jsou také tyto složky vnímány příjemcem.
(Paulík, 2007; Tkáč, 2013)

1.7 Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem

- při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem musí být zachována pacientova i zdravotníková důstojnost

- pacient má právo na vyjádření svého názoru
- zdravotník by se měl snažit o to, aby byla mezi ním a pacientem zachována klidná nálada, aby se cítili oba dva bezpečně
- zdravotník by neměl používat odbornou terminologii, měl by mluvit na pacienta jasně, zřetelně a klidně, nejlépe v krátkých větách, které usnadňují pacientovo porozumění
- zdravotník by se měl snažit na pacienta mluvit tak, aby vše pochopil, aby měl možnost vyjádřit svůj názor a aby udržel pacientovu pozornost
- rozhovor je velice důležitý pro navázání interakce mezi zdravotníkem a pacientem. Na tento krok teprve navazují ostatní prvky terapie.

Počáteční komunikace nám ovlivňuje další průběh jednání mezi pacientem a zdravotníkem. Pokud zdravotník navodí rozhovorem důvěru mezi ním a pacientem a vytvoří bezpečnou zónu mezi nimi, má z poloviny vyhráno.

„Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Ikdyž mlčíme a s nepřítomným výrazem kolem pacienta projdeme, také komunikujeme. Možná naše mimika pacientovi nepatří, ale působí na něj.“ (Tkáč, 2013, str. 17)

Komunikační chyby

- nervozita zdravotníka
- nedostatek času na komunikaci
- nedostatečný prostor pro vyjádření pacienta, popřípadě pro jeho otázky
- dávat pacientovi rady typu *„podle mě byste mě...“*, které jsou zabarvené zdravotníkovým názorem či přáním
- využívat nadřazený nebo dokonce agresivní postoj vůči pacientovi
- projevovat lhostejnost vůči pacientovým problémům. Zdravotník by měl myslet na to, že to, co pro někoho může být banalita, je pacientem vnímáno jako veliký problém.
- zdravotník by se měl snažit pacienta pochopit, to ovšem neznamená, že by s ním měl ve všem souhlasit. To pouze pacienta utvrzuje v jeho názoru, který může být naprosto mylný.

1.8 Komunikace s agresivním pacientem

1.8.1 Přístup k pacientovi

Na prvním místě je vždy bezpečnost zachránce, z toho vycházejí určitá pravidla: **Pokusit se o zjištění nějakých informací o pacientovi předem**, například od svědků události, příbuzných, rodičů, apod. To nám může napovědět alespoň to, v jakém stavu se pacient nachází, zdali má u sebe zbraň, atd. Pokud se projevy agrese u pacienta nevyskytují poprvé, mívají jeho příbuzní odhad o následném vývoji situace a umí si většinou představit, kam až je pacient se svojí agresí schopný dojít. To ovšem není vždy pravidlem.

Zmapovat situaci.

Udělat si přehled o tom, jestli má postižený zbraň nebo se nenachází v jeho blízkosti něco, co by mohlo být jako zbraň použito. Zkontrolovat potencionální únikové cesty, nejen kvůli pacientovi, ale také kvůli zachráncům.

Přístup k pacientovi.

Neotáčet se k pacientovi zády. Do místnosti vstupovat tak, aby v případě potřeby byl u dveří zdravotník rychleji než pacient. Jinak také hrozí riziko toho, že bude zdravotník v místnosti zamčen spolu s pacientem. K pacientovi bychom se měli přiblížit tak, abychom ho nevylekali. Nevhodný přístup může sloužit jako spouštěč či stimulant jeho agrese. Vždy by měl být zajištěn dostatek personálu (v případě potřeby zavolat na pomoc PČR). Pamatovat si hlavní zásadu, že pokud přistupujeme k pacientovi klidně, mluvíme klidně a nemáme nepřátelský postoj, pak má pacient tendenci to od nás přebírat a uklidní ho to. Funguje to jako zrcadlový efekt, kdy začne pacient přehodnocovat svůj postoj.

Nonverbální komunikace.

K pacientovi se přiblížit střídmým tempem, klidně, bez agresivních projevů. Nedávat mu svým postojem najevo, že nad ním máme převahu, ale ani naopak, chovat se k němu rovnocenně. Nepoužívat ukvapená gesta, která by mohla pacienta vylekat. Přistoupit k pacientovi v jeho zorném úhlu. Pokud bude pacientovi omezena úniková cesta a spatří to, vyvolá to v něm úzkost a následně ještě větší agresi.

Verbální komunikace

Mluvit střídmě, normálním tempem a normální intonací. Z hlasu by neměla být cítit agrese ani strach. Rozhovor s pacientem začít tím, že se představíme, je to první bod

k navození přátelštější atmosféry. Nabídneme mu, ať se posadí a zeptáme se ho na jméno. Pokud nechce, nenutíme ho. Máme snahu o to, aby se pacient cítil co nejpohodlněji, abychom mohli započít rozhovor.

1.8.2 Rozhovor

Rozhovor s agresorem se dle docentky Ludmily Čírtkové dělí na 3 body:

Aktivní naslouchání

Které má 3 hlavní funkce:

- Ventil: udává se, že hlavní projevy agrese trvají asi 1 min, pokud se nejedná o agresora s psychopatologickými změnami. Tuto 1 minutu můžeme vyplnit právě aktivním nasloucháním.
- Sympatie: pokud pacient začne vnímat, že mu zdravotník naslouchá, začne mít pocit, že ho někdo bere vážně, že mu někdo rozumí. Začne tak vznikat mezi pacientem a zdravotníkem důvěrnější pouto.
- Získ informací: tím, že pacientovi nasloucháme a necháme ho vypovídat se, získáme cenné informace. Zjistíme, co ho trápí, jaký je důvod jeho agrese, z čeho má strach, apod. Tyto informace pro nás pak budou velice cenné v pokračování dalšího rozhovoru, budeme na ně navazovat.

Kladení otevřených otázek

Slouží k odbourání agresivního naladění pacienta. Zklidníme ho, uvolníme napětí, které drží v sobě. Zároveň utlumíme sympato - adrenální systém, který agresora pouze stimuluje. Utlumí se tím i fyziologické parametry. Pacient začne racionálně uvažovat.

Pokud se pacienta vyptáváme, dáváme mu tím signál, že o něj máme zájem a že nás zajímá jeho problém. Pacient začne pociťovat, že máme tendence mu pomoci. Pozitivně působíme na zapojení jeho myšlení, neboť se začíná zamýšlet nad odpověďmi. V této fázi je důležité stále udržovat správnou verbální a nonverbální komunikaci. Kontrolovat svojí sílu hlasu (barvu, tempo, intonaci) a nedělat ukvapená gesta.

Otázkami se snažíme o to, aby se pacient rozhovořil. Pokud budeme používat otázky, na které se odpovídá ano - ne, hovor tak může zabřednout a přestane se vyvíjet. Vhodné jsou otevřené otázky, které pacienta nutí komunikovat.

Dávat si pozor na slovíčko proč. Agresivní pacienti jsou v afektu, nejsou stále

ještě schopni racionálně přemýšlet a to, že momentálně neznají odpověď je může rozčítit. Ideální jsou otázky typu: „*Jaký je vlastně důvod vaší naštvanosti?*“

Pokud opakujeme to, co vyřknul pacient, dostává tím od nás signál, že ho skutečně vnímáme, zároveň tím vyplňujeme čas. Zároveň to nutí pacienta, aby se nad svými odpověďmi zamyslel a srovnal si to v hlavě. Další pozitivum pramení z toho, že zdravotník není nucen pacientovi předkládat nějaké argumenty nebo se s ním o něčem přít, protože se spíše snaží opakovat pacientovi věty.

Na konci pacientových myšlenek a odpovědí je vždy dobré shrnout všechny klíčové body, toho co nám právě oznámil, do jedné otázky. Komunikace je pak přehlednější, opět to nutí pacienta, aby se zamyslel nad svým jednáním a svými argumenty. Také to přispívá důvěře mezi zdravotníkem a pacientem.

Argumentace

Tato fáze může nastat teprve tehdy, co jsou utlumeny agresivní projevy. Podstata této fáze lpí v tom, že se snažíme najít jakoukoliv pravdu v pacientových argumentech, se kterou můžeme souhlasit. Dáme pacientovi najevo, že s ním souhlasíme, ale zároveň nepodporujeme jeho nepravdivé myšlenky, abychom ho v jeho pravdě neutvrzovali. (např. pokud pacient tvrdí: „...*může za to manželka, je to kráva, s ženským je to těžký...!*“, pak pacientovi odpovíme: „*Ano, máte pravdu, s ženským je to někdy těžký!*“, a ne: „*Ano, máte pravdu, vaše manželka je kráva!*“)

Na konci této fáze je na místě vysvětlit pacientovi co po něm potřebujeme my a jaké jsou jeho možnosti (že mu potřebujeme změřit tlak, vyšetřit ránu na hlavě, odvézt na psychiatrii, atd. Vždy mu však sdělit proč to děláme, jaký to má důvod). To už záleží na charakteristice výjezdu.

Pokud není možné navázat s pacientem rozhovor nebo nechce přistoupit na naše řešení situace, můžeme se vždy snažit najít nějaký kompromis. Pokud nejde situace ani tak vyřešit je nezbytné použít fyzická omezení, která jsou však v terénu v kompetencích PČR, pokud se samozřejmě nejedná o výjimečnou situaci.

Jestliže však nastane situace, kdy není možné agresivního pacienta zklidnit, nebo pokud dojde k napadení a není na místě PČR, držíme se následujících zásad:

- skočit na pacienta v co nejvíce lidech, uvádí se minimálně 5, aby byl na každou končetinu jeden a jeden na hlavu
- položit pacienta na záda na zem, tak je mu možné kontrolovat dýchání. Pokud je zdravotník méně, je možné kvůli bezpečnému podání farmak položit agresora na břicho, aby nemohl kopat, pak by měl být otočen zpět na záda

- podání farmakoterapie
- zdokumentovat vše, co se během pacifikace pacientovi stalo (odřená záda od asfaltu, modřiny, krvácející rány, apod.). Bez dokumentace se nedá později argumentovat.

1.8.3 Suicidální pacient

Suicidum je forma agrese, která je však namířená proti pacientovi. Komunikace s ním je obdobná komunikaci s heteroagresivním pacientem (agrese namířená vůči okolí). Taktéž se snažíme o decentní přístup, klidnou komunikaci, aktivní naslouchání, apod. Komunikace se suicidálním pacientem má však i svá ojedinělá specifika:

- důležitým prvotním krokem je zhodnocení stavu, v němž se pacient nachází. Pokud je již rozhodnutý suicidum uskutečnit a pouze vyčkává, je na prvním místě snaha o fyzické omezení, teprve potom je na řadě komunikace. V tomto případě jde o čas, jestliže je potencionální sebevrah pevně rozhodnut akt uskutečnit, nemá v mnoha případech snaha o komunikaci žádný význam, naopak může celý proces pouze urychlit.
- zavoláme si na pomoc psychoterapeuta
- klíčovou roli v rámci komunikace hraje aktivní naslouchání, na které navazuje nabídka pomoci. Sdělíme mu jeho možnosti, sebevražda není jediné řešení. Máme na mysli, že většina sebevrahů potřebuje pomoci, jen nenašli jiné rozumné východisko.
- vyhneme se nevhodným tématům, jako je povídání o rodině, přítelkyni, manželce, finanční situaci apod. Neznáme totiž důvod, kvůli němuž chce suicidum spáchat.
- pacient by z nás neměl mít pocit, že ho bereme jako méněcenného, protože se odhodlal k tomuto činu. Sebevrazi jsou v zoufalé situaci a všímají si i minimálních detailů, jako jsou úšklebky, šepot k ostatním zdravotníkům či nevhodný oční kontakt.
- neslibovat pacientovi věci, které nemůžeme splnit. Možná, že se tak vyřeší aktuální situace, ale pacient si to bude pamatovat a může z toho u něj vzejít další úzkost nebo deprese.
- pokud je suicidální pacient v psychóze, má halucinace či bludy, je důležité mít na paměti, že i tak si vše co se odehraje, bude pamatovat. Z tohoto faktu vychází i pravidlo, že je vhodné popisovat pacientovi probíhající postup i během fyzického omezování (teď vám chytíme ruku, nasadíme vám pouta, atd.)

1.9 Komunikace s psychotickými pacienty

V tomto případě je velice obtížné stanovit závazná pravidla jak s pacientem komunikovat. Rozhovor s nimi se skoro nikdy nebude odehrávat, tak jak jsme si předem naplánovali. Jedna z podstat psychotických poruch je právě ta, že pacienti mají problém komunikovat s okolím.

Pacienti pevně věří svému bludu, je to pro ně realita. Zdravotník, který s nimi naváže komunikaci, je zpočátku vždy ten, co stojí na druhé straně. Z této pozice se poté snaží s pacientem komunikovat. Pokud začne pacientovu „realitu“ vyvracet, postaví se pouze do role, kdy nejenom, že stojí na druhé straně, ale zároveň je ještě pro pacienta hrozbou a pouze prohlubuje jeho strach, popřípadě agresi.

Klidný přístup bez náhlých a rychlých gest a kontrola své nonverbální komunikace je pro zdravotníka prioritou.

Přestože se nedají určit pevná pravidla komunikace s psychotickými pacienty, existuje alespoň pár klíčových bodů, kterých bychom se měli držet:

- pacient má z ostatních lidí strach, proto se k němu musíme chovat tak, abychom jeho strach neprohlubovali (tzn. žádná ukvapená gesta, rychlé pohyby, žádné posunky na ostatní, vyhnout se úšklebkům, nešeptat na ostatní členy týmu, apod.)
- komunikovat s ním, jako s plnohodnotnou osobou. Mluvit s ním slušně, tak jak radí etiketa
- zeptat se na to co ho trápí a vyslechnout jej (aktivní naslouchání)
- snažit se mu nabídnout pomoc
- cokoliv co uděláme, musíme pacientovi popsat, i kdyby šlo o fyzické omezování
- i když je pacient pod vlivem bludů či halucinací, tak si vše pamatuje. Psychotičtí pacienti mívají často dokonce velice dobrou paměť. Není vyloučené, že pacienta vidíme naposledy v životě, tomuto faktu bychom měli uzpůsobit své chování. Pokud budeme pacientovi lhát nebo si u něj vypěstujeme nepřátelské postavení, může se nám to do budoucna vymstít.
- nikdy nevyvracíme bludy, pouze pacienta utvrdíme v tom, že jsme nepřítel. Jeho blud je realita, pokud to vyvracíme, tak jsme pro něj mimo realitu my anebo dokonce patříme k těm druhým, k těm co ho sledují, k těm co mu chtějí ublížit. Zároveň to ale neznamená, že bychom měli na jeho blud přistoupit a dále ho v něm utvrzovat. Snažíme se používat neutrální věty (např. pacient tvrdí: *„Támhle jsou kamery, ty mě sledují...a naproti v tom autě sedí agenti, kteří mě odposlouchávají, jdou po mně...“*, odpověď: *„Já žádné agenty ani kameru nevidím, ale myslím si, že bychom se mohli*

schovat do sanitky, venku je docela zima“)

Rozhovor s psychotickými pacienty není jednoduchý a často nemusí mít naprosto žádný efekt, poté nastupuje podání psychofarmak nebo fyzické omezení. Není však na škodu se o komunikaci pokusit a doufat, že bude mít pozitivní účinek, že se medikamentům a fyzickým omezením vyhneme.

1.10 Terapie agresivních a psychotických pacientů v přednemocniční péči

- získat anamnézu od svědků události
- zajistit bezpečnost posádky (podle charakteru události přivolat na pomoc PČR, vytyčit si možné únikové cesty, neodvracet se k pacientovi zády, ujistit se že nemá u sebe zbraň, popř. že se v místnosti nenacházejí nebezpečné předměty, které by mohly být využity k útoku,...)
- zkontrolovat pacientův psychický stav při příchodu na místo události (zhodnotit jeho vzhled, chování, náladu, jeho orientaci osobou, místem a časem). Zhodnotit racionálnost jeho uvažování.
- začít samotnou komunikaci s pacientem (představení se, vysvětlit proč jsme přijeli, z jakého důvodu jsme byli zavoláni). Vyslechnutí pacienta, jaké má potřeby, co ho trápí, apod., z časového důvodu se vyptávat pouze na klíčové věci.
- dle situace může být použit tento postup i v jiném pořadí. Například u suicidálního pacienta, který už je k suicidiu rozhodnutý je důležité použít jako první fyzické omezení a pak se teprve snažit o komunikaci a aplikaci psychofarmak. Pokud je již pacient rozhodnutý suicidium spáchat, není komunikace vždy prvním krokem, pouze nám vypomáhá k přiblížení se k pacientovi.
- řídit se pravidlem, že použití omezovacích prostředků může být použito, pouze pokud je jejich přínos větší než jejich riziko. V opačném případě je jejich užití neodůvodnitelné. Toto pravidlo vychází z metodického opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Farmakoterapie

- diazepam (Apaurin) 5 - 10mg i. v. (i. m.) nebo midazolam (Dormicum) 5 - 10mg i. v.

(i. m.), dát si pozor na útlum dechového centra (nevíme, jestli není pacient již něčím intoxikován), benzodiazepiny se podávají titračně

- haloperidol 5 - 10mg i. v. (i. m.), možno opakovat ve 30 - 60min intervalech, nebo tiapridal 100 - 200mg i. v.

- propofol 0,5mg/kg i. v., pokud je účinek výše uvedených farmak nedostatečný

- fyzické omezení (ideálně v 5 lidech - na každou končetinu a hlavu, pacienta položit na záda, ale dát si pozor na to, že v této poloze může ostatní ohrožovat nohama).

(Remeš, 2013)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část obsahuje kazuistiky demonstrující průběh setkání zdravotnických záchranářů s psychiatrickými a agresivními pacienty. Zaměřuje se zejména na proběhnutou komunikaci a následné vyřešení situace. Sběr dat byl proveden orálně od posádek ZZS, z toho dvě kazuistiky se odehrály za účasti autora této bakalářské práce. Orální data byla zaznamenávána ručně do písemné formy a následně přepsána do současné podoby. V kazuistikách je zachována anonymita všech účastníků a místa události. Pro přehlednost jsou kazuistiky rozděleny na anamnézu, katamnézu, analýzu a interpretaci, diskuzi a závěr. Cílem praktické části je rozebrání konkrétní kazuistiky, poukázání na komunikaci, průběh chování pacienta, průběh chování zdravotnických záchranářů a efektivita proběhnuté terapie. Z těchto aspektů je vyvozena nejefektivnější komunikace a terapie v dané situaci, opírající se o teoretické obecné postupy.

2.1 Kazuistika 1

2.1.1 ANAMNÉZA

Podmínky situace: jaro, teplý den, odhadem 25 stupňů Celsia, pracovní den v odpoledních hodinách, začátek dopravní špičky.

Místo situace: periferní část města, na spojnici dvou hlavních cest vedoucích z okrajových částí města do centra města. V čase odpolední dopravní špičky velice využívaná trasa z centra města zpět na okraj.

Síť zdravotnických zařízení: nejbližší oddělení psychiatrie je vzdálené 14 km, cesta vede skrz město. Spádové psychiatrické oddělení je vzdálené 25 km, taktéž skrz centrum města.

2.1.2 KATAMNÉZA

16:24

Příjem tísňové výzvy na linku 155. ZZS volána městskou policií, která je již na místě události a potřebuje zdravotnickou pomoc. Muž, okolo 30 let, pobíhá nahý na okraji křižovatky a zamezuje tak provoz na silnici. Dále se dispečerka dozvídá od příslušníka městské policie, že je muž zahrán z křižovatky do postranní silnice, kde opět zamezuje provoz na komunikaci, a že je obtížné se s ním domluvit.

16:38

Příjezd posádky RZP ve složení: řidič, zdravotnický záchranář, stážista. Muž stále pobíhá středem komunikace a vykřikuje různá hesla, z každé strany stojí městský policista a snaží se s ním domluvit, aby se přesunul na chodník. Muž je neupravený v obličeji, zarostlý, špinavý, svlečen do naha, věk je odhadem asi 25 - 30 let. Na jeho hrudníku a zádech jsou patrná zhojená četná poranění nejasné etiologie. Muž nepůsobí, že by byl pod vlivem návykové látky. Zdravotnický záchranář zahajuje rozhovor s jednotkou městské policie, dozvídá se detaily o celé události, není jich mnoho. Jednotka městské policie již v tomto stavu muže našla, nemají o něm žádné informace, nikdo z okolí ho nezná. Vzhledem k tomu, že je nahý, tak u sebe nemá žádné osobní doklady či jiné dokumenty. Jednotka byla zavolána hlídačem nedalekých skladovacích prostor, kolem kterých také muž probíhal. Jediná validní informace je ta, že mluví českým jazykem.

Řidič společně se záchranářem přebírají komunikaci s pacientem. Jednotka městské policie se drží stranou, připraveni na imobilizaci pacienta. Rozhovor s pacientem je veden ze strany řidiče RZP v imperativním tónu, snaží se ho různými povely vyzvat ke spolupráci a k tomu, aby si pacient vlezl do auta, že mu bude zajištěna pomoc. Na to pacient vůbec nereaguje. Pacient neustále stojí ve středu komunikace, vykřikuje, že je král Ječmínek, že je král Václav, poté že je vyslán Ježíšem Kristem, aby plnil jeho úkoly. Komunikaci přebírá zdravotnický záchranář, který se snaží proniknout do jeho světa, přistoupit na jeho hru a vysvětlit mu možnost hospitalizace, kde mu pomůžou. Pacient reaguje vždy jen na určité záchranářovy věty, které mu vyhovují. Pokud je ze strany záchranáře veden dotaz na krále Ječmínka či Václava, tak pacient odpovídá a rozvádí rozhovor dále. Pokud je však zmíněna hospitalizace nebo prosba o nastoupení si do sanitního vozu, tak komunikace ze strany pacienta končí, začíná opět vykřikovat různá hesla a zpívat písně, ignoruje situaci kolem sebe. Následně si kleká na silnici, modlí se, prosí otce o pomoc, poté pokládá na silnici i ruce a začíná běhat po čtyřech. Na dotaz záchranáře, co to právě dělá, odpovídá pacient, že je pes a musí poslouchat svého pána. V tom vidí záchranář určitý bod, kterého by se mohl chytit, dává mu povel k sednutí a pacient si sedá, dává mu povel, aby přišel k noze, a on přichází. Situace vypadá, že by se dala v této hře vyřešit. Poté je však dán povel řidičem RZP aby vlezl do auta a tam si lehnul a v tomto momentě se pacient opět uzavírá do sebe a tvrdí, že povely mu dává pouze Bůh a ten je jen jeden.

Záchranář se snaží o navázání rozhovoru na jiné téma, ale pacient již dále nereaguje, veškerá komunikace je z jeho strany ukončena. Zpívá si a opět vykřikuje

různá hesla, na jakoukoliv výzvu nereaguje.

16:55

Společnou domluvou posádky RZP s jednotkou městské policie začíná příprava k nezbytné imobilizaci pacienta, neboť jakákoliv jiná alternativa je již vyloučená. Provoz komunikace by byl nadále omezen. Také není možné vyloučit případné agresivní chování ze strany pacienta, i když prozatím byl bez jakýchkoliv projevů agrese. Pacient je nahnán jednotkou městské policie ze silnice na chodník, který je lemovaný travnatou částí. Na chodníku je pacient příslušníky policie podražen a dopadá na chodník břichem dolů. Jeden strážník kleká na pacienta a snaží se mu nasadit pouta, druhý strážník se snaží imobilizovat nohy. Pacient ze sebe za neustálého křiku vydává velkou sílu a prokazuje značnou ohebnost, neustálým překrucováním znemožňuje strážníkům nasadit pouta, zároveň je strážník imobilizující nohy značně pokopán. K pacientovi přibíhá i posádka RZP. Každý z účastníků se snaží držet jednu končetinu, stážista drží hlavu. Ke zmírnění agresivních projevů pacienta udělují strážníci pacientovi několik kopů do žeber a do stehen, poté se zase snaží imobilizovat končetiny. Za vynaložení velkého úsilí jsou pacientovi přesunuty ruce za záda, kde je následně strážník spoutává. Během imobilizace je pacient, vzhledem k charakteru povrchu chodníku a k odporu vynakládaném pacientem, zraněn. Jedná se zejména o exkoriace.

K naložení pacienta do sanitního vozu je použita metoda, kdy leží pacient v pronační poloze na nosítkách, ke kterým má přikurtované ruce a na zádech má scoop rám, který je k nosítkům připoután bezpečnostními popruhy. Takto je pacient připraven k transportu.

17:15

Zahájen transport na psychiatrické oddělení, na oddělení neklidu. Složení posádky RZP je: v přední kabině řidič a stážista, v zadním prostoru sanitního vozu je záchranář, jeden příslušník městské policie a pacient. Sanitní vůz je během transportu doprovázen vozem městské policie řízeném druhým strážníkem. Během jízdy se pacient snaží stále vykřikovat nadávky, jde mu to však špatně vzhledem k jeho pronační poloze. Po pár minutách už mu dochází síla na vykřikování a začíná kolem sebe plivat. Neustále je u něj patrný psychomotorický neklid, který je vzhledem ke kvalitní imobilizaci naprosto neúčinný. Záchranář ani strážník v zadní části sanitního vozu nejeví snahu o další komunikaci s pacientem, jen ho občas vyzvou ke klidu. Odběr jakékoliv anamnézy či osobních údajů pacienta je nemožný.

17:35

Předání pacienta posádkou RZP na oddělení neklidu v psychiatrické léčebně. Během odstraňování imobilizace posádkou RZP, vykazuje pacient stále prvky psychomotorického neklidu s projevy agrese, je však na něm patrné vyčerpání a ztráta síly. Pacienta si dále imobilizují zřízcenci oddělení neklidu svými pomůckami a posádka RZP spolu se strážníky opouští oddělení.

18:20

Proveden úklid sanitního vozu a doplnění spotřebovaného materiálu, včetně dezinfekce povrchů.

2.1.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Posádka se pacientovi nijak nepředstavila, nevěděl tedy kdo to je a proč s ním vlastně komunikuje. Rozhovor tak ztratil jakýkoliv úvod.

Při příjezdu RZP byla počáteční komunikace s pacientem vedena v imperativním tónu, tím vznikla prvotní bariéra v navázání komunikace a k získání důvěry pacienta. Psychotický pacient se více uzavírá do sebe a začíná si budovat nedůvěru ke zdravotníkovi, bere ho jako nepřítele.

Pozitivně je hodnoceno následovné přebrání komunikace zdravotnickým záchranářem, který se oprostil od imperativního tónu.

Pacientovi nebyly vyvraceny jeho psychotické myšlenky a zároveň v nich nebyl ani utvrzován, záchranář se tak snažil správně oprostít od pozice nepřítele a zároveň ho v jeho myšlenkách ani nepodporoval, snažil se postavit na neutrální stranu, tak jak by to mělo u zdravotníka být.

Po navázání alespoň nějaké komunikace bylo vše narušeno slovním zásahem řidiče RZP, tím byla ukončena veškerá následující komunikace.

Imobilizace byla zpočátku vedena pouze dvěma strážníky městské policie, při počtu zachraňujících lidí na místě to byla chyba. Zároveň byl pacient sražen na chodník, ačkoliv se podél chodníku nacházel travnatý porost, který by minimalizoval následná zranění pacienta.

Fyzické napadání pacienta příslušníky městské policie je hodnoceno jako fatální chyba, nepatřící do správného zacházení s pacienty, která nemá jakýkoliv význam. Pouze tím graduje pacientova agrese. Nejedná se o postup lege artis.

Správné bylo rozhodnutí zdravotnického záchranáře o doprovod městské policie během transportu, snížila se tak rizika možného napadení posádky RZP.

Během pronační polohy na nosítkách v sanitním voze nebyl pacient nijak monitorován, což je vzhledem k této poloze nepřipustné, minimálně byla zapotřebí alespoň monitorace pomocí pulzního oxymetru.

Exkoriace a hematomy způsobené pacientovi imobilizací a fyzickým napadením nebyly posádkou RZP nijak zapsány. Chyběla tedy dokumentace ke skutečnému stavu pacienta.

2.1.4 DISKUZE

Celkový zásah ZZS mohl být veden jinak. Vykazoval velké množství chyb neslučujících se s teoretickými postupy ve vedení rozhovoru. Stejně tak nebyla ani dobře provedena imobilizace pacienta.

Místo snahy o navození komunikace, byla posádka ZZS rozhodnuta o co nejrychlejší vyřešení situace, bez jakýchkoliv náznaků snahy. Vše započalo imperativním tónem v úvodu komunikace, kdy se posádka ZZS ani nepředstavila, neřekli, proč tu jsou a nenabídlí pacientovi pomoc. Pacient tak byl postaven do role, kdy se před ním vyskytlo pět nepřátel, uzavřel se více do svého světa a byl rozhodnut uniknout.

Při navození rozhovoru s psychotickým pacientem je také dobré, aby rozhovor vedl jeden člověk, zde se střídali záchranář s řidičem a tím se vytrácela možnost pacienta vybudovat si k někomu důvěru.

Záchranář pacientovi nevyvracel jeho bludy a jiné myšlenky a dosáhl tak po chvíli toho, že s ním pacient navodil alespoň minimální komunikaci. Sporné je zde využití povelů v případě, kdy se pacient dostal do role psa. Záchranář tak začal hrát hru s pacientem a utvrzoval ho v jeho představách. Zde je však prostor pro improvizaci, pokud tento postup v tomto konkrétním případě funguje a zamezí tak fyzické imobilizaci, tak je určitě brán jako správný postup v dané situaci.

Fyzická imobilizace se v tomto případě absolutně neslučuje s teorií. Pokud bylo na místě pět osob, mohla být každá využita na jednu končetinu a hlavu už od počátku. Zmírnila by se tak poranění pacienta, vše by proběhlo klidněji. Nezbytné však bylo otočit pacienta na břicho, kvůli poutům. Pronační poloha je zároveň ideální pro transport agresivního či neklidného pacienta. Zde je rozpor s teorií, která upřednostňuje polohu na zádech, jako prevenci aspirace.

Během transportu nebyl pacient nijak monitorován, pokud je v pronační poloze, na zádech ještě přikurtován s pomocí scoop rámu a s utaženými bezpečnostními

popruhy, hrozí zde riziko asfyxie. Proto by bylo vhodné zajistit alespoň monitoraci saturace a pulzů.

Jak bylo zmíněno již výše, psychotický pacient si i během probíhající psychózy hodně věcí pamatuje. Nikdy nevíme, kdy se s ním potkáme příště a v jaké situaci. Pokud využíváme násilí, lžeme mu a snažíme se ho oklamat, může se nám to do budoucna vymstít.

2.1.5 ZÁVĚR

Bylo několikrát zmíněno, že i když máme pár obecných pravidel jak komunikovat s psychotickými a agresivními pacienty, je nezbytné vždy využít alespoň nějaké procento improvizace. Toho by ale nemělo být zneužito na úplné oproštění se od teoretických postupů. Pokud je to možné, je na prvním místě komunikace, poté fyzická imobilizace. Do fyzické imobilizace však naprosto nepatří násilné projevy. Toho by se měl zdravotník vyvarovat.

2.2 Kazuistika 2

2.2.1 ANAMNÉZA

Podmínky situace: zimní počasí, teplota 3 stupně Celsia, pracovní den

Místo situace: nonstop herna poblíž místního nádraží, nacházející se vedle hlavní cesty vedoucí skrz město

Zdravotnické zařízení: oblastní nemocnice vzdálená 900 m

2.2.2 KATAMNÉZA

8:10

Volání na tísňovou linku 155. Volá barman z nonstop baru, že jeden ze zákazníků nejspíš prodělal epileptický záchvat, nyní je při vědomí, komunikuje. Je v podnapilém stavu.

8:20

Příjezd posádek RZP ve složení řidič, sestra a stážista a RV ve složení řidič a lékař. Posádky vcházejí po schodech do sklepa do zakouřené nonstop herny, kde je cigaretovým kouřem snižená viditelnost. Vedle baru sedí podnapilý člověk, dle barmana je to osoba, která prodělala epileptický záchvat. Lékař se představuje pacientovi, sděluje mu, co se stalo, začíná s primárním vyšetřením zraněného a s odběrem anamnézy. Sestra se dotazuje barmana na okolnosti. Barman vypovídá, že muž zde vypil asi třetí pivo, poté upadl na zem a začal křečovat. Během pádu se muž viditelně nikam neudeřil. Křeče trvaly asi minutu. Poté zavolal na tísňovou linku 155.

Vzhledem k charakteristice prostředí nonstop herny, nedýchatelnému vzduchu a zjevné kardiopulmonální stabilitě pacienta, se lékař rozhoduje provést měření fyziologických funkcí a další opatření až v zástavbě sanitního vozu. Lékař posílá řidiče RZP pro transportní sedačku, nosítka by nebylo možné s ohledem na schodiště do sklepních prostor dolů dostat.

Pacientovi je vysvětlena lékařem situace a co se bude dít dál. U pacienta se začíná projevovat verbální agresivita, razantně odmítá jakékoliv vyšetření v nemocnici, říká, že nikam nepůjde. Lékař se přiklání ke schůdnější variantě, že je potřeba pouze udělat základní vyšetření, které bude provedeno v autě, bez nutnosti hospitalizace. Této variantě se pacient podvoluje. Nechá se usadit do sedačky a je vytažen do sanitního vozu řidičem RV a řidičem RZP. V zadní části sanitního vozu zůstává pacient, řidič RV, lékař a sestra. Pacient je posazen na nosítka a jsou mu provedena základní fyziologická

vyšetření.

Následně je pacientovi lékařem sdělena nutnost hospitalizace, vzhledem k proběhnutému křečovému stavu. V tu chvíli začíná být pacient nepřičetný. Rozvíjí se u něj verbální a brachiální agresivita, pěstí mlátí do zástavby sanitního vozu a útočí rukou i na zdravotnický personál. Jakákoliv snaha o slovní zklidnění pacienta je bezúčelná. Lékař se rozhoduje o intravenózní podání Apaurinu. Vzhledem k omezenému prostoru sanitního vozu si lékař kleká na rameno a krk pacienta a zároveň mu drží jednu ruku. Druhou pacientovu ruku drží řidič RV nataženou, tak aby mohla sestra zavést intravenózní kanylu, pro podání Apaurinu. I přes velmi obtížné podmínky se sestře podaří zavést intravenózní kanylu na první pokus. Poté je pacientovi podáno 5 mg Apaurinu bolusově a následně zapláchnuto 10 ml fyziologického roztoku.

Během několika vteřin je na pacientovi patrný účinek Apaurinu. Je ukončen veškerý psychomotorický neklid, pacient začíná být somnolentní. Následně jsou na pacienta umístěny EKG svody, pro detailnější monitoraci. Dále je monitorován pomocí pulzního oxymetru a je mu změřen krevní tlak pomocí fonendoskopu a obturační manžety. Sanitní vůz není vybaven digitálním měřením krevního tlaku.

Následně je zahájen transport na interní oddělení oblastní nemocnice vzdálené 2 minuty jízdy. Pacient je během transportu stále somnolentní, normotenzní s dostatečnou saturací.

8:55

Předání pacienta na interní oddělení ve stabilizovaném stavu, pouze s mírnou somnolencí. Následuje úklid zástavby sanitního vozu, dezinfekce povrchů, nosítek a transportní sedačky.

2.2.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Dle obecných pravidel byla správně odebrána anamnéza od barmana a byla snaha o odebrání anamnézy od pacienta.

Lékař se představil pacientovi, vysvětlil mu, co se stalo a co se bude dít, tím pomůžeme pacientovi se zorientovat a vede to ke zklidnění situace.

Vzhledem k místu události bylo dobré rozhodnutí lékaře provést měření a hodnocení fyziologických funkcí v sanitním voze, kde je klid a nesedí zde ostatní hosti herny. Stav pacienta to dovoľoval.

Stejně tak nebylo špatně zvolit k transportu sedačku, v úvahu by pak přicházela

již jen transportní plachta, která by byla pacientovi nepříjemná, a vyvolalo by to u něj prvky agrese.

K obecným pravidlům patří vysvětlit pacientovi, co se bude dít. V tomto případě to byl spouštěč agresivních projevů, nedalo se tomu však zabránit.

Logicky byla situace řešena pacifikací pacienta a použitím farmakoterapie, nebyla jiná možnost jak pacienta zklidnit, s ohledem na to, že byl stále v ebrietě.

Zároveň nebylo možné pacienta v tomto stavu nechat odejít na negativní reverz.

Použití fyzické imobilizace zde bylo téměř nezbytné.

2.2.4 DISKUZE

Zásah probíhal lege artis, dle obecných postupů. Byla využita úvodní komunikace, zároveň byl patrný ze strany lékaře pokus o navození důvěry, snaha vést rozhovor a odebrat anamnézu. V tomto případě byl pacient stále pod vlivem alkoholu a tím potlačena komunikace. Sporný je bod, kdy lékař odvrátil prvotní agresi tím, že přemluvil pacienta pouze na vyšetření v sanitním voze a vyloučil hospitalizaci. Jedná se o použití nepravdy k dosažení cíle, kterou si pak pacient pamatuje.

Vyvstává však otázka, jakým jiným prostředkem dostat pacienta do sanitního vozu. Zde je opět prostor pro improvizaci. Pacientova agresivita se mohla, při dalším vedení rozhovoru, projevit již v prostorách nonstop hery. Celá situace by se tak odehrála v nevhodném prostředí a hlavně za účasti svědků. Není vyloučené, že by se mohl někdo s osazenstva nonstop baru pacienta zastat a vznikla by tak nepříjemná situace pro zdravotnický personál.

Improvizace byla nutná i při samotné pacifikaci pacienta. Vzhledem k omezenému prostoru zástavby sanitního vozu byl lékařův zákrok nezbytný, mohl být však proveden méně nebezpečným způsobem. Při rozvoji brachiální agresivity v tomto malém prostoru vzniká riziko ublížení zasahujícím zdravotníkům. Pacient byl jakýmkoliv jiným opatřením než farmaky nezklidnitelný.

2.2.5 ZÁVĚR

V této kazuistice bylo demonstrováno správné využití teorie a obecných postupů. Nejprve pokus o navození důvěry, komunikaci a při selhání těchto prvků fyzická imobilizace, která je v některých případech nezbytná. Pacient nebyl během imobilizace nijak zraněn a byl převezen k hospitalizaci. Událost byla řešena v klidném zázemí mimo okolní ruch. Byla využita správná improvizace.

2.3 Kazuistika 3

2.3.1 ANAMNÉZA

Podmínky situace: letní počasí, teplota 29 stupňů, pracovní den

Místo situace: církevní nemocniční zařízení nedisponující oddělením psychiatrie, pouze dětským a dorostovým detoxifikačním centrem, interní oddělení, lůžková část

2.3.2 KATAMNÉZA

12:15

Příjem výzvy na operační středisko soukromé záchranné služby, zajišťující sekundární transporty v režimu RZP a RLP a dopravu raněných a nemocných (dále DRN). Volajícím je interní oddělení v nemocničním zařízení, které potřebuje transportovat pacientku do psychiatrické nemocnice v režimu DRN. Pacientka je chodící, potřebuje pouze doprovod. Více informací není udáno. Z časových a taktických důvodů je na místo vyslána posádka RZP, kdy je zdravotnický záchranář chápán jako doprovod řidiče RZP.

12:35

Příjezd posádky na interní oddělení. Dle interních nařízení soukromé záchranné služby, je připravena pojízdná sedačka pro transport do sanitního vozu.

Pacientka sedí ve vstupní chodbě interního oddělení, spolu s ní jsou na místě žena a muž v blíže nespecifikovaném příbuzenském vztahu. Řidič RZP přebírá na sesterně dokumentaci o pacientovi a příkaz k transportu do psychiatrické nemocnice. Nedožívá se od sestry téměř žádné informace, pouze že pacientka není duševně v pořádku, ale je klidná, a že je stoupenkyní náboženské společnosti Svědkové Jehovovi. K pacientce přichází lékařka, loučí se s pacientkou a přeje jí hodně štěstí.

12:45

Posádka RZP nakládá pacientku na transportní sedačku a spolu s příbuznými odcházejí do výtahu, směrem k sanitnímu vozu. Ve výtahu se baví příbuzní s pacientkou o tom, že je dobře, že konečně jedou domů, aby si pacientka konečně odpočinula. Na to jim záchranář odpovídá, že domů nejedou, jestli se náhodou nespletli, mají namířeno do psychiatrické nemocnice. Příbuzní včetně pacientky se vůči tomu ohrazují, prý to není možné, právě mluvili s lékařkou, která jim potvrdila odchod domů, protože pacientce nic není. Záchranář tedy zastavuje místo a vrací se s ostatními zpátky na interní

oddělení, aby si nechal potvrdit lékařem cílové místo transportu. Lékařka přichází k příbuzným a začíná jim vysvětlovat důvody k převozu ženy do psychiatrické léčebny a ohrazuje se tím, že už jim to několikrát vysvětlovala a sami jí to před chvílí odsouhlasili. Důvodem je dle lékařky i fakt, že ve večerních hodinách pacientka utekla z oddělení až do krajní oblasti nemocnice, kde seděla naproti interní ambulance, odmítala se přemístit a odmítala veškerou komunikaci s nemocničním personálem, trvalo několik desítek minut, než byla přesvědčena k návratu zpátky na lůžkové oddělení. Začíná hádka mezi lékařem, příbuznými a pacientkou. Do hádky se vkládá záchranář, snaží se ostatní přerušit a ptá se pacientky, zda chce být hospitalizována. Ta na to odpovídá negativně, podle pacientky je lékařka navedená, někdo jí všechny její názory ovlivnil a proto je navedená, stejně jako ostatní personál místní nemocnice. Pacientka najednou odmítá jakoukoliv komunikaci s lékařkou, neboť je ovlivněná, příbuzní stojí na straně pacientky. V tomto stylu trvá komunikace odhadem asi 20 minut.

13:05

U pacientky se začínají vyskytovat prvky psychomotorického neklidu, projevující se řevem a brachiální agresí. Má tendence utéct z transportní sedačky, kde je momentálně držena záchranářem a řidičem, na výzvu lékařky. Záchranář pacientce vysvětluje nutnost svého počínání, nemůže ženu pustit, aby neutekla z oddělení. Zároveň se tak brání brachiální agresí. Pacientka se drží příbuzného, chce domů, nechce být bez rodiny.

V tomto stavu pacientky není možné ji transportovat v režimu DRN, vzhledem k psychomotorickému neklidu. Zdravotnický záchranář vysvětluje lékařce svoje postavení a nabízí jí změnu režimu DRN na režim RZP, neboť je posádka shodou okolností schopna v tomto režimu pracovat díky přítomnosti zdravotnického záchranáře a zástavbě sanitního vozu, určené pro transporty RZP a RLP. Lékařka souhlasí. Záchranář konzultuje situaci s operačním střediskem a hlavním lékařem záchranné služby, popisuje situaci a je mu dovolena změna režimu DRN na RZP. Lékařkou jsou napsány nové příkazy k transportu.

Záchranář společně s lékařkou prosí příbuzné k odchodu z oddělení, sníží se tím fixace pacientky na rodinu a usnadní to transport, příbuzní souhlasí, ale neodcházejí. Po chvíli se dotazují příbuzní záchranáře, zda by nebylo lepší, aby odešli, ten jim to potvrzuje, příbuzní však stále neodcházejí. Lékařkou je zavolán psychiatr na konzultaci stavu pacientky.

13:30

Přichází psychiatr, vyptává se pacientky na včerejší útěk z oddělení, jaký k tomu měla důvod. Ta odpovídá, že jí pronásledovali a musela před nimi utéct. Psychiatrem je potvrzen původní plán k převozu pacientky do psychiatrické nemocnice. Na to chce pacientka podepsat negativní reverz, což není podle psychiatra možné vzhledem k jejímu stavu, nemůže být podepsán ani příbuznými, neboť pacientka není zbavena svéprávnosti. Tento fakt způsobuje další rozvoj agrese u pacientky. Lékařka vyhrožuje transportem za doprovodu policie. Přichází další prosba k odchodu příbuzných mimo oddělení, ti neodcházejí ani pod pohrůžkou přivolání policie. Do rozhovoru se vkládá staniční řádová sestra interního oddělení, která v agresivním tónu křičí na pacientku, protože je prý špatná křesťanka, nebere ohledy na ostatní, přiděluje všem práci a tak se správný křesťan nechová

Záchranář začíná mimo okolní dění rozmlouvat s pacientkou, ptá se jí, proč nechce být hospitalizována, používá při tom přátelský tón, staví se do neutrality oproti ostatním zúčastněným, snaží se dosáhnout pacientovi důvěry. Pacientka tvrdí, že nevěří místní nemocnici, protože lékařka je podle ní amatérka, je navedená a není objektivní. Záchranář jí to nevymlouvá, naopak připouští možnost, že nemusí být některé věci v nemocnici v pořádku. Pomýšlí při tom i na možnost neobjektivity ze strany zdravotnického personálu nemocnice. Nabízí pacientce odvoz do psychiatrické nemocnice, která byla indikována, kde se jí dostane vyšetření od jiných psychiatrů a pokud uznají, že je v pořádku, tak jí propustí. Zvětší se tak objektivnost celkového vyšetření. S tím pacientka souhlasí, přijde jí to jako skvělý nápad. Odeznívá u ní psychomotorický neklid, začíná se usmívat a děkuje záchranářovi za tuto možnost. Vyzývá záchranáře k okamžitému transportu do psychiatrické nemocnice, nechce už v této nemocnici být ani vteřinu.

14:05

Zahájen transport pacientky do psychiatrické nemocnice sanitním vozem. V přední části vozu sedí řidič, v zadní části záchranář, pacientka a muž v příbuzenském vztahu. Záchranář se dozvídá z lékařské zprávy, že pacientka odmítala, vzhledem ke své víře, jakákoliv vyšetření, monitoraci a terapii. Na to se ptá záchranář pacientky slušným tónem, zda je jí možné změřit tlak a nasadit na cestu saturační čidlo. Ona s tím s úsměvem souhlasí, není to prý žádný problém. Následuje transport, který proběhl bez jakýchkoliv komplikací.

14:30

Předání pacientky na oddělení v psychiatrické nemocnici. Dezinfekce povrchů a

nosítek v sanitním voze, doplnění prádla.

2.3.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Posádka RZP v rámci výjezdu v režimu DRN byla nadstandard, vycházelo to však z dostupnosti posádek soukromé záchranné služby, kdy byla tato jediná volná. Posádka RZP dostala od personálu interního oddělení minimální, v podstatě téměř žádné, informace o stavu pacienta, diagnóze a předešlému útěku pacientky z oddělení. Chyba v nedostatku informací je i na straně operačního střediska, který se více nedotazoval, vzhledem k žádosti nemocnice o transport v režimu DRN, byla událost podceněna.

Při zjištění záchranáře, že má spolu s pacientkou a příbuznými neshodné informace o transportu, bylo správně vše konzultováno s lékařem interního oddělení.

U vzniku psychomotorického neklidu u pacientky, byla pacientka držena záchranářem v transportní sedačce, aby tak zamezil jejímu útěku.

Záchranář se držením horních končetin pacientky zároveň bránil počínající brachiální agresi, kdy nebylo možné počínat si jinak.

Záchranářem byla vyhodnocena situace, jako nespádající do režimu DRN, byla učiněna výzva k lékařce o změnu na režim RZP, kdy je takto možno pacientku transportovat.

Záchranář nezbytně kontaktoval operační středisko a hlavního lékaře, aby jim byl změněn status na RZP.

Posádka RZP si v souladu s pravidly nechala přepsat příkaz k převozu na sekundární transport RZP, což je podmínka pro pojišťovnu.

Lékařka se záchranářem pochopili, že rušící prvek ve veškeré komunikaci s pacientkou, jsou její příbuzní, snažili se je proto donutit k odchodu.

Přesto, že se rodina sama dotazovala na to, jestli mají odejít, zdržovali se nelogicky na oddělení, nebyla možnost je vykázat násilnou cestou.

Lékařkou byl, vznikem psychomotorického neklidu a zdramatizováním situace, zavolán psychiatr, pro opětovnou indikaci k transportu.

Psychiatr zopakoval stejnou indikaci, podmíněnou vznikem psychomotorického neklidu a s náznakem na vyskytující se bludy pacientky, kdy byla přesvědčen, že jí pronásledují a všichni jsou ovlivněni.

S ohledem na stav pacientky, byla dobře vyhodnocena nemožnost podpisu negativního reverzu pacientkou.

Zdravotnický personál pohrozil pacientce a příbuzným zavoláním policie, nemající jinou možnost k řešení situace.

Zbytečné bylo ze strany staniční sestry okřikování pacientky, její označování za špatného křesťana a vyvíjení nepřátelského tónu.

Velice dobrá byla komunikace zdravotnického záchranáře s pacientkou, založená na vzniku důvěry. Stejně tak přechod zdravotnického záchranáře do neutrální pozice.

Komunikací záchranáře s pacientkou bylo docíleno vzájemné domluvy a vyřešení celé situace.

Chováním záchranáře bylo dosaženo i vůbec prvního měření fyziologických funkcí pacientky nenásilnou formou. Pacientka si tak nechala po celou dobu transportu na prstu saturační čidlo pro monitoraci, bez žádných námitek.

2.3.4 DISKUZE

Nedostatkem informací o pacientovi bylo způsobeno podcenění situace, tento problém se týká více pracovišť v nemocničních zařízeních. Standardní oddělení často nemají oproti intenzivním oddělením snahu získávat detailnější informace o svých pacientech, během transportů pak předávají posádkám RZP, RLP a DRN pacienta bez zásadních informací. V tomto případě mohla vzniknout agrese pacientky během převozu, kdy by za normálních okolností byl v sanitním voze přítomen pouze řidič, sedící v přední části vozu, pacient v zadní části. Následky tak mohly být nepředvídatelné. Hádce zdravotnického personálu s pacientkou příbuznými se nejspíše vyhnout nedalo, nemusela být však vedena, v podání staniční sestry, v nepřátelském tónu. Je otázka, jestli zde také nehrála roli příslušnost pacientky ke Svědkům Jehovovým. Pozitivní byla následovná komunikace s psychiatrem, v rámci získání nových poznatků o pacientově stavu. Vzhledem k nemožnosti řešení situace se lékařka rozhodla pro volání policie, což je v souladu s teoretickým postupem. Ukázkové bylo však řešení situace komunikací zdravotnického záchranáře s pacientkou. Navázal pacientovu důvěru, snažil se nevyvracet pacientovi myšlenky, ale ani je nepodporovat. Dostal se tak do neutrální pozice, kdy neútočí na pacientovy myšlenkové pochody. Naopak mu nabídl možnost dalšího řešení situace, která přišla pacientce vhod, vzhledem k nedůvěře v celou nemocnici. Možné je i negativní působení církevní nemocnice na stoupenkyni Svědků Jehovových, zpětně se nedá analyzovat průběh hospitalizace pacientky. Její nedůvěra ale mohla být ovlivněna právě personálem nemocnice, což mohlo přispět k rozvoji bludů. Po souhře záchranáře s pacientkou se již

odehrávalo vše klidně, pacientka se dokonce nechala v sanitním voze změřit, to nebyl schopen nemocniční personál za celou dobu její hospitalizace.

2.3.5 ZÁVĚR

I přes počáteční chyby v jednání personálu s pacientkou, byla v této kazuistice demonstrována síla komunikace, která je vedena správným směrem, dle obecných postupů, pro jednání s psychotickými pacienty. Jak bylo již řečeno, nemusí vždy jít o účinné řešení, ale je to první bod, kterým by měl začít kontakt s psychotickým pacientem. Zde byla komunikace úspěšná, při dalším trvání psychomotorického neklidu, by bylo nutno přejít k fyzickému omezení pacienta.

2.4 Kazuistika 4

2.4.1 ANAMNÉZA

Podmínky situace: letní počasí, teplota 23 stupňů Celsia, pracovní den

Místo situace: město, byt v panelovém domě na sídlišti, 4. patro

Zdravotnické zařízení: psychiatrická nemocnice, vzdálená 8 km

2.4.2 KATAMNÉZA

10:20

Volání na tísňovou linku 155. Volá rodina, že jejich dvacetiletý syn chytnul nějakou psychózu a ničí doma nábytek. Syn byl prý již dvakrát hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Po posledním propuštění, asi před půl rokem, byl klidný až doted'.

Zdravotnické operační středisko na místo události posílá posádku RZP a kontaktuje i policii, kvůli dohledu.

10:28

Příjezd posádky RZP na místo události. Posádka ještě čeká na příjezd policie, kvůli stále probíhajícímu psychomotorickému neklidu pacienta.

10:35

Příjezd policie na místo události. Posádka RZP ve složení řidič a záchranář se vydává společně s dvěma policisty do 4. Patra. Po zazvonění na zvonek bytu přichází otevřít dveře matka pacienta. Záchranář začíná od matky odebírat základní anamnézu a stav situace. Matka vypovídá, že asi před hodinou cítila z pokoje svého syna kouř. Po té co otevřela dveře, spatřila syna, jak poškozuje ohněm svoje osobní doklady. Ptala se ho, proč to dělá a on jí odvětil, ať se o to nestará, že moc dobře ví, co právě dělá. Matka se snažila synovi tento akt vymluvit, ale nebyla s ním žádná řeč. Syn stále opakoval, že to tak musí být. Matka zavolala otce, ať se jde na to podívat a synovi to vymluví. Otec se snažil synovi domluvit, ale dostalos mu stejné odpovědi jako matce. Chvíli poté se syn zvedl od stolu, začal kopat do skříně a mlátit židlí o podlahu. Křičel u toho, že to tak musí být, ví dobře, proč to dělá. Na otázky rodičů neodpovídal a na výzvy k ukončení svého počínání nereagoval. Otec se na syna vrhnul a začal ho mlátit, aby toho nechal. To nemělo efekt, matka mezitím zavolala na tísňovou linku 155. Není to prý poprvé, co se něco takového děje. Syn trpí schizofrenií, byl už kvůli tomu dvakrát hospitalizován. Teď byl půl roku v klidu, než to u něj zase propuklo. Matka celou situaci popisuje

značně vulgárně.

Záchranář s řidičem a policisty vchází do bytu. Na bytě je patrné, že rodina žije na nižší sociální úrovni. Byt je neuklizen a vypadá zchátrale. Posádka RZP a policie vchází do synova pokoje. Syn sedí v rohu pokoje a v ruce drží své osobní doklady ve zdemolovaném stavu. Otec se opírá o skříň a křičí na syna, že je to debil, že už je to tu zase. Otec se obrací na posádku RZP a prosí jí, ať odveze syna zase zpátky do toho ústavu, že to s ním už takhle nejde dál. Otec se rovněž jako matka vyjadřuje vulgárním jazykem. Pokoj stále zapáchá po spálených dokladech, na zemi leží zničená židle, vedle ní se nachází skříň s prokopnutými spodními dvířky.

Pacient pozoruje policisty a posádku RZP, mlčí a čeká, co se bude dít. Záchranář promlouvá na pacienta, ptá se ho, jestli ho něco trápí. Pacient neodpovídá, stále jen pozoruje okolí a sedí v rohu pokoje. Záchranář se ptá rodičů pacienta, zda mají nějakou zdravotnickou dokumentaci z předchozí hospitalizace. Rodiče tvrdí, že někde jí mají, ale určitě jí teď nenajdou.

Záchranář se snaží opětovně promluvit k pacientovi. Ptá se ho, jestli mu může nějak pomoci. Pacient neodpovídá. Záchranář mu vysvětluje situaci, že se nechová racionálně a je potřeba ho dovézt na vyšetření na psychiatrii. Na to pacient také nereaguje. Záchranář se přibližuje k pacientovi a snaží se ho uchopit za rameno, aby ho vyzval k odchodu do sanitního vozu. V ten okamžik se pacient zvedá do stoje, začíná křičet, ať ho nechají být, ví co je potřeba udělat a nikam nejde. Musí prý zůstat na místě. Policisté se vrhají na pacienta, pokládají ho na zem na břicho a poutají ho. Pacient stále křičí a snaží se z pout vyvlíknout, to mu však nejde. Policisté pacienta zvedají a násilím ho dopravují do sanitního vozu v doprovodu posádky RZP. V sanitním voze začíná být pacient klidnější, přestává se bránit. Záchranář se domlouvá s pacientem, zda zvládne být v klidu, že ho pak budou moci transportovat v sedě. Pacient na to přikyvuje.

11:05

Zahájen transport pacienta do psychiatrické nemocnice. V zadní části sanitního vozu sedí pacient, záchranář a policista. V přední části sanitního vozu sedí řidič. Sanitní vůz je doprovázen policejním autem řízeným druhým policistou. Transport probíhá bez komplikací. Pacient nekomunikuje, ale je klidný, stále jen pozoruje okolí.

11:15

Předání pacienta do psychiatrické nemocnice na centrální příjem. Dezinfekce sanitního vozu a doplnění materiálu.

2.4.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Volání na tísňovou linku 155 bylo operačním střediskem vyhodnoceno správně a na místo byla společně s posádkou RZP poslána i policejní posádka.

Posádka RZP čekala na místě události na policejní posádku z důvodu bezpečnosti.

Před vstupem do bytu se snažil záchranář odebrat základní anamnézu a popis aktuální situace a toho, co se stalo, aby byla posádka RZP připravena na to, co se bude dít.

Záchranář se snažil o komunikaci s pacientem, aby se ho zeptal, co ho trápí a přesvědčil ho k odjezdu do psychiatrické nemocnice.

Záchranář se po nezdařilé komunikaci snažil úchopem za rameno vyvolat, alespoň nějakou reakci, popřípadě pacienta vzít do sanitního vozu.

Po vzniku psychomotorického neklidu u pacienta, byl pacient spoután, aby nikomu neublížil a mohl být přemístěn do sanitního vozu.

V sanitním voze se pacient uklidnil a byl s ním dohodnut transport v sedě.

2.4.4 DISKUZE

V rámci bezpečnosti posádky RZP, byla zcela určitě správná spolupráce s policií. Stejně tak i vyčkání na policejní jednotku, před vstupem na místo události. Dle výzvy od zdravotnického operačního střediska byl pacient psychomotoricky neklidný. Řešení situace rodinou bylo bezúčelné, zjevně neměli tušení jak komunikovat s pacientem s diagnózou schizofrenie. Verbální a fyzický útok od otce pacienta byl naprosto bez efektu, pouze synovi ubližoval. Ze strany záchranáře byl pokus o vedení komunikace, kterou by navázal alespoň nějakou interakci. Nedá se říci, zda byla komunikace vedena správně, protože nebyla opětována. Záchranář se dostal pouze k pár úvodním větám. Je možné, že byl pacient zaskočen nechtěnou demonstrací síly, kdy přišli do bytu čtyři uniformovaní cizí lidé. V tomto případě se ovšem nedalo postupovat jinak, bylo zde riziko agresivního chování pacienta. Pokus záchranáře o úchop za rameno pacienta, vyvolal psychomotorický neklid u pacienta, záchranář se však snažil situaci posunout dále, najít řešení. Vzhledem k neochotě pacienta jakkoliv komunikovat, nebylo možné jiné řešení. Vhodnější by však bylo, kdyby byl pacient rovnou pacifikován policií, hrozilo riziko napadení zdravotnického záchranáře. Pacient mohl být pacifikován čtyřmi dostupnými lidmi, v této situaci však bezpečně stačili pouze dva lidé. Rozporuplným bodem je usazení pacienta do sedačky sanitního vozu. Pacient se zklidnil a byl stále

spoután, měl však v průběhu transportu volné dolní končetiny, kterými mohl napadnout posádku. Lepší by byla poloha na nosítkách, je však možné, že by to v něm znovu vzbudilo agresivní chování.

2.4.5 ZÁVĚR

V této kazuistice je patrné nezbytné použití fyzického omezení, při selhání komunikace. Při volbě fyzického omezení je vždy vhodnější spolupráce s policií, pokud ovšem tento fakt víme dopředu. Schizofrenie je často velmi nevyzpytatelné onemocnění, a když je pacient klidný, musíme brát v úvahu možnost náhlého vzniku psychomotorického neklidu.

2.5 Kazuistika 5

2.5.1 ANAMNÉZA

Podmínky situace: podzimní období, 10 stupňů Celsia, víkendový den

Místo situace: městská periferie, prostranství před rodinným domem

Zdravotnické zařízení: psychiatrická nemocnice vzdálená 15 km

2.5.2 KATAMNÉZA

22:40

Volání na tísňovou linku 155. Volá rodina, syn přišel domů z nějaké oslavy, byl agresivní, ničí zařízení v domě. Otec byl nucen přivázat syna švihadlem k venkovní lampě. Nyní je již klidnější, ale otec neví co s ním dělat, bojí se ho rozvázat. Synovi je 25 let. Zdravotnické operační středisko posílá na místo události posádku RZP.

22:55

Příjezd posádky na místo události. Před rodinným domem je mladý muž, mající na sobě pouze trenýrky, připoután švihadlem k pouliční lampě a usmívá se. Vedle lampy, ve vstupu do zahrady k rodinnému domu, stojí pacientova matka s otcem a sestrou. Záchranář přichází k rodině pacienta a vyptává se jí, co se stalo. Otec odpovídá, že se syn vrátil z nějaké oslavy, byl úplně nepříčetný a křičel na rodinu, že jsou jen obyčejní materialisti. Syn chodil po obývacím pokoji, shodil ze stolku televizi a rádio, protože je to prý k ničemu, v téhle době jsou totiž všichni materialisti a bohužel i jeho rodina. Televizi a rádio prý nepotřebují, jsou to pouze moderní výtvarky a lidé si pak neváží sami sebe. Otec se snažil syna zarazit, nejdříve slovně. Syn na to nereagoval a hodil budíkem o zeď obývacího pokoje. Otec neviděl jiné řešení než vyhodit syna před rodinný dům. Syn byl v afektu vyhozen z domu pouze v trenýrkách. Syn se ovšem vrátil zpátky do domu a křičel na rodinu, že jsou ignoranti, měli by se nad sebou zamyslet a začít normálně žít. Otec vzal z vedlejšího pokoje švihadlo, vytáhnul syna ven před dům a přivázel ho k lampě. Udělal to kvůli tomu, aby se na něj nemusela rodina dívat a aby se uklidnil. Takto přivázan tam byl syn asi půl hodiny, bylo to bez efektu, proto otec zavolal na tísňovou linku 155. Nevěděl totiž, co jiného se synem dělat a bál se ho odvézt. Podle otce syn pracuje v čajovně, kde začal kouřit marihuanu. Poslední dobou jí prý kouří velice často. Otec to z něj cítí a syn se tím netají, přichází tak totiž na jiné myšlenky. Takto divný ale syn ještě nebyl.

Záchranář se přesouvá k pacientovi, zdraví ho a ptá se na to, co se stalo. Pacient

mu s úsměvem na rtech odpovídá klidným tónem, že vůbec o nic nejde. Rodina ho vůbec nepochopila, protože to jsou ignoranti. Snažil se jim vysvětlit, v čem žijí. Záchranář se ptá pacienta, jak se cítí. Na to mu odpovídá, že naprosto výborně, je mu fajn. Nechápe, proč jeho rodina tak vyšiluje, chtěl si s nimi jen promluvit. Na dotaz záchranáře, zda užil nějakou látku, odpovídá, že ano. Měl dneska pár jointů, jen tak do pohody. Záchranář pacientovi vysvětluje situaci, že ho musí odvézt na psychiatrické oddělení. Pacient souhlasně přikyvuje, rád zmizí od rodiny a bude mít alespoň na chvíli klid. Řidič pacienta odvažuje, záchranář stojí před pacientem. Pacient s posádkou RZP odchází k sanitce.

23:15

Příprava k transportu pacienta. Ve chvíli, kdy se pacient přiblížil k sanitnímu vozu, se otáčí a utíká od sanitního vozu pryč. Záchranář běží za ním a po dvaceti metrech ho dobíhá, pouze ho chytá za paži a pacient bez jakéhokoliv odporu zastavuje. Záchranář se ho ptá, co to dělá. Pacient se usmívá a odpovídá, že nic, jen mu to přišlo jako dobrý nápad. Záchranář mu vytýká, že mu to jako moc dobrý nápad nepřipadá a táže se ho, jestli je tedy ochotný odjet na psychiatrii. Pacient odpovídá klidným tónem, že určitě ano, nemá s tím problém. Na dotaz záchranáře, zda má ještě v plánu útěk, tvrdí že ne. Pacient je posazen na nosítka do polosedu a připoután. Záchranář si sedá vedle pacienta do zadní části sanitního vozu, řidič si sedá do přední části vozu.

23:30

Zahájen transport do psychiatrické nemocnice. Transport probíhá v klidu, pacient se dívá z okénka sanitního vozu a odpovídá záchranářovi na otázky k anamnéze.

23:45

Předání pacienta na oddělení. Dezinfekce sanitního vozu a doplnění materiálu.

2.5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE

Zdravotnické operační středisko vyhodnotilo situaci a rozhodlo se o vyslání pouze posádky RZP bez asistence policie.

Záchranář na místě události nejdříve zkontroloval situaci, ve které se pacient nacházel, poté šel odebrat anamnézu od rodiny.

Po odebrání anamnézy se přemístil k pacientovi a odebral základní informace od pacienta, ten byl komunikativní a působil klidně.

Pacient zodpověděl záchranářovi všechny otázky, byl klidný, a proto bylo rozhodnuto o rozvázání pout ze švihadla a následnému transportu.

Před nástupem do sanitního vozu pacient utíká, nebyl nikým hlídán. Během transportu byl pacient připoután pouze bezpečnostními pásy.

2.5.4 DISKUZE

Rodina sdělovala operačnímu středisku, že syn ničí domácí spotřebiče a že je agresivní. I přesto nebyla na místo události zavolána policie. Mohla tak být ohrožena posádka RZP. Při rozhovoru pacienta se záchranářem, byl pacient klidný a usmíval se, ale záchranář věděl od rodiny, že u pacienta proběhla jistá změna chování a byl agresivní. Bylo by vhodné požádat operační středisko o doprovod policie. Pacient byl klidný, ale byl spoután, nemůžeme si být jisti, jak se zachová po odpoutání. Útěk pacienta byl nejspíše bezúčelný, pramenící ze změny chování, mohla však být napadena rodina, nebo se mohl pacient posádce RZP ztratit. Z pohledu záchranáře je pochopitelné položit pacienta na nosítka a použít bezpečnostní pásy, riskoval však možné napadení pacientem, vše by bylo vyřešeno asistencí policie.

2.5.5 ZÁVĚR

Zejména u agresivních a psychotických pacientů je potřeba myslet na vlastní bezpečnost záchránců. Posádka RZP má vždy možnost požádat operační středisko o asistenci policie. Klidný pacient po proběhnuté změně chování bývá často psychicky labilní a jeho chování se může ve vteřině změnit, na to musí záchranář vždy myslet.

3 DISKUZE

Problematika komunikace s psychiatrickými pacienty je velice rozporuplná. Jsou dostupné literární prameny rozebírající diagnostiku psychiatrických pacientů a jejich obvyklou terapii. Samotný proces komunikace a fáze prvního střetu s nimi však budeme hledat obtížně. Často se setkáme v učebnicích přednemocniční medicíny pouze se základními pravidly, jak se v takové situaci chovat a jak nejlépe zajistit pacienta. Chybí ovšem algoritmy pro vedení rozhovoru s těmito pacienty, které by mohly samy o sobě danou situaci vyřešit.

Absenci těchto pramenů vidím zejména v nemožnosti odhadnout průběh chování pacienta a tím i nemožnost jakkoliv promyslet konkrétní situaci dopředu. Komunikace s nimi se tedy bude zakládat na určitých všeobecných pravidlech, která jsem se snažil v této práci popsat, a na improvizaci zdravotníka, který bude této problematice vystaven.

V kazuistikách bylo rozebráno chování pacientů a chování posádek ZZS v konkrétních situacích. Ve všech případech byl patrný pokus o navázání komunikace ze strany posádek ZZS, jako první bod k vyřešení situace, dle obecných postupů. Bylo však patrné, že ne vždy je možné s psychiatrickým či agresivním pacientem komunikaci navázat. Ze strany pacienta v psychomotorickém neklidu může být vytvořena bariéra, která komunikaci znemožňuje, nereaguje ani na pokusy o empaticnost. V rámci vyřešení situace je pak nezbytné fyzické omezení, řídící se obecnými postupy. Průběh situace je však neodhadnutelný, vzniká zde prostor pro chyby, odlučuje se praxe od teorie a je potřeba improvizovat. Zdravotnický záchranář je pouze člověk a logicky v těchto situacích může chybovat. Není možné si utvořit dopředu konkrétní algoritmus. Neustálým zpětným rozebíráním proběhnuté situace je ovšem docíleno zanalyzování průběhu zásahu a pozastavení se nad chybami. Dále je možné se jim vyvarovat.

Cílem práce bylo rozebrat na těchto kazuistikách všechny proběhnuté intervence a najít optimální řešení dané situace. Vytvořit tak následné doporučení pro praxi. V diskuzích uzavírajících jednotlivé kazuistiky byly zanalyzovány chybné prvky v komunikaci a v následném řešení situace, a navržen ideálnější způsob, sloužící jako doporučení pro praxi. Cíle práce tak bylo dosaženo.

3.1 Doporučení pro praxi

Během své praxe u ZZS jsem byl několikrát účastníkem situace, kdy byli zdravotničtí záchranáři vystaveni komunikaci s psychiatrickým pacientem, případně jeho zadržení bez jakékoliv komunikace. Všechny situace proběhly v rozporu s teorií. Tento fakt jsem v této práci několikrát zmiňoval, je téměř nemožné postupovat pouze podle teoretických podkladů. Je však možné držet se alespoň základních bodů, které nás směřují k umírnění situace, či k nenavyšování agrese pacienta. Situace, kterým jsem byl přítomen, ovšem nesplňovaly základní kritéria správného zacházení a komunikace s psychiatrickými pacienty a byl patrný nárůst agrese u těchto pacientů a následné zhoršení oné situace.

Z toho vycházejí tyto doporučení pro zdravotnické záchranáře:

- seznámit se se základními psychiatrickými diagnózami, a všeobecně s myšlenkovými pochody psychiatrických pacientů v době jejich psychomotorického neklidu
- nepodceňovat smysl komunikace, včetně nonverbální, jakožto možného řešení situace
- při jakékoliv konfrontaci s psychiatrickými pacienty mít na zřeteli vysokou labilitu situace
- nezapomínat na pozitiva empatie
- dbát na vlastní bezpečnost, nepodceňovat situaci

Zároveň je potřeba neustálé následné edukace zdravotnických záchranářů v této problematice. Nejefektivnějším způsobem je zpětná analýza. Zde mají své místo konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky, kde jsou prezentovány proběhnuté kauzistiky a následně rozebrány. Je tím otevřen prostor pro diskuzi a zdravotničtí pracovníci tak mohou odhalit své chyby v jednání a přiučit se správným metodám. Konference tak právem spadají do celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, které je v neustálém vývoji nových poznatků a metod nezbytné.

ZÁVĚR

Komunikaci s psychiatrickými pacienty se v praxi nevyhneme. Při každém setkání proběhne mezi pacientem a zdravotníkem určitý druh interakce. Snažit se pochopit psychiatrického pacienta, vžít se do jeho situace a do jeho světa a znát alespoň základní pravidla jak s nimi mluvit, je polovinou cesty k vyřešení aktuálního problému. V případě schizofrenních pacientů musíme mít na mysli, že jsme pro ně z jakéhosi protisvěta, pokud s nimi nebudeme umět mluvit a jejich nepravdu jim budeme vyvracet, jen je v jejich myšlenkách utvrdíme. Ztratíme tak s pacientem kontakt a on s námi přestane spolupracovat.

U agresivních pacientů mohou být následky mnohem fatálnější a zodpovídat se z nich bude zdravotník. To platí zejména u autoagresivních pacientů. Není potřeba tuto problematiku studovat do nejmenších detailů, ale zapamatovat si alespoň pár základních zásad, kterých bychom se měli držet, není nic nemožného. V problematice psychiatrických pacientů může zachránit život pouze správný přístup a jednání s nimi.

SEZNAM LITERATURY

1. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Forenzní psychologie*. Plzeň, Aleš Čeněk, 2004. str. 431. ISBN 80-86473-86-4
2. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. 2. rozšířené vydání, Praha, Portál, 2004. str. 272. ISBN 80-7178-931-3
3. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013, 208 s. ISBN 978-802-4745-718.
4. DOBIÁŠ, Viliam, Táňa BULÍKOVÁ a Peter HERMAN. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., dopl. a preprac. vyd. Martin: Osveta, 2012, 740 s. ISBN 978-808-0633-875.
5. DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 178 s. ISBN 978-808-0632-588.
6. DUŠEK, Karel. *První pomoc v psychiatrii*. Praha, Grada, 2005. str. 176. ISBN 80-247-0197-9
7. GAY, Christian. *Bipolární porucha. Rady pro osoby a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha, Portál, 2010. str. 136. ISBN 978-80-7367-668
8. HÖSCHL, Cyril. LIBIGER, Jan. ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha, Tigris, 2002. str. 895. ISBN 80-900130-1-5.
9. MANU, Peter. *Handbook of Medicine In Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Publishing, 2006. str. 605. ISBN 1-58562-182-X
10. MOTLOVÁ, Lucie. KOUKOLÍK, František. *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha, Galén, 2004. str. 437. ISBN 80-7262-277-3
11. NĚMCOVÁ, Jitka. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha, Maurea, s. r. o., 2013. str. 106. ISBN 978-80-902876-9-3
12. PAULÍK, Karel. *Psychologické základy lidské komunikace*. Ostrava, elektronický učební text, 2007. str. 95.
13. POKORNÝ, Jiří. et. al. *Urgentní medicína*. Praha, Galén, 2001. str. 547. ISBN 80-7262-259-5
14. RABOCH, Jiří. ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. Praha, Galén, 2001. str. 622. ISBN 80-7262-140-8
15. RABOCH, Jiří. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha, Karolinum, 2012. str. 466.

ISBN 978-80-246-1985-9

16. RAHN, Ewald. MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha, Grada, 2000. str. 466. ISBN 80-7169-964-0

17. REMEŠ, Roman. TRNOVSKÁ, Silvia. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha, Grada, 2013. str. 240. ISBN 978-80-247-4530-5

18. THOMAS, David. *Police Psychology. A New Speciality and New Challenges for Men and Women in Blue*. Santa Barbara, Praeger, 2011. str. 171. ISBN 978-0-313-38728-9

19. TKÁČ, Juraj. *Komunikace s agresivním pacientem*. (přednáška na Pelhřimovském podvečeru). (online). Dostupné na: download.pelhrimovskypodvecer.cz/7s.4.1.pdf. (cit. 16. 7. 2013)

20. ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha, Karolinum, 1994. str. 192. ISBN 80-7184-494-2