

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**PŘÍSTUP K PSYCHIATRICKÉMU PACIENTOVI  
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**JANA KUBEČKOVÁ**

**Praha 2019**

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

**PŘÍSTUP K PSYCHIATRICKÉMU PACIENTOVI  
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Bakalářská práce

JANA KUBEČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

KUBEČKOVÁ Jana  
3AZZ

### Schválení tématu bakalářské práce

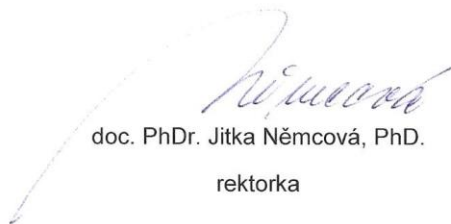
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Přístup k psychiatrickému pacientovi v PNP

*Approach to Psychiatric Patients in Prehospital Emergency Care*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za čas, vstřícnost a trpělivost při vedení této bakalářské práce. Dále děkuji mému manželovi Bc. Martinu Kubečkovi za rady, připomínky a neutuchající podporu během zpracovávání, za kterou děkuji i mé rodině. V neposlední řadě mé díky patří i zdravotnickým záchranářům za spolupráci a ochotu při poskytování rozhovorů pro praktickou část práce.

## ABSTRAKT

KUBEČKOVÁ, Jana. *Přístup k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční neodkladné péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2019. 63 s.

Tématem bakalářské práce je přístup k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční neodkladné péči. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce v úvodu vymezuje základní pojmy a zabývá se problematikou psychiatrické péče v České republice. Dále popisuje nejčastěji se vyskytující duševní poruchy v rámci přednemocniční neodkladné péče a zásady přístupu a komunikace s pacienty trpícími duševní poruchou. Praktická část je vedena formou rozhovorů se zdravotnickými záchranáři o jejich zkušenostech z výjezdů s psychiatrickými pacienty. Cílem práce bylo zjistit a identifikovat rizika, která mohou nastat při kontaktu s psychiatrickými pacienty v přednemocniční neodkladné péči. V souvislosti s riziky bylo dále zjišťováno, co zvyšuje pocit bezpečí u dotazovaných zdravotnických záchranářů při výjezdech k psychiatrickým pacientům. Výstupem praktické části práce je diskuze, kde jsou prezentovány výsledky průzkumu a z nich odvozeno doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Komunikace. Ošetřovatelství v psychiatrii. Přednemocniční neodkladná péče. Psychiatrický pacient.

## **ABSTRACT**

KUBEČKOVÁ, Jana. *Approach to Psychiatric Patients in Prehospital Emergency Care*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Prague. 2019. 63 pages.

The topic of this bachelor thesis is the approach to a psychiatric patient in the pre-hospital emergency care. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part at the beginning defines the used nomenclature and followingly focuses on psychiatric care issues in the Czech Republic. It also describes the most common mental disorders in the pre-hospital emergency care and the principles of the approach and communication with patients suffering from mental disorders. The practical part is conducted in the form of interviews with emergency healthcare professionals about their practical experience with psychiatric patients. The main objective of the thesis is to identify problems which paramedics most often encounter with this kind of patients. In connection with risks of care there was also investigated what increases the feeling of security at paramedics in contact with psychiatric patients. The outcome of practical part is discussion, where results are presented and from which recommendations for practice are formed.

### Keywords

Communication. Nursing in psychiatry. Prehospital emergency care. Psychiatric patient.

# OBSAH

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....</b>	<b>10</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>11</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>12</b>
<b>1 PSYCHIATRIE .....</b>	<b>15</b>
1.1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	15
1.1.1 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE .....	15
1.1.2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	17
1.2 KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY V PSYCHIATRII .....	18
<b>2 NEJČASTĚJŠÍ DUŠEVNÍ PORUCHY U PACIENTŮ V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI .....</b>	<b>20</b>
2.1 PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (F10-F19).....	20
2.1.1 AKUTNÍ INTOXIKACE (F1X.0).....	21
2.1.2 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ (F1X.1).....	21
2.1.3 SYNDROM ZÁVISLOSTI (F1X.2).....	21
2.1.4 ODVYKACÍ STAV (F1X.3).....	22
2.1.5 ODVYKACÍ STAV S DELIRIEM (F1X.4).....	22
2.1.6 PSYCHOTICKÁ PORUCHA (F1X.5).....	23
2.1.7 AMNESTICKÝ SYNDROM (F1X.6) .....	23
2.1.8 KOMORBIDITA A DUÁLNÍ DIAGNÓZY .....	23
2.2 SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPÁNÍ A PORUCHY S BLUDY (F20-F29).....	24
2.2.1 SCHIZOFRENIE (F20) .....	24
2.3 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY) (F30-F39) .....	25
2.3.1 MANICKÁ EPIZODA (F30) .....	26



2.3.2	DEPRESIVNÍ EPIZODA (F32) .....	26
2.4	NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY (F40-F48).....	27
<b>3</b>	<b>PSYCHIATRICKÝ PACIENT A JEHO OŠETŘENÍ V RÁMCI PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE ...</b>	<b>30</b>
3.1	VYŠETŘENÍ PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA .....	30
3.2	KOMUNIKACE S PSYCHIATRICKÝM PACIENTEM.....	31
3.3	PSYCHOFARMAKA UŽÍVANÁ V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI .....	32
3.3.1	DIAZEPAM (APAUIN) .....	33
3.3.2	HALOPERIDOL .....	33
3.3.3	KETAMIN .....	34
3.3.4	OXYTOCIN.....	34
<b>4</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
4.1	METODIKA PRÁCE.....	35
4.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU .....	36
4.3	ANALÝZA DAT .....	36
4.4	ROZHOVORY.....	37
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>51</b>
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	54
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>60</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amnézie – částečná nebo úplná ztráta paměti

Antiemetikum – lék tlumící zvracení

Antikonvulzivum – lék proti křečím centrálního původu

Anxiolytikum – lék odstraňující úzkost

Bradykardie – zpomalení srdeční frekvence

Hypotenze – nízký krevní tlak

Hypotermie – podchlazení

Intramuskulární – mezisvalový

Intravenózní – nitrožilní

Kardiomyopatie – onemocnění srdeční svaloviny myokardu

Myorelaxancia – léky snižující napětí tonus svalů

Sedace – zklidnění

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CDZ.....	Centrum duševního zdraví
DMS.....	Diagnostický a statistický manuál duševních chorob
HZS.....	Hasičský záchranný sbor
i.m.....	intramuskulární
i.v.....	intravenózní
MKN.....	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MZČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NUDZ.....	Národní ústav duševního zdraví
PČR.....	Police České republiky
PNP.....	přednemocniční neodkladná péče
UPV.....	umělá plicní ventilace
VOŠ.....	vyšší odborná škola
WHO.....	World health organization (Světová zdravotnická organizace)
ZZ.....	zdravotnické zařízení
ZZS.....	Zdravotnická záchranná služba

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009)

# ÚVOD

Duševní onemocnění provází lidstvo již od počátku. Od chvíle, kdy začal člověk myslet, objevovaly se také poruchy související s myšlením. Dlouho se však tyto poruchy považovaly za šílenství nebo prokletí. Až od 18. století se začalo na psychiatricky nemocné pacienty nahlížet jako na skutečně nemocné. V dnešní době je již psychiatrie velmi dynamicky se rozvíjející obor. To je z části dáno faktem, že pacientů s duševní poruchou v posledních letech dramaticky přibývá. Často je to připisováno vzrůstající hustotě zalidnění a rychlosti dnešní doby. Se vzrůstající četností psychiatrických pacientů narůstá také počet výjezdů zdravotnické záchranné služby k těmto pacientům. Pro záchranáře jsou tyto výjezdy svou specifícností mnohdy náročné. V rámci vzdělávání jsou sice teoreticky připraveni na péči o psychiatrického pacienta, praxe však vyžaduje zkušenosti a trpělivost.

Teoretická část práce se v úvodní kapitole věnuje vymezení pojmů psychiatrie a duševní porucha. Mapuje problematiku psychiatrické péče v České republice a přináší informace o její organizaci. Další kapitola se zabývá nejčastějšími psychiatrickými poruchami, se kterými se můžou záchranáři na výjezdech setkat. Nakonec byla zařazena kapitola věnující se přístupu k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční péči, kde jsou popsány zásady správného přístupu a komunikace a představena psychofarmaka užívaná v přednemocniční péči. Teoretická část práce poskytovala východiska pro tvorbu praktické části práce.

Praktická část práce je tvořena rozhovory se zdravotnickými záchranáři o jejich zkušenostech z praxe týkajících se výjezdů k psychiatrickým pacientům. Analýzou dat z rozhovorů byly vyhodnoceny výsledky průzkumu, ty byly následně porovnány s výstupy z jiných prací.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

**Cíl 1:** Formulovat podklady k problematice psychiatrických pacientů v přednemocniční péči.

## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zjistit, u dotazovaných zdravotnických záchranářů, jaká rizika mohou nastat při kontaktu s psychiatrickými pacienty v přednemocniční péči.

**Cíl 2:** Identifikovat rizika při kontaktu dotazovaných zdravotnických záchranářů s psychiatrickými pacienty.

**Cíl 3:** Zjistit, co zvyšuje pocit bezpečí u dotazovaných zdravotnických záchranářů při kontaktu s agresivními psychiatrickými pacienty.

### **Vstupní literatura**

1. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
3. PAPEŽOVÁ, Hana, 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
4. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
5. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

### **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Přístup k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční neodkladné péči, proběhlo v časovém období od října 2017 do dubna 2018. Pro vyhledávání byl využit katalog Národní lékařské knihovny, Souborný katalog ČR, Databáze vysokoškolských kvalifikačních prací, Online katalog NCO NZO a elektronická databáze Jednotná informační brána.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: psychiatrický pacient, přednemocniční neodkladná péče, komunikace, ošetrovatelství v psychiatrii. V jazyce anglickém byly těmito slovy: psychiatric patient, prehospital emergency care, communication in psychiatry.

Definované období pro vyhledávání odborných publikací bylo do roku 2008 po současnost. Jazykové vymezení zahrnovalo češtinu a slovenštinu. Hlavním kritériem pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské přehledové práce bylo – odborné publikace (meta-analýza, systematický přehledy nebo randomizovaná kontrolovaná studie), tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce, publikace s nízkým stupněm důkaznosti (odborné názory jednotlivců, kazuistiky) nebo duplicitní nálezy publikace.

# 1 PSYCHIATRIE

*Psychiatrie (řecky psyché – duše, iatreia – lékařství) je vědní a klinická disciplína zabývající se diagnostikou a léčbou duševních poruch (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012, s. 13). Společně s oborem psychopatologie zkoumá základní oblasti lidské psychiky. Řeší otázky vědomí, vnímání, emocí, myšlení a jednání jedinců. K zájmům psychiatrie patří také problematika etiopatogeneze, způsobů vyšetření, rehabilitace a prevence duševních onemocnění a stavů (OREL, 2016).*

Duševní porucha vyjadřuje opak duševního zdraví. To je stavem duševní a sociální pohody. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je pojem duševní porucha definován jako stav se zjevnou poruchou duševní činnosti, která je ve svých klinických projevech natolik specifická, že se podle vhodně zvolených kritérií stává rozpoznatelnou. Zároveň je natolik závažná, že zpřičiňuje ztrátu pracovní schopnosti nebo sociální kapacity, v některých případech obojí. V současné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se již nerozlišuje dřívější dělení na duševní nemoci (neurózy a psychózy) a trvalé duševní poruchy (specifické poruchy osobnosti, mentální retardace). Pro terminologické a diagnostické ulehčení byl nadřazen pojem duševní porucha pro všechna psychiatrická onemocnění (RABOCH a kol., 2011).

## 1.1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Péče o pacienty s duševní poruchou je v České republice realizovaná prostřednictvím provázané sítě služeb. Základem sítě je ambulantní, lůžková a komplementární péče v psychiatrických zařízeních. Neodmyslitelná je spolupráce jednotlivých složek mezi sebou, ale i propojenost a návaznost psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb (OREL, 2016).

### 1.1.1 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

#### 1.1.1.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Základním článkem systému psychiatrické péče jsou psychiatrické ambulance. Zaměřují se na prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci. Ve velké míře jsou místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí, která velmi často bývá dlouhodobá a kontinuální. Ambulantní psychiatr koordinuje pacientovu péči v oblasti psychiatrických

a následných zdravotně-sociálních služeb, v případě nedostatečnosti ambulantní léčby indikuje hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení. V systému ambulantní péče existují specializovaná pracoviště zaměřená na děti a dorost, gerontopsychiatrii, léčbu a prevenci závislostí, sexuální deviace, poruchy příjmu potravy, substituční centra a jiné. Počet pacientů v péči ambulantní psychiatrie kontinuálně roste. Mezi lety 2000 a 2011 byl nárůst ošetřených pacientů o 54 %, počty pracovníků a specialistů v oboru takto významně nepřibývají a v důsledku toho jsou ambulance přetíženy (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014), (SCHEFFLER, 2008).

### 1.1.1.2 LŮŽKOVÁ PÉČE

U řady psychiatrických onemocnění a stavů je hospitalizace nezbytná. Lůžkovou péči zajišťují psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky ve fakultních nemocnicích a psychiatrické nemocnice (dříve léčebny). Dle typu dělíme lůžkovou péči na akutní a následnou (OREL, 2016).

- **Akutní lůžková péče** – Péče poskytovaná neprodleně po vzniku nebo zhoršení stavu pacienta s duševní poruchou. Přijímání jsou pacienti s jakoukoliv psychopatologií z celého diagnostického spektra. Úlohou akutní péče je včasné provedení komplexní diagnostiky, nastavení medikace a zajištění odpovídající návazné péče. K dispozici je nepřetržitá laboratorní i zobrazovací metoda vyšetření a konziliární služba.
- **Následná lůžková péče** – U pacientů byl již ukončen diagnostický proces a nastavena terapie, jejich stav ale neumožňuje propuštění do domácí péče s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociálních služeb.
- **Specializovaná lůžková péče** je zaměřena na určitou diagnózu, věk pacientů nebo způsob léčby (např. léčba závislosti, gerontopsychiatrické oddělení, psychoterapeuticky zaměřená léčba). Poskytovaná péče na těchto odděleních může být akutní i následná (OREL, 2016), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

### 1.1.1.3 KOMPLEMENTÁRNÍ PÉČE

Tato forma péče bývá nazývána též intermediární nebo komunitní. Je brána jako mezistupeň mezi hospitalizací a ambulantní péčí, nebo na ně navazuje. Tvoří rozsáhlý soubor služeb, programů a zařízení, jejichž snahou je zajistit pacientům s duševní poruchou žít v podmínkách běžného života tak, aby byly naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Do této oblasti potřeb spadají služby na podporu



bydlení (chráněné bydlení, komunitní bydlení), práce a zaměstnání (chráněné dílny) a služby na podporu volného času a sociálních kontaktů (denní stacionáře, centra denních aktivit) (OREL, 2016), (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

### **1.1.2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE**

Od počátku 90. let 20. století neprodělala psychiatrická péče v České republice žádné zásadní systémové změny a dlouhodobě se potýká s podfinancovaností. Stávající koncept péče se opírá o materiálně a technicky zastaralá psychiatrická zařízení, pacientům nezajišťuje dostatečnou možnost pobývání ve vlastním prostředí. Síť služeb poskytovatelů psychiatrické péče je nerovnoměrně rozložená a neumožňuje pacientům stejné podmínky pro léčbu (ANDERS, 2017).

Obecným záměrem reformy je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Mezi specifické cíle reformy patří:

- Zvýšení kvality péče systémovou změnou jejího poskytování.
- Zlepšení koordinace zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Zefektivnění péče včasnou diagnostikou a rozpoznáním skryté duševní poruchy.
- Zvýšení úspěšnosti začleňování duševně nemocných do společnosti.
- Omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie.
- Zvýšení spokojenosti pacientů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Humanizace psychiatrické péče (MZČR, 2013).

Reorganizaci péče popisuje koncepční dokument Strategie reformy psychiatrické péče, schválený ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2013. Reforma bude probíhat v několika etapách a podle zkušeností z jiných zemí potrvá 15 až 20 let. Do roku 2021 budou v první fázi zahájeny nezbytné systémové změny, z nichž nejvýraznější bude vznik a rozvoj Center duševního zdraví (CDZ), rozšíření ambulantních pracovišť a vybudování psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. Součástí procesu přeměny péče budou aktivity spojené se vzděláváním zdravotnických i nezdravotnických pracovníků a destigmatizační a osvětové kampaně pro širokou veřejnost (ANDERS, 2017), (MZČR 2013).

Jednou z takovýchto aktivit je i projekt realizovaný s finanční podporou EU s názvem Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/007276, realizovaným Národním ústavem duševního zdraví, jehož součástí je i iniciativa NA ROVINU. Tato iniciativa usiluje o snížení destigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním, vede ke zlepšení gramotnosti a přístupu k duševnímu zdraví a je další součástí reformy psychiatrické péče v ČR. Vytváří prostředí, kde se na rovinu mluví o duševním zdraví, právech lidí duševně nemocných, staví na roveň duševní zdraví se zdravím fyzickým a vyrovnává vztah profesionála s člověkem duševně nemocným. Cílem iniciativy je celkově přispět ke zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním v naší společnosti (NUDZ, 2017).

Reforma psychiatrické péče má za cíl vybudovat i nový spolehlivý systém komunitní péče pro duševně nemocné. Od poloviny roku 2018 již funguje pět nových Center duševního zdraví a dalších patnáct by se mělo otevřít během roku 2019. Ministerstvo zdravotnictví plánuje vybudování těchto center v každém regionu. CDZ představují revoluční změnu v systému péče o duševně nemocné, významně se tak zvýší kvalita péče o duševně nemocné. Cílovou skupinou center jsou především pacienti s vážnými duševními onemocněními, zejména s těžkým průběhem schizofrenních onemocnění či bipolární afektivní poruchou. Tito pacienti jsou nejvíce ohroženi institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Model péče podobný CDZ již několik let běžně funguje v zahraničí, přičemž byla prokázána jeho nesporná efektivita (ŠTĚPANYOVÁ, 2018).

## **1.2 KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY V PSYCHIATRII**

Proces klasifikace poznatků a zkušeností v medicínských disciplínách je určitým zjednodušením, zobecněním a vymezením v pestré škále patologií. Klasifikační systémy poskytují společný komunikační prostředek pro pracovníky a odborníky v daném oboru. Definují jasná diagnostická kritéria stanovená za základě dohody. S přibývajícím znalostmi se systémy stále vyvíjejí a zpřesňují, některé diagnostické jednotky se objevují nově, jiné zanikají (OREL, 2016).

Celosvětově se užívají dva systémy klasifikací v psychiatrii. V Severní Americe, většině zemí Jižní Ameriky, v Austrálii a na Novém Zélandu se oficiálně vychází z Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob (DSM) garantovaného Americkou psychiatrickou společností, od roku 2013 po 5. revizi (DSM-V). Za druhou klasifikaci zodpovídá Světová zdravotnická organizace, nazývá se Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, zkráceně pak

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Oba systémy se navzájem ovlivňují a doplňují (OREL, 2016).

V České republice je od roku 1993 platná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), její poslední aktualizace proběhla v roce 2013. U každé kategorie MKN-10 je uveden klinický popis, diagnostická kritéria, vylučující znaky a prvky diferenciální diagnostiky. Psychiatrii se věnuje V. kapitola označená písmenem F, obsahující těchto 10 oddílů:

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70–F79 Mentální retardace
- F80–F89 Poruchy psychického vývoje
- F90–F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

(RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012), (MKN-10, 2008).

## **2 NEJČASTĚJŠÍ DUŠEVNÍ PORUCHY U PACIENTŮ V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Kapitola se věnuje nejčastějším duševním poruchám, se kterými se záchranáři setkávají při výjezdech v rámci poskytování přednemocniční péče. Výběr onemocnění je zaměřen na dospělé psychiatrické pacienty trpící těmito poruchami.

### **2.1 PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (F10-F19)**

Jako psychoaktivní (psychotropní) látky se označují ty, které nějakým způsobem ovlivňují psychickou činnost. Pojem droga se vžil v užším smyslu spíše s užitím nelegální látky. Do této kapitoly se řadí poruchy, které jsou vyvolané užíváním psychoaktivních návykových látek, které vyvolávají závislost. Závislosti dále můžeme dělit na psychické a fyzické. Fyzickou závislostí rozumíme stav, při kterém dojde po vysazení látky k rozvoji nepříjemných tělesných příznaků. Charakter těchto příznaků velmi závisí na užití látky. Jde však převážně o vegetativní příznaky, zpravidla bolesti, křeče, epileptiformní záchvaty a jiné. Psychickou závislostí označujeme touhu opakovaně si navozovat příjemné stavy způsobené návykovou látkou. Tyto stavy zahrnují euforii, pocit zvýšené výkonnosti a sebevědomí, příjemné snění, neobvyklé prožitky a další. Psychická závislost zpravidla překonává v délce závislost fyzickou (PAVLOVSKÝ, 2012).

Identifikace, o jakou psychoaktivní látku se jedná, by měla být založena na tolika informačních zdrojích, kolik je jen možné. Samozřejmostí jsou anamnestické údaje získané od pacienta, dále analýza krve nebo jiných tělesných tekutin, charakteristické somatické a psychické příznaky a klinické znaky a chování. Dalším důležitým vodítkem jsou drogy nalezené u pacienta nebo informace získané od třetích osob. Problémem může být fakt, že mnoho pacientů bere více než jeden druh psychoaktivní látky. Mezi klinické stavy, které se mohou objevit v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek jsou:

- a) akutní intoxikace,
- b) škodlivé (nebezpečné užívání),
- c) syndrom závislosti,
- d) odvykací stav (s deliriem a jiné),
- e) psychotická porucha,
- f) amnestický syndrom (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

### **2.1.1 AKUTNÍ INTOXIKACE (F1X.0)**

Jedná se o stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, emotivity, chování případně jiných psycho-fyziologických funkcí. Poruchy jsou vyvolány přímým působením látky a časem mizí s úplným návratem nebo s komplikacemi, pokud došlo k poškození tkání. Mezi komplikace počítáme trauma, aspiraci zvratků, delirium, kóma, křeče případně další zdravotní obtíže. Původ a charakter komplikací je závislý na způsobu a charakteru užití substance (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

### **2.1.2 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ (F1X.1)**

Je to takový vzorec užívání, při kterém dochází k poškození zdraví. To může být způsobeno jak látkou samotnou nebo způsobem její aplikace či užití. Musí být přítomné jasné poškození zdraví duševního nebo tělesného charakteru. Tato diagnóza se však neužívá v souvislosti se syndromem závislosti. Poškození může být dvojího charakteru. Somatické, mezi které řadíme například hepatitidu při injekčním podání nebo psychické například u epizod sekundární deprese. U nás rozšířený termín abúzu, který znamenal společensky nepřijatelné nadměrné užívání látek (ať už legálních nebo nelegálních) byl z MKN-10 pro nejasnost významu a definice vypuštěn (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

### **2.1.3 SYNDROM ZÁVISLOSTI (F1X.2)**

*Syndrom závislosti je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silnou touhu užít drogu, porušené sebeovládání a kontrolu při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav* (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013, s. 303). Syndrom závislosti může být specifický pro určité psychoaktivní substance (například tabák, alkohol), pro skupiny látek (například opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Určení diagnózy se řídí průběhovou variantou poruchy. V případě, že se jedná o aktuální abstinenci, je blíže charakterizována typem remise. Uvádí se přítomnost somatického onemocnění (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

Craving (z anglického touha, nutkání) hraje při vzniku závislosti klíčovou roli. Tento jev bývá také uváděn jako klíčovou charakteristikou syndromu závislosti. Význam cravingu vyplývá ze skutečnosti, že jeho projevem nebývá jen chuť na psychoaktivní látku. Výrazný podíl také nesou některé další projevy závislosti jako například zhoršené sebeovládání, neschopnost poučit se z negativní zkušenosti, respektive upravit podle ní svoje chování. Navíc má craving velmi zásadní podíl na intenzitě prožívání odvykacího stavu. Projevuje se jako touha po opětovném požití látky, které by mělo zmírnit odvykací obtíže. Tento druh cravingu má důležitý diagnostický význam. Na biologické úrovni bývá craving popisován jako převaha aktivity některých podkorových struktur, zodpovědných mimo jiné za emoční odpověď nad kontrolní činností mozkové kůry (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2008).

#### **2.1.4 ODVYKACÍ STAV (F1X.3)**

Odvykacím stavem rozumíme soubor somatických a psychických příznaků různého seskupení a závažnosti. Vyskytují se jak při absolutním (vysazení látky) tak při relativním (významné redukci užívání látky) odvykání po jejím dlouhodobém nadužívání. Nástup i průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a jsou odvislé od typu psychoaktivní látky, délky jejího užívání a dávky, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován deliriem nebo křečemi (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

Závislost na více psychoaktivních látkách je velmi častá. Zpravidla existuje látka, kterou považujeme za hlavní, například heroin a k ní se přidávají navíc třeba benzodiazepiny nebo THC. Při odvykání dochází k vysazení hlavní látky, která se nahrazuje látkou substituční nebo dochází k léčbě symptomatické. Přidatné látky se snižují pozvolna (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

#### **2.1.5 ODVYKACÍ STAV S DELIRIEM (F1X.4)**

Jedná se o zvláštní případ odvykacího stavu, charakterizovaný kvalitativní poruchou vědomí. Delirium se projevuje celkovým psychomotorickým neklidem, dezorientací, iluzivním vnímáním, někdy epileptiformními záchvaty a tremorem. Na deliriózní stavy bývá často úplná nebo ostrůvkovitá amnézie (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

### **2.1.6 PSYCHOTICKÁ PORUCHA (F1X.5)**

Je to soubor psychotických fenoménů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm. Tyto fenomény však nelze vysvětlit pouze jako akutní intoxikaci a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými), percepčními zkomoleninami, bludy, psychomotorickými poruchami a abnormálním afektem. Ten se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až po extázi. Vědomí bývá zpravidla jasné. Trvání bývá delší než 48 hodin, odeznívá zpravidla do 6 měsíců. Do této kategorie se řadí alkoholická psychotická porucha (halucinóza, žárlivost, paranoia) (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

### **2.1.7 AMNESTICKÝ SYNDROM (F1X.6)**

Syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i dávné skutečnosti. Bezprostřední vybavování bývá zachováno a krátkodobá paměť je typicky více postižena než paměť dlouhodobá. Narušení subjektivního vnímání času a řazení událostí jsou obvykle zřejmé, je porušena schopnost učit se novému. Konfabulace (vyplňování mezer v paměti prchavými nebo nekonzistentními smyšleninami) může být přítomna, ale není to pravidlem. Jiné kognitivní funkce mohou být zachovány relativně dobře a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám. Řadí se sem amnestická porucha vyvolaná drogami nebo alkoholem, Korsakovova psychóza nebo syndrom vyvolané alkoholem anebo i jinou psychoaktivní substancí (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

### **2.1.8 KOMORBIDITA A DUÁLNÍ DIAGNÓZY**

*Podle ředitele americké National Institute on Drug Abuse trpí 30-60 % osob zneužívající návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou* (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013, s. 340).

Nejčastěji se se závislostí na psychoaktivní látce setkáváme u depresivních poruch, poruch příjmu potravy, u sociální fobie, posttraumatické stresové poruchy, a to v mnohem větší míře než v populaci, která netrpí žádnou duševní poruchou. Na druhé straně závislost na psychoaktivní látce druhotně manifestuje duševní potíže. Pacient však může být závislý i na dvou a více návykových látkách (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

V případech, kdy pacient již trpí nějakým duševním onemocněním a k tomu má i další diagnózu z oblasti návykových látek, je nutný specifický přístup. V zahraničí často mají pro tyto nemocné specifické komunity nebo oddělení přizpůsobené schopnostem a potřebám těchto nemocných. V ČR je tento přístup spíše výjimečný (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

## **2.2 SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPÁNÍ A PORUCHY S BLUDY (F20-F29)**

### **2.2.1 SCHIZOFRENIE (F20)**

Schizofrenie patří mezi hlavní představitele psychotických duševních poruch. Tyto poruchy jsou charakterizované přítomností takzvaných psychotických příznaků, což jsou bludy a změny myšlení (RABOCH a kol., 2011).

Příčina vzniku schizofrenie doposud není zcela zřejmá a předpokládá se spolupůsobení několika faktorů. Podle současných teorií jsou vlastní příznaky schizofrenie způsobeny narušením rovnováhy ve funkci neurotransmiterů, konkrétně se předpokládá nadbytek dopaminu. Někteří autoři hovoří o takzvané teorii mlčících lézí. U nich je předpoklad vzniku schizofrenie v drobném narušení mozkové tkáně například při infekci nebo porodu. Toto poškození se prvotně neprojeví, protože postižená část mozku není v určitém období vývoje plně využívána, respektive funkčně zapojena. Teprve v období, které klade na mozek zvýšené nároky (dospívání nebo určitá stresová zátěž), může funkce této postižené oblasti mozku chybět a toto se projeví vznikem poruchy. Tato teorie by dobře vysvětlovala, proč onemocnění nastupuje zpravidla v časně dospělosti (RABOCH a kol., 2011).

Onemocnění zpravidla zasahuje osoby v mladém až středním věku. Vyřazuje je z aktivního života a brání jim ve vykonávání povolání. Poměr výskytu z hlediska pohlaví je potom 1:1. Častější výskyt onemocnění v nižších socioekonomických skupinách je pravděpodobně způsoben společenským úpadkem nemocných, kteří přestávají zvládat nároky zaměstnání nebo pod vlivem onemocnění přestávají věnovat pozornost důležitým aspektům života. Velká část nemocných je kvůli svým obtížím plně invalidizována a důchod se pro ně stává jediným zdrojem příjmů. Jen v ojedinělých případech se nemocní vracejí zpět do normálního života a do zaměstnání. Onemocnění přináší příkoří nejen



postiženým, ale mnohdy i jejich rodinám a blízkým. Zároveň má onemocnění značné socioekonomické dopady na celou společnost (RABOCH a kol., 2011).

Pod širokým pojmem schizofrenie se skrývá skupina závažných duševních nemocí. Jejich společným znakem je výrazné a typické narušení vnímání a myšlení, přičemž emotivita mnohdy neodpovídá situaci nebo je oploštěná. Vědomí a intelektuální kapacita obvykle zůstávají zachovány, i když časem může docházet ke kognitivnímu deficitu. Onemocnění narušuje většinu základních funkcí, které propůjčují jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly. Postižený často nabývá pocitu, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známa jiným osobám nebo je jimi sdílena. Často se tak rozvíjejí bludy, které tento pocit vysvětlují jako následek přirozených a nadpřirozených sil. Ty mohou ovlivnit činy jedince často až bizarním způsobem. Někdy okolí vnímá tyto změny jako takzvaný životní zlom (RABOCH a kol., 2011).

Postižení jedinci si mohou stěžovat na poruchy myšlení nebo soustředění, slyšení hlasů, podivná nebo bizarní přesvědčení (kupříkladu že vládnou nadpřirozenými silami), nezvyklé tělesné stesky. Naproti tomu okolí postiženého mnohdy získá podezření na nemoc u jeho nezvyklé netečnosti, uzavřenosti, nezájmu o běžný život, zhoršeným hygienickým návykům nebo často i kvůli neobvyklému chování postiženého. U schizofrenie bývají často porušeny následující složky psychiky: myšlení, vnímání, vůle, nálada, chování a pozornost (RABOCH a kol., 2011).

Podle současné klasifikace rozlišujeme tyto typy schizofrenie:

- a) paranoidní schizofrenii (F20.0),
- b) hebefrenní schizofrenii (F20.1),
- c) katatonní schizofrenii (F20.2),
- d) nediferencovanou schizofrenii (F20.3),
- e) postschizofrenní deprese (F20.4),
- f) reziduální schizofrenii (F20.5) a
- g) simplexní schizofrenii (F20.6) (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

### **2.3 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY) (F30-F39)**

Poruchy nálady patří mezi nejčastější duševní poruchy a postihují až pětinu populace. Ekonomické důsledky tohoto onemocnění jsou enormní. Ve vyspělých zemích představují deprese nejčastější příčinu ztráty pracovního uplatnění (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

Patologické změny nálad byly poprvé popisovány již ve starověkém Řecku. Hippokrates již ve 4. století před naším letopočtem popsal melancholii a mánii jako chorobné stavy související s hladinami černé a žluté žluči v mozku. Tyto pojmy se dále tradovaly i v Galenových spisech a arabské a židovské literatuře. Zlom nastal v 19. století, kdy byla popsána cyklofrenie, maniodepresivní psychóza. Touto chorobou trpěla i celá řada významných osobností, kupříkladu Ernest Hemingway či Ota Pavel (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

U afektivních poruch se setkáváme se dvěma syndromy – depresivními a manickými (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

### **2.3.1 MANICKÁ EPIZODA (F30)**

Tato epizoda zahrnuje několik podkategorií: Hypomanie (F30.0), Mánie bez psychotických příznaků (F30.1), Mánie s psychotickými příznaky (F30.2) a Jiné manické fáze (F30.8). Obecným charakteristickým příznakem mánie je zvýšená, expanzivní nálada spojená s nadměrnou podnikavostí. Pacienti trpí zvýšenou aktivitou a motorickým neklidem. Jsou velmi hovorní, snadno navazují nové známosti a mají sklony k nadměrnému užívání alkoholu a rizikovému sexuálnímu chování. Jejich fantazie je živá a bohatá, mají mnoho plánů, které ale nejsou schopni plnit (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

### **2.3.2 DEPRESIVNÍ EPIZODA (F32)**

Rozlišujeme čtyři základní typy depresivní epizody: lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. Stupňují se podle množství příznaků, které depresi provází. Mezi tyto příznaky patří depresivní smutná nálada, ztráta zájmů a schopnosti těšit se z věcí nebo aktivit, pokles energie a zvýšená únava. Dochází ke snížení schopnosti myslet, soustředit se a rozhodovat. Časté jsou myšlenky na sebevraždu, bezdůvodné výčitky a pocity viny. Dochází ke somatizaci potíží, které vedou k poruchám spánku, nechutenství, hubnutí, bolestem hlavy a dalším zdravotním komplikacím (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

U všech pacientů s afektivními poruchami je třeba brát v potaz výrazné riziko suicidálního jednání. Podle odhadů trpí v době dokonání svého suicidálního jednání až 90 % sebevrahů duševní poruchou, zpravidla depresí. Až polovina z nich před sebevraždou během posledního roku vyhledala odbornou lékařskou pomoc. Z toho

vyplývá nutnost pátrat po přítomnosti duševních chorob a suicidálních tendencích v disponované skupině pacientů. Je však třeba rozlišovat jednotlivé případy. Sebevražedné myšlenky má totiž mnoho pacientů, ale o skutečný akt sebevraždy se pokusí nebo ji dokoná jen malá část z nich. Je poměrně známým faktem, že žádná z duševních ani psychických chorob nebývá zpravidla dostatečným důvodem k volnému ukončení života. Mann navrhl model „vnitřních dispozic a akutního stresu“, který vysvětluje procesy vedoucí k sebevraždě. Mezi dispoziční faktory zařazuje genetické vlivy (dědičná zátěž afektivní poruchou nebo suicidálním jednáním), nepříznivé okolnosti v časném vývojovém stádiu jednotlivce (např. pohlavní zneužívání), přítomnost chronického onemocnění (rakovina, AIDS apod.), dlouhodobé zneužívání návykových látek a některé dietní faktory. Mezi stresové faktory Mann řadí akutní duševní choroby (bipolární a unipolární deprese, schizofrenii nebo některé poruchy osobnosti). Dále to mohou být intoxikace, jiné tělesné choroby, rodinné faktory (ztráta blízké osoby) a sociální faktory (finanční problémy, nezaměstnanost) (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2008), (PAPEŽOVÁ, 2014).

Předvídání suicidální aktivity je zpravidla velmi obtížné. Existuje totiž nebezpečí jak podhodnocení, tak nadhodnocení varovných signálů. Většina osob signalizujících sebevražedné jednání sebevraždu neuskuteční. Za nejvýznamnější fakta lze považovat suicidální sklony v rodinné anamnéze, zvýšené sklony k agresivitě a impulzivité, aktuální deprese a pocity beznaděje, suicidální úvahy spolu s připraveným plánem a dostupnými prostředky, aktuální zneužití návykových látek případně akutní intoxikace. U těchto pacientů je potřeba problematiku jejich zdravotního stavu řádně prodiskutovat (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2008), (PAPEŽOVÁ, 2014).

## **2.4 NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY (F40-F48)**

*Úzkostné poruchy mají v současné klasifikaci MKN-10 název podle charakteristického společného příznaku. Zahrnují úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoforní poruchy* (RABOCH, PAVLOVSKÝ A KOL., 2008, s. 105). Dříve byly tyto poruchy považovány za neurózy, byly kladeny do protikladu k psychóze (u ní dochází k hrubému narušení duševních funkcí a změnám ve vnímání reality) (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2008).

Úzkost a strach jsou nedílnou součástí běžných emocí, které člověk prožívá během svého života. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčina se zpravidla nedá blíže identifikovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které po delší době mohou vést k únavě nebo vyčerpání. Strach můžeme definovat jako emoční odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu existence tohoto nebezpečí. Za normálních podmínek mají důležitý ochranný a informační význam. V případě, že se úzkost rozvíjí nečekaně, hovoříme o spontánní úzkosti. Vyskytuje-li se za určitých okolností a její vznik se dá předem předpovědět, hovoříme o situační úzkosti. Rozvíjí-li se úzkost již při pouhé myšlence na určitou situaci, jedná se o anticipační úzkost (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

Úzkost neboli anxiety může mít pro organizmus adaptivní funkci. Zostřuje smyslové vnímání, mobilizuje energii, pomáhá bránit se nebo se vyhnout útoku útekem. Pokud nepřeroste určitou míru, může výkon dokonce zvyšovat. Nesmí se však objevovat příliš často, trvat příliš dlouho nebo být neadekvátní situaci a příliš intenzivní. Mírná úzkost a obavy jsou v běžném životě naprosto normální. Anxiety jako příznak je subjektivně velmi nepříjemný. Je to komplexní emoční stav s pocity obav, strachu, neklidu a pocitu ohrožení. Na rozdíl od fobie však nemá konkrétní obsah. Bývá spojena s pocity vnitřního napětí a vegetativními příznaky, zpravidla představovanými sympatikem. K rozvoji úzkostných poruch vede špatná adaptace na stresové podněty (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2008).

Úzkostné poruchy dělíme na 4 základní skupiny:

- a) úzkostné fobické poruchy (F40),
- b) jiné úzkostné poruchy (F41),
- c) obsedantně-kompulzivní poruchy (F42) a
- d) reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43) (RABOCH a kol., 2011).

U somatoformních poruch hrají důležitou roli psychologické problémy a konflikty. Ty se ovšem projeví opakovanými a různými somatickými stesky, bez známek poruchy periferních orgánů. Somatizace je tedy abnormální reakcí na psychický stres. Ta bývá velmi intenzivní a zprostředkovaná kvalitativně změnami tělesnými vjemy a projevy. Pro ty pacient hledá zpravidla medicínské vysvětlení. Podle odhadů končí v rukou praktického lékaře asi jedna pětina až polovina takových pacientů. Somatizace má za následek spotřebu 10 % celkové lékařské péče. Zpravidla jsou taková onemocnění

častá ve společnostech, která tolerují fyzické obtíže nemocných, zatímco psychické obtíže považují za projev selhání a neschopnosti řešit své problémy. Zároveň také tam, kde léčby specialisty vede často ke stigmatizaci postiženého (RABOCH a kol., 2011).

## **3 PSYCHIATRICKÝ PACIENT A JEHO OŠETŘENÍ V RÁMCI PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE**

### **3.1 VYŠETŘENÍ PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA**

V podmínkách přednemocniční péče je vyšetření pacienta základním předpokladem pro stanovení správné pracovní diagnózy. Na základě získaných informací o stavu pacienta, může být dále rozhodnuto, jak postupovat v poskytování péče, aby byl pacient co nejideálněji zabezpečen a jeho stav stabilizován. Při prvním kontaktu s pacientem by mělo proběhnout primární vyšetření. Tím během chvíle zjistíme, zda se pacient nenachází v jednom z možných život ohrožujících stavů. Pokud pacient komunikuje, můžeme předpokládat jeho zachovalé vědomí, dýchání a krevní oběh. Sekundární vyšetření je komplexnější a je zaměřené podrobněji na stav pacienta. Úkony při něm již nejsou život zachraňující a vyšetření může být na nezbytnou dobu přerušeno např. při přesunu pacienta do sanitního vozu nebo do soukromí. Podstatnou částí sekundárního vyšetření je anamnéza. Odběrem anamnézy bychom měli získat ucelené informace k závěrečnému stanovení pracovní diagnózy (REMEŠ, 2013).

Nedílnou součástí při odběru anamnézy je kontakt a spolupráce mezi vyšetřujícím a pacientem. Ne vždy se je ale podaří navázat. Často tento problém nastává u psychiatrických pacientů. Pod vlivem svého onemocnění mohou být agresivní a chovat se nepředvídatelně. Vhodné je takové situaci předcházet a zabránit možným příčinám jejího vzniku. Lze tak docílit správnou komunikací a jednáním s pacientem. V případě, že je pacient v akutním psychotickém stavu (trpí halucinacemi, bludy, mluví nesouvisle nebo je neklidný a úzkostný) a nelze s ním navázat kontakt, je nezbytná spolupráce s kolegy a případně i PČR, pokud již nebyla na místo zavolána. Anamnézu u takovýchto pacientů je možné odebrat od rodinných příslušníků, blízkých osob nebo od volajícího zdravotnickou záchrannou službu. K obvyklým anamnestickým údajům se snažíme zjistit, zda je nebo byl pacient léčen na psychiatrii, zda užívá nějaká psychofarmaka či je pod vlivem alkoholu nebo drog. U intoxikovaného pacienta zjišťujeme, o jakou psychoaktivní látku se jedná, v jakém množství a jakým způsobem byla podána a jak dlouho byl pacient vystaven její expozici (KUČEROVÁ, 2013), (DOBIÁŠ, 2012).

## 3.2 KOMUNIKACE S PSYCHIATRICKÝM PACIENTEM

Komunikace je nedílnou součástí při poskytování ošetrovatelské péče. Utváří vzájemný vztah mezi zdravotníkem a pacientem, může vést k získání důvěry a navázání spolupráce. To je předpokladem pro úspěšné vyšetření pacienta a následné stanovení diagnózy a léčby onemocnění, kterým trpí (ANDRŠOVÁ, 2012).

V podmínkách poskytování přednemocniční péče jsou limitující faktory, které mohou ztěžovat komunikaci a navazování vztahu s pacienty. Je to především stav pacienta. Ten se náhle ocitne v nové a neznámé roli nemocného a může to na něho působit stresujícím dojmem. Negativní roli zde hraje i čas a prostředí. Během výjezdu není vždy možné zajistit pacientovi dostatek soukromí, pocit bezpečí a prostor pro pochopení náhle nastalé situace. Samo onemocnění se svými projevy může narušit pacientovi běžné vzorce chování. Jeho myšlení a vnímání reality je zastřené. Je tomu tak u psychiatrických pacientů, kteří trpí různými duševními poruchami. Často se u nich setkáváme s projevy agrese, ať už vůči sobě nebo svému okolí. K napadení dochází až ve vyhrocených situacích, kterým se většinou dá předcházet dodržováním určitých pravidel a zásah pro přístup a komunikaci s agresivním pacientem. Není samozřejmostí, že psychiatrický pacient rovná se agresivní pacient. To závisí na povaze onemocnění, stavu pacienta a dalších faktorech. Jedním z faktorů vzniku agrese může být i nevhodné chování zdravotníka a špatná komunikace, která pacienta vedla k útoku. Nesmíme opomenout, že pacient sleduje i neverbální projevy naší komunikace a může je také vyhodnotit jako nepřiměřené a ohrožující (LÁTALOVÁ, 2013), (POKORNÁ, 2010).

Dále budou v bodech uvedeny zásady komunikace s psychiatrickým pacientem. Nejsou vymezeny jednotlivými diagnózami, jedná se o obecná pravidla, která se mohou vztahovat jak na agresivní, úzkostné či depresivní pacienty, tak na pacienty pod vlivem psychoaktivních látek nebo se suicidálními sklony. Všichni tito pacienti mohou být nepředvídatelní a obezřetnost v přístupu k nim je na místě.

- Vždy dbát na vlastní bezpečí! Nezůstávat s pacientem sám v místnosti, bez možnosti dovolat si případnou pomoc. Strategicky si zvolíme místo k sezení poblíž dveří s možností úniku.

- Mezi pacientem a zdravotníkem by měla být dodržena bezpečná vzdálenost alespoň na délku dvou paží. Z pacientova okolí odstraníme všechny možné nebezpečné předměty.
- Velmi vhodné je se při prvním kontaktu s pacientem představit. Uvedeme naše jméno a případně i pracovní pozici.
- Vlastní chování by mělo být klidné, postoj uvolněný a komunikace plynulá. Mluvíme středním tempem, bez emocí a nedirektivně.
- Na počátku vyšetření je třeba dávat jednoduché a srozumitelné informace, které je pacient v dané chvíli schopen pochopit. Neužíváme žádné odborné výrazy ani zdravotnický slang.
- Pacienta se nikdy nedotýkáme bez předchozího upozornění a jeho souhlasu. Fyzický kontakt je součástí vyšetření, snažíme se tedy, aby pacient byl předem obeznámen, co s ním budeme dělat a aby viděl, co dělají naše ruce. Pokud pacient zcela nesouhlasí, respektujeme to a zvážíme nutnost a v tomto případě i přínos vyšetření v dané situaci.
- V průběhu vyšetření a odběru anamnézy sledujeme a vyhodnocujeme pacientovi projevy a vysílané signály, mohou nás předem upozornit na pacientovo afektivní jednání. Kontrolujeme zároveň i vlastní neverbální projevy.
- Nereagujeme na slovní urážky, nenecháme se vyprovokovat k vlastním projevům agrese. Pokud se pacient chová agresivně a vyhrožuje násilím, je vhodné to zdokumentovat a upozornit na tuto skutečnost kolegy, případně pracovníky zdravotnických zařízení, kam pacienta transportujeme.
- Dojde-li k napadení nebo byla-li situace vyhocena, není od věci vyhledat po výjezdu psychologickou pomoc (ANDRŠOVÁ, 2012), (PTÁČEK, BARTŮNĚK a kol., 2011), (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2013).

### **3.3 PSYCHOFARMAKA UŽÍVANÁ V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI**

Psychofarmaka jsou látky, které primárně ovlivňují centrální nervový systém a pozitivně působí na chorobně narušené psychické funkce. Aplikace psychofarmak patří mezi nejrozšířenější metody léčby duševních poruch a je součástí komplexní péče o psychiatrické pacienty. Dle efektu na duševní činnost se psychofarmaka dělí na: anxiolytika, hypnotika, antidepresiva, antipsychotika a psychostimulancia (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).



V přednemocniční péči je snahou zvládnout psychiatrického pacienta bez podání farmakologické léčby. Na indikaci lékaře je možné pacientovi aplikovat psychofarmaka ohrožuje-li sebe nebo své okolí na zdraví. Dalšími stavy k залечení jsou duševní poruchy doprovázené halucinacemi, bludy a jinými psychotickými projevy. Volby farmak se řídí pacientovou předpokládanou nebo potvrzenou diagnózou. U diagnostikované schizofrenie a stavů spojených s halucinacemi nebo bludy jsou vhodná antipsychotika, nejčastěji podávaným lékem z této skupiny v přednemocniční péči je haloperidol. Dalším užívaným zástupcem antipsychotik je levopromazin. Na stavy úzkosti, neklid či stresové reakce jsou indikovány benzodiazepiny z řady anxiolytik. V PNP jsou zastoupeny známými a hojně užívanými léky, diazepamem a midazolamem. Při podávání psychofarmak bychom měli znát jejich nežádoucí účinky a respektovat jejich kontraindikaci k užití (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2013).

### **3.3.1 DIAZEPAM (APAURIN)**

Benzodiazepin s antikonvulzivním, myorelaxačním a sedativním účinkem indikován u stavů akutní úzkosti a neklidu, status epilepticus, k navození sedace či amnézie aj. Možným způsobem podání je intramuskulární či intravenózní aplikace injekčního roztoku, tableta nebo čípek. Dávkování u dospělého pacienta je 5 až 10 mg i.v. nebo i.m. Nástup účinku je po i.v. aplikaci do 1 minuty od podání, s maximálním účinkem do 3 až 4 minut. Nežádoucí účinky jsou útlum dechu, mírná hypotenze a bradykardie. Kontraindikací k podání tohoto benzodiazepinu je akutní glaukom, myasthenia gravis, těžká ventilační insuficience a současné podání jiných sedativ bez možnosti zajištění UPV (KNOR, MÁLEK, 2016).

### **3.3.2 HALOPERIDOL**

Antipsychotikum (neuroleptikum) užívané v PNP při agresivitě, hyperaktivitě, akutních psychotických stavech spojených s halucinacemi a excitací se sebepoškozením. Vzácně se dá použít haloperidol také jako antiemetikum. Aplikuje se intravenózně nebo intramuskulárně. Dávkování u dospělého při terapii psychotických stavů je 2 až 10 mg i.m., i.v. Účinek nastupuje během několika minut po podání i.v., při aplikaci léku i.m. je nástup po podání až 30 minut. Mezi nežádoucími účinky se mohou vyskytnout hypotenze, hypertermie, poruchy srdečního vedení, extrapyramidové symptomy, sedace a snížený práh pro vznik centrálních křečí. Haloperidol je kontraindikovaný u pacientů s kvantitativní poruchou vědomí, akutním glaukodem, Parkinsonovou chorobou,

roztroušenou sklerózou, těžkou kardiomyopatií, těžkým poškozením ledvin a jater, porfyrií (KNOR, MÁLEK, 2016).

### **3.3.3 KETAMIN**

Ketamin je látka používaná především jako anestetikum a analgetikum. Před nedávnem se začal ketamin experimentálně používat i jako antidepresivum. Má velice rychlý nástup účinku a působí i u pacientů odolných ke konzervativní léčbě. Nevýhodou ketaminu jsou však jeho psychotomimetické vlastnosti. Při opakovaných aplikacích se účinek prodlužoval až do řádu týdnů. Větší potenciál nabízí podávání ketaminu v kombinaci s látkami inhibujícími zpětné vychytávání serotoninu. Využití ketaminu jako antidepresiva je ale stále ve fázi výzkumu. Předběžné výsledky v této oblasti mu však předurčují slibnou budoucnost (REVAYOVÁ, 2013).

### **3.3.4 OXYTOCIN**

Oxytocin je látka charakteru neuropeptidu, který je znám především v souvislosti s činností dělohy při porodu. V poslední době se však stále častěji dostává do popředí jeho účinek na centrální nervový systém, kde působí jako neurotransmitter. V četných studiích a experimentech byly dokázány jeho sedativní a anxiolytické účinky. Oxytocin zvyšuje empatii, důvěřivost a schopnost číst pocity druhého člověka. Dále podporuje vznik emoční vazby mezi dítětem a matkou, pohlavními partnery a redukcí strachu. V porodnictví je užíván především intravenózně nebo intramuskulárně. Při nazální aplikaci však dochází k přímému prostupu oxytocinu do krevního řečiště baze lební a čichovou sliznicí do mozku. V pilotní studii na člověku byl prokázán vliv na redukcí psychického stresu a anxiolytický a sedativní účinek. Pacienti, kterým byl podán oxytocin, prokazovali větší uvolněnost a psychický klid. U některých pacientů byla patrná ospalost. Psychické účinky většinou netrvaly déle než 60 minut a kardiopulsační parametry zůstaly přesto takřka neměnné. V budoucnu by se tedy oxytocin mohl uplatnit k redukcí stresu, navození anxiolýzy nebo jako premedikace před anestezií (HESS, 2014).

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část práce je zaměřena na průzkumné šetření problematiky přístupu zdravotnických záchranářů k psychiatrickým pacientům v praxi. K dosažení cílů bakalářské práce byla využita metoda kvalitativního průzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty byli zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdových základnách zdravotnických záchranných služeb.

**Průzkumný problém:** Problematika přístupu k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční neodkladné péči

**Průzkumná otázka:** Jaké zkušenosti mají dotazovaní zdravotničtí záchranáři z výjezdů k psychiatrickým pacientům?

### **Cíle průzkumu:**

**Hlavní cíl:** Zjistit, u dotazovaných zdravotnických záchranářů, jaká rizika mohou nastat při kontaktu s psychiatrickými pacienty v přednemocniční péči.

**Dílčí cíl:** Identifikovat rizika při kontaktu dotazovaných zdravotnických záchranářů s psychiatrickými pacienty.

**Dílčí cíl:** Zjistit, co zvyšuje pocit bezpečí u dotazovaných zdravotnických záchranářů při kontaktu s agresivními psychiatrickými pacienty.

### 4.1 METODIKA PRÁCE

Hlavní metodou ke sběru dat pro praktickou část práce byl kvalitativní průzkum formou rozhovorů. Jednalo se o polostrukturované rozhovory s předem připravenými otázkami a možnými doplňujícími podotázkami. Pořadí kladených otázek nebylo striktní a mohlo se prolínat, podmínkou ale bylo zodpovězení všech položených otázek. Rozhovor sestával z 12 otázek zjišťujících věk respondentů, délku praxe u ZZS, nejvyšší dosažené vzdělání, předchozí praxe v psychiatrickém zdravotnickém zařízení a jejich osobní zkušenosti z výjezdů k psychiatrickým pacientům v přednemocniční péči.

Průzkumným vzorkem byli respondenti pracující jako zdravotničtí záchranáři na zdravotnických záchranných službách v ČR. Respondenti odpovídali na otázky dobrovolně a byli ujistěni o zachování anonymity. Rozhovory probíhaly od března do října roku 2018 a byly pořízeny s každým respondentem zvlášť bez přítomnosti jiných osob. Odehrávaly se mimo pracovní dobu respondentů, v jejich domácím prostředí nebo na místech, která si sami po předchozí domluvě určili. Délka rozhovorů nebyla předem časově vymezena, průměrná doba jednoho rozhovoru byla 30 minut. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na audio zařízení a následně přepisovány do psané formy v programu Microsoft Word. Při přepisu rozhovorů docházelo pouze k formálním úpravám textu. Odpovědi jednotlivých respondentů byly zpracovány a data analyzována pomocí kódování. Následně byly výsledky průzkumného šetření kategorizovány a sloužily k naplnění cílů práce.

## **4.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU**

K poskytování rozhovorů byli jako průzkumný vzorek vybráni zdravotničtí záchranáři z výjezdových základen ZZS v ČR. Vzorek se skládá z respondentů z různých krajů ČR, s různou délkou praxe na záchranné službě. Celkem bylo osloveno 10 respondentů, z nichž 4 byli muži a 6 žen. Rozhovory se uskutečnily se všemi oslovenými respondenty. Z důvodu zachování anonymity nejsou u respondentů zařazených do tohoto průzkumu uvedena jména. Uvedení pracoviště respondenta bylo dobrovolné a vztahovalo se pouze na krajevou příslušnost, nikoliv konkrétní výjezdovou základnu. 3 z 10 respondentů si nepřáli jmenovat jejich zaměstnavatele, je u nich zmíněna pouze délka praxe a dosažené nejvyšší vzdělání. Ve vzorku se nacházejí respondenti ze 7 krajů ČR s délkou praxe u ZZS od 2 až po 12 let.

## **4.3 ANALÝZA DAT**

Data získaná přepisem rozhovorů byla zpracována pomocí kódování. Text byl rozdělen na jednotky s významovou souvislostí (slova, sekvence slov) a byl jim přidělen určitý kód. Po vytvoření seznamu kódů byla realizována jejich systematická kategorizace. Společnou nadřazenou skupinou kategorizace jsou respondenti – zdravotničtí záchranáři, se kterými bylo průzkumné šetření uskutečněno. Obsah všech kategorií se vztahuje k problematice psychiatrických pacientů v přednemocniční neodkladné péči.

Celkem bylo vytvořeno 7 následujících kategorií:

Skupina: **Zdravotníčtí záchranáři**

Kategorie č. 1 – Četnost výjezdů k psychiatrickým pacientům

Kategorie č. 2 – Nejčastěji zastoupené diagnózy duševních poruch

Kategorie č. 3 – Možná rizika při kontaktu s psychiatrickými pacienty

Kategorie č. 4 – Projevy agrese a napadení agresivním psychiatrickým pacientem

Kategorie č. 5 – Psychofarmaka

Kategorie č. 6 – Školení v dané problematice

Kategorie č. 7 – Možnosti zlepšení v péči o psychiatrické pacienty

## **4.4 ROZHOVORY**

### **Rozhovor 1**

Žena, 25 let. Po dokončení vysokoškolského studia v oboru zdravotnický záchranář pracovala rok v nemocničním zařízení na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Nyní již druhým rokem pracuje u Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy. Během studia absolvovala odbornou praxi na interním oddělení psychiatrické nemocnice.

Na otázku, jak často vyjíždí k psychiatrickým pacientům respondentka odpověděla průměrně jednou až dvakrát do měsíce. Tyto výjezdy hodnotí jako méně časté, ale uvádí, že je to proměnlivé a stává se, že opakovaně zasahují u stejného psychiatrického pacienta i několikrát za týden.

Nejčastěji respondentka vyjíždí k pacientům trpícím psychózami a za velmi časté považuje výjezdy k pokusům o sebevraždu a různé druhy intoxikací. Z vlastní zkušenosti udává, že většina psychiatrických pacientů, se kterými se na výjezdech setkala, byla intoxikována alkoholem nebo jinými návykovými látkami.

Myslí si, že kombinace duševní poruchy a intoxikace u pacienta zvyšuje riziko napadení ošetřujícího zdravotníka. Spolupráce s těmito pacienty je pro ni mnohem náročnější a vyžaduje více úsilí a trpělivosti v komunikaci a jednání, ale může napadení do jisté míry zamezit.

Během výkonu svého povolání respondentka nikdy nebyla napadena ani vystavena jiným projevům agrese od psychiatrického pacienta. Vysvětluje si to tím, že délka její praxe u ZZS v porovnání s kolegy, co už zkušenosti s napadením mají, není tak dlouhá a zároveň se snaží dbát na zásady správné komunikace a přístupu k těmto pacientům. Zatím u každého jejího výjezdu k agresivnímu psychiatrickému pacientovi asistovala PČR, která byla zavolána na místo již dispečerem operačního střediska přijímajícího výzvu. V těchto situacích při kontaktu s agresivním pacientem se necítí být ohrožena, ale její pocit bezpečí zvyšuje přítomnost kolegy nebo policistů a bezpečná vzdálenost od pacienta, kterou se snaží dodržet.

Na dotaz, která psychofarmaka podává u psychiatrických pacientů odpovídá, že se snaží zvládnout situaci bez jejich podání. V případě, že zhodnotí jako nezbytné zaléčení pacienta psychofarmaky, dovolává lékaře a na jeho indikaci může léky podat. Nejčastěji aplikuje diazepam.

Respondentka zatím neabsolvovala žádné školení v oblasti problematiky psychiatrických pacientů a není si ani jistá, zda se školení na toto téma dělají. Udává, že absolvovala kurz v rámci psychosociálních intervenčních služeb. Znalosti z kurzu by ale uplatnila v praxi spíše tehdy, kdyby se některý z jejích kolegů setkal s napadením a potřeboval by psychickou pomoc.

Prostor pro zlepšení v péči o psychiatrické pacienty respondentka vidí v reorganizaci systému. Jako nedostatečnou hodnotí péči po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení. Pacientům nebyla zajištěna dostatečná návazná péče, a proto se opakovaně stalo, že vyjžděli k pacientům, kteří *byli čerstvě propuštěni z psychiatrické nemocnice*.

## **Rozhovor 2**

Žena, 27 let. Po středoškolském vzdělání v oboru všeobecná sestra absolvovala studium na vysoké škole s profesním zaměřením zdravotnický záchranář. Po škole jeden rok pracovala na operačním středisku Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje jako operátorka. Nyní působí 4 roky na pozici zdravotnického záchranáře a školitele u ZZS Středočeského kraje.

Respondentka uvádí, že výjezdy k psychiatrickým pacientům jsou poměrně časté. Vidí spojitost mezi četností výjezdů k psychiatrickým pacientům a vlivem přírodních

podmínek na člověka. *Obzvláště je patrný nárůst výjezdů, pokud je měsíc v úplňku nebo je delší dobu nepříznivé počasí.*

Odpovídá, že nejčastěji ošetřuje v rámci přednemocniční péče pacienty s depresivními stavy a schizofreniky. Má zkušenosti i ze zásahů u pacientů se suicidálním jednáním, ale po dobu své praxe u ZZS byla zatím pouze na dvou takto indikovaných výjezdech.

Riziko při kontaktu s psychiatrickým pacientem vidí v jeho nevyzpytatelném chování podmíněném duševní poruchou, kterou trpí. *Pokud má pacient bludy nebo halucinace, nedokáže kontrolovat svoje chování a může být agresivní a napadnout nás.*

Dodává, že fyzicky napadena nikdy nebyla, ale setkává se s verbální agresí, a to nejčastěji u výjezdů, kde spolupracují s PČR. Podle respondentky pacienti vnímají policisty na místě negativně a mnohdy dojde ke zbytečnému vyhocení situace. *Bohužel, policisté jsou málokdy tak trpěliví jako my a často situaci svou přítomností spíše zhoršují.* Na druhou stranu ale uznává, že se cítí mnohem bezpečněji, pokud jsou policisté při výjezdech k agresivním pacientům na místě. V případě, že by k napadení došlo si respondentka neumí představit, že by se sama ubránila.

Jako náročné vnímá výjezdy k psychiatrickým pacientům v tom, že je problémové jejich směřování do zdravotnického zařízení. *Obzvláště pokud jsou pod vlivem alkoholu. Vyjednat psychiatrickou léčebnu není snadné a málokdy chtějí pacienta přijmout.* Opakovaně se setkala se situací, že zdravotnické zařízení poskytující psychiatrickou péči pacienta nepřevzalo a byl umístěn na interní oddělení spádové nemocnice.

Na dotaz ohledně aplikace psychofarmak odpovídá, že záleží na sloužícím lékaři se kterým podání medikace telefonicky konzultuje, ale nejčastěji podává haloperidol.

Respondentka je zároveň školitelkou výjezdové skupiny, kde působí. V problematice psychiatrických pacientů se žádná školení nedělají. Myslí si, že by bylo efektivní věnovat se tématu alespoň jednou za rok a zaměřit se na komunikaci s agresivními a psychiatrickými pacienty. Osnovu školení ale řídí vedení ZZS. Sama se vzdělává v dané problematice a účastní se odborných konferencí, kde občas bývají na toto téma přednášky.

Zlepšit by se mohla psychiatrická péče dle respondentky v několika oblastech. Navrhuje zvýšení počtu a zároveň lepší dostupnost psychiatrických ambulancí pro pacienty, zamezilo by se tím četným výjezdům ZZS k pacientům, kteří nemají možnost pravidelně docházet k psychiatrovi. Vyřešit by se také mohl problém s převzetím pacienta od posádek ZZS do zdravotnického zařízení, tím, že by to bylo povinné pro cílové zdravotnické zařízení, pokud má pacient lékařem již diagnostikovanou duševní poruchu.

### **Rozhovor 3**

Muž, 30 let. Po vystudování vysoké školy v oboru zdravotnický záchranář nastoupil na Zdravotnickou záchrannou službu Královéhradeckého kraje, kde působí 6 let. Druhý rokem dělá oblastního školitele na výjezdové základně. Během studia absolvoval praxi pod odborným dohledem na uzavřeném lůžkovém psychiatrickém oddělení.

Respondent na dotaz četnosti výjezdů k psychiatrickým pacientům udává, že je obecně těžké určit počet takových výjezdů. *Je to hodně nárazové, občas nemá výjezdové středisko psychiatrického pacienta třeba 14 dní a někdy je i více podobných výjezdů během jednoho týdne.* V průměru ale zasahují u 3 až 4 psychiatrických pacientů za měsíc, z toho některé nazývá *stálými zákazníky.*

Nejčastěji vyjíždí ke schizofrenikům, co dle respondenta neužívají pravidelně medikaci. Dále jsou to intoxikovaní psychiatričtí pacienti, co ohrožují sebe nebo své okolí.

Při jednom výjezdu k pacientovi s duševní poruchou pod vlivem návykových látek byl respondent fyzicky napaden. *Nedávno jsme asistovali při otevírání bytu. Lidi si stěžovali na hlasitou hudbu ze sousedního bytu a zavolali PČR. Majitel bytu nereagoval na výzvu k otevření a policisté měli podezření, že se mu něco stalo. Dovolali na místo HZS a nás. Po otevření bytu jsme zjistili, že jde o známého schizofrenika, ke kterému se v minulosti již opakovaně vyjíždělo. Tentokrát se ale posilnil ještě alkoholem a drogami a šel proti nám s nožem v ruce. Byl velmi rychle odzbrojen policií, ale nebylo jednoduché ho zpacifikovat. Rozdával rány kolem sebe a házel předměty, které byly zrovna po ruce.* Situaci vyřešilo až spoutání pacienta a aplikace psychofarmaka. Respondent dostal od pacienta ránu do hrudníku a měl poškrábané předloktí. Pocit bezpečí v tomto případě u respondenta zvýšili policisté, kteří pacienta odzbrojili a spoutali. Nemyslí si, že by v dané



situaci pochybili a napadení šlo nějakým způsobem zabránit nebo předejít. Pacient měl zcela zjevný záměr na policisty i zdravotníky útočit. Respondent dále udává, že se setkal s agresivními pacienty během své praxe u ZZS několikrát, jednalo se o verbální projevy a *malé postrkovačky*, které ale nepovažuje za fyzické napadení. I přes skutečnost, že byl respondent napaden agresivním psychiatrickým pacientem neshledává kontakt s psychiatrickými pacienty v přednemocniční péči rizikovější. *Je to u všech pacientů stejné, nikdy nevíte, co se může stát a vyplatí se být v pozoru.* Rozdíl ale vidí v náročnosti výjezdů, u psychiatrických pacientů je dle respondenta nezbytné přizpůsobit svůj přístup k nim a být více trpělivý.

Apaurin a Haloperidol uvádí respondent jako *dvě stálice* v možnosti farmakologické trankvilizace. Dodává, že volba ale podléhá rozhodnutí lékaře a ovlivňuje ji také fakt, jestli je pacient pod vlivem nějakých návykových látek.

Školení v problematice přístupu k psychiatrickým pacientům probíhá na respondentově výjezdové základně jednou ročně a je zaměřené převážně na komunikaci. Uvědomuje si důležitost tématu, a proto se mu s kolegy věnují. Spojitost vidí právě v možnosti předejít napadení správným přístupem a komunikací s psychiatrickými pacienty.

V otázce zlepšení péče u psychiatrických pacientů respondent rozvádí problém se směřováním pacientů. Dle jeho názoru není zcela zřejmé, do jakého zdravotnického zařízení předat intoxikovaného psychiatrického pacienta. *Pokud je pacient pod vlivem alkoholu, psychiatrie ho odmítá přijmout a záchytka bere až od určitých promile v krvi.* Navrhuje tedy, aby se udělalo jednotné doporučení a dle toho by se záchranáři mohli řídit při rozhodování kam pacienta směřovat.

#### **Rozhovor 4**

Žena, 30 let. Pracuje pátým rokem na pozici zdravotnický záchranář u Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje, vystudovala vyšší odbornou školu a nyní se hlásí na dálkové studium vysoké školy. Po studiu na VOŠ několik let pracovala v nemocnici na urgentním příjmu a jednotce intenzivní péče. Neabsolvovala žádnou praxi v psychiatrickém zdravotnickém zařízení během studia.

Na otázku, jak časté jsou výjezdy k psychiatrickým pacientům udává, že jich není mnoho a obvykle se k nim vyjíždí jednou do měsíce. Dodává, že díky této skutečnosti

nemá mnoho vlastních zkušeností s psychiatrickými pacienty, a proto bude hovořit spíše o zkušenostech kolegů, které sdílí mezi sebou.

Z výjezdů, u kterým respondentka zasahovala, nejčastěji pacienti trpěli depresemi.

Z důvodu malého počtu výjezdů k psychiatrickým pacientům, u kterých respondentka zasahovala, nemůže usuzovat, že by pro ni byly tyto výjezdy náročnější ani že by kontakt s psychiatrickými pacienty byl rizikovější. Za riziko považuje možnost napadení u agresivních psychiatrických pacientů, nikdy se ale na výjezdech nesešla s projevy agrese ze strany pacienta. Od kolegů ale ví, že není dobré *hrát si na hrdinu* a raději si přivolat na pomoc policii. *I ve vyhrocených situacích dokázali policisté pacienty uklidnit a vše se obešlo bez zbytečného násilí*, popisuje respondentka zkušenosti svých kolegů s PČR na výjezdech u agresivních psychiatrických pacientů.

V případě nutnosti zklidnit pacienta před nebo během transportu podávají na indikaci lékaře Apaurin, Haloperidol nebo Tisercin. Ve většině případů se ale snaží dovést pacienta do cílového zdravotnického zařízení bez použití medikace.

Během svého působení na ZZS respondentka neabsolvovala žádná školení v problematice psychiatrických pacientů. Snaží se sama vzdělávat v této oblasti a řídit se radami starších a zkušenějších kolegů z výjezdové základny.

Respondentka navrhuje zlepšit péči o psychiatrické pacienty důslednější ambulantní léčbou. Myslí si, že by se tak dal dříve odhalit rozvoj nemoci nebo se zamezilo zhoršení stavů u chronických psychiatrických pacientů a nedocházelo by tak k opakovaným výjezdům ke stejnému pacientovi. Problém uvádí také v rozmístění psychiatrických ambulancí, jejich pokrytí v kraji se respondentce zdá nedostatečné a tím i péče pro pacienty málo dostupná.

## **Rozhovor 5**

Muž, 28 let. Vystudoval vysokou školu, pracuje jako zdravotnický záchranář u Zdravotnické záchranné služby Královehradeckého kraje, kde působí druhým rokem. Souběžně má i druhé zaměstnání, pracuje jako hasič u Hasičského záchranného sboru Královehradeckého kraje. Během praxe při vysokoškolském studiu absolvoval povinnou stáž na psychiatrickém oddělení.

Četnost výjezdů k psychiatrickým pacientům na výjezdové základně respondent je malá, osobně jich zažil jen několik za dobu svého působení u ZZS. Udává, že v průměru by to mohl být jeden výjezd s psychiatrickou indikací do měsíce. Svě zkušenosti s psychiatrickými pacienty ale respondent získal z psychiatrického oddělení, kde působil jako student na praxi.

*Pacienti, u kterých se zasahuje nejčastěji mají deprese a poruchy vyvolané pozitivím nebo naopak abstinencí od návykových látek.* Dále zmiňuje bludy a úzkostné stavy.

Na otázku možných rizik při kontaktu s psychiatrickými pacienty zmiňuje v první řadě napadení, sám se stal jeho obětí. Při nastupování do sanitního vozu se pacient ohnal po respondentovi peněženkou s osobními doklady a způsobil mu zhmožděninu na čele. Dle líčení respondenta zprvu nebyl jistý záměr, zda mu opravdu pacient chtěl ublížit nebo to byla pouze nehoda. Po dobu transportu do zdravotnického zařízení se ale pacient pokusil útok několikrát zopakovat. Dále za velmi časté označil u psychiatrických pacientů verbální projevy agrese, s vlastním postřehem, že vyzoroval častější útoky vůči ženskému zdravotnickému personálu. Myslí si, že je to způsobeno tím, že ženy nezbuzují v pacientech takový respekt jako muži a pacienti si k nim více dovolují. Pocit většího bezpečí na výjezdu u agresivních psychiatrických pacientů respondent má, když mu asistuje kolega nebo pomáhají policisté. *Vždycky je lepší mít kolem sebe více rukou, nikdy nevíte, co toho pacienta zrovna napadne a čeho všeho je v dané situaci schopný.*

Z psychofarmak podává na indikaci lékaře převážně benzodiazepiny, v případě agresivních psychiatrických pacientů konzultuje podání Haloperidolu. Převážně se ale snaží zvládnout situaci bez podání medikace.

Školen respondent v problematice přístupu k psychiatrickým pacientům zatím nebyl, ale je si jistý, že se školení na podobné téma dělá a že jeho kolegové ho již absolvovali. Sám se v této oblasti nevzdělává, ale dodává že v případě, kdyby měl v dané problematice nějaké nejasnosti nebo dotazy, obrátil by se na školitele výjezdové základny, kde působí.

Respondent by ocenil *vstřícnější přístup psychiatrických oddělení*. Setkal se se situací, kdy byl ohlášen k příjezdu s psychiatrickým pacientem a lékař se bez vyšetření rozhodnul pacienta na základě popisu symptomů od dispečerky nepřijmout, protože se mu zdál pacient v pořádku. Respondent pak měl problém pacienta kamkoliv předat,

protože bez předchozího psychiatrického vyšetření nechtěli přijmout pacienta ani na standardní oddělení. Zlepšit by se mohla dle respondenta i ambulantní péče, lepší dostupnost a delší ordinační doba by zajistila méně výjezdů a více volných lůžek u vážných duševních poruch s nutností delší hospitalizace.

## **Rozhovor 6**

Žena, 39 let. Vzdělání středoškolské v obor všeobecná sestra, po ukončení studia absolvovala specializační vzdělávání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Několik let po škole pracovala v nemocnici na jednotce intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačním oddělení, nyní je již desátým rokem na zdravotnické záchranné službě.

K psychiatrickým pacientům respondentka vyjíždí jednou až dvakrát měsíčně. Posádky ze základny, na které působí, dostávají výzvy s psychiatrickými indikacemi v průměru jednou týdně. Zmiňuje ale i *stálé klienty*, kteří se v jistém období vozí i ob den.

Nejčastějšími pacienty s duševní poruchou jsou schizofrenici, u nich zmiňuje nedodržování chronické medikace. *Přestanou brát prášky, rodina to s nimi už nemůže vydržet, zavolají záhranku. My je odvezeme, nastaví se jim zase léčba, jsou propuštěni domů a po měsíci zase od začátku.* Jako další respondentka udává intoxikované pacienty a suicida.

Jako rizikovější kontakt s psychiatrickými pacienty nevnímá, odůvodňuje to takto, *i od diabetika při hypoglykémii vám může přiletět facka.* Uznává ale, že jsou pro ni výjezdy k psychiatrickým pacientům mnohem náročnější. Vyžadují specifický přístup, více trpělivosti a empatie.

Respondentka má za roky své praxe zkušenosti s vyhrocenějšími situacemi u agresivních psychiatrických pacientů, kde musela asistovat i policie, ale napadena nikdy nebyla a pokud to situace dovolí a pacienta jde ještě zvládnout, ani si policii na místo nedovolává. Vždy se spoléhá sama na sebe, snaží se zvolit správný přístup a komunikaci s pacientem. Zatím se jí to v každém případě vyplatilo a předešla tak jakýmkoliv problémům. Udává, že z počátku nedokázala ignorovat verbální projevy agrese a mnohdy si brala osobně i sexistické urážky od pacientů. Časem se s tím sama vyrovnala a naučila pracovat, dnes už jí to problémy nedělá. Pocit bezpečí má respondentka až po předání

agresivního pacienta do zdravotnického zařízení, v jeho přítomnosti a obzvlášť během přepravy, kdy sedí hned vedle něho se snaží být velmi ostražitá a připravená na všechno.

Lékem první volby je u respondentky apaurin, v případě nutnosti medikace konzultuje podání léku se sloužícím lékařem.

Žádná školení se u respondentky v problematice psychiatrických pacientů nedělají. Za roky své praxe u ZZS si sama stanovila vlastní postupy, kterými se na výjezdech řídí a v případě potřeby se poradí s kolegy nebo vyhledá odbornou pomoc.

Péče o psychiatrické pacienty by se mohla dle respondentky zlepšit zvýšením kapacit psychiatrických lůžkových oddělení. *Pacienti by se nemuseli co nejdříve propouštět z nemocnice domů, aby uvolnili postel dalšímu.* Tím by se dle respondentky i snížil počet jejich výjezdů na tak zvané *stálé klienty*. Myslí si, že by byla řešením i důslednější návazná péče pro pacienty, s možností navštěvovat denní stacionáře nebo centra zdraví, kde by se mohli sdružovat pacienti se stejnými potížemi. Problémem ale je jejich dostupnost, kdy udává, že nejbližší takové centrum je až v krajském městě ve vzdálenosti 40 km.

## **Rozhovor 7**

Muž, 32 let. V oboru zdravotnický záchranář vystudoval vysokou školu, během studia absolvoval odbornou praxi na lůžkovém psychiatrickém oddělení. Nyní je devátým rokem zaměstnán u Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Respondent absolvuje za měsíc 2 až 3 výjezdy k psychiatrickým pacientům. Udává, že v kraji mají jako výjezdová základna statisticky nejvyšší počet výjezdů s psychiatrickou indikací. Myslí si, že je to způsobeno skutečností, že jejich rajon je nejhustěji obydlen, jiné vysvětlení proto nemá.

Velmi časté výjezdy jsou na úzkostné poruchy, a to dle respondenta, hlavně u mladých lidí. Dalšími zastoupenými poruchami jsou deprese, schizofrenie a stresové reakce.

Na dotaz, zda vnímá kontakt s psychiatrickými pacienty jako rizikový respondent odpovídá kladně. Riziko pro něho představuje nevyzpytatelné chování pacientů, které může vyústit až ve fyzické napadení. To je i důvodem proč jsou pro respondenta výjezdy k psychiatrickým pacientům mnohem náročnější v porovnání s ostatními. Přiznává se, že

dlouho si sám nevěděl rady, jak k těmto pacientům přistupovat. *Na někoho platí od začátku kamarádský přístup, někdo vyžaduje autoritativní vedení, je to dost o citu, vždycky se ale snažím chovat profesionálně a působit na pacienty pozitivně.*

Respondent osobně nikdy nebyl terčem agresivního chování psychiatrického pacienta, ale ocitnul se v situaci, kdy byli napadeni jeho kolegové. Stalo se to při předávání pacienta na psychiatrické lůžkové oddělení. Po celou dobu výjezdu ani během transportu nejevil pacient žádné známky projevů agrese a souhlasil s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Po příjezdu své rozhodnutí přehodnotil a začal se všemi možnými prostředky bránit vstupu na oddělení, přitom lehce zranil respondentova kolegu a dva členy nemocničního personálu. Bezpečněji se respondent cítí ve větší vzdálenosti od pacienta, má tak lepší přehled o celkové situaci a může si lépe ohlídat pacientovi reakce a řeč těla. Tyto podmínky bohužel nejsou zajistit v sanitním voze, kde zase více ocení přítomnost kolegy nebo policistů.

Nejčastěji podává běžně užívaná psychofarmaka jako Apaurin a Haloperidol.

Během svého osmiletého působení u ZZS neabsolvoval žádné školení v problematice psychiatrických pacientů, nebo si toho alespoň není vědom. Tvrdí, že mu postačí tipy a rady, co spolu s kolegy z výjezdové základny sdílí. Nejvíce se prý poučí právě ze špatných zkušeností svých kolegů.

Péče o psychiatrické pacienty přijde respondentovi jako vyhovující a na vysoké úrovni, nenapadají ho žádná možná zlepšení v této oblasti.

## **Rozhovor 8**

Muž, 27 let. Vysokoškolsky vzdělaný v oboru zdravotnický záchranář, s předchozím středoškolským a vyšším odborným vzděláním oborově zaměřeným jako všeobecná sestra, s povinnou praxí na lůžkovém psychiatrickém oddělení během studia. Po škole nastoupil jako operátor operačního střediska záchranné služby, nyní pracuje jako zdravotnický záchranář s délkou praxe skoro 5 let.

Vyjíždí k psychiatrickým pacientům méně než jednou do měsíce. Za poslední půl rok respondent udává, že absolvoval asi 3 výjezdy k těmto pacientům. Tvrdí, že jeho kolegové jsou na tom obdobně a že celkově poklesnul počet výjezdů s psychiatrickou indikací.

Co si pamatuje z posledního výjezdu, tak pacient trpěl paranoidní schizofrenií, ale udává, že obecně se asi nejvíce jezdí na neurozy.

*Práce záchranáře je riziková, jezdíte do cizího prostředí, k cizím lidem domů, stát se může kdykoliv cokoliv, nemyslí si, že by to bylo u psychiatrických pacientů jinak nebo horší.* Respondent nevidí žádná specifická rizika, která by mohla při kontaktu s psychiatrickými pacienty nastat ve srovnání s jinými pacienty.

Potýká se velmi často s verbální agresí. Dodává, že ve většině případů se nejedná o psychiatrické pacienty, kteří by ho slovně napadaly, ale o příbuzné pacientů nebo oznamovatele na tísňovou linku. Fyzicky napaden nikdy nebyl, ale udává, že několikrát se k tomu schylovalo. V tomto ohledu má respondent negativní zkušenosti s přítomností policie u agresivních psychiatrických pacientů. Policisté, se kterými na výjezdech spolupracoval, nebyli nikdy trpěliví a zvolili hned od začátku ofenzivní přístup, což situaci mnohdy zbytečně vyhrotilo.

Respondent nepodává žádná psychofarmaka, pouze je-li to opravdu nezbytně nutné zkontaktuje si podání diazepamů.

Školen byl několikrát v oblasti komunikace při svém působení na operačním středisku záchranné služby, ale jako záchranář žádné školení v této problematice neabsolvoval. Jistě by se tomu ale nebránil a uvítal by pravidelná školení na toto téma, kterých by se občas mohli zúčastnit i policisté dle respondenta.

Respondent by se ve zlepšování péče zaměřil převážně na dětské psychiatrické pacienty. V jeho kraji chybí pokrytí psychiatrickými ambulancemi zaměřenými na děti a dorost. I přes to, že si myslí, že děti s duševními poruchami není tolik jako těch dospělých, péče o ně mu přijde opomíjená a zanedbávaná. Během praxe při škole měl možnost navštívit i dětská oddělení psychiatrických zařízení, ze kterých jak tvrdí má traumatické zážitky dodnes.

## **Rozhovor 9**

Žena, 45 let. 12 let v praxi jako zdravotnický záchranář u zdravotnické záchranné služby. Po absolvování rekvalifikačního vzdělávání na sestru se specializací ARIP pracovala několik let v nemocnici jako sálová sestra. Dostudovala si dále vysokou školu v oboru zdravotnický záchranář a byla přijata k ZZS.

V současné době zaznamenala mírný pokles počtu výjezdů ve srovnání s minulými roky. Udává, že vyjede k psychiatrickému pacientovi jednou za 2 týdny, v létě je to mnohdy pouze jeden psychiatrický pacient za měsíc na celou výjezdovou základnu. Respondentka tvrdí, že roční období má velký vliv na psychiatrické pacienty a počty výjezdů k nim. Statisticky přibývají vždy na podzim, přes zimu se drží podobný počet a s příchodem léta zase výjezdů ubývá.

Respondentka se na výjezdech nejčastěji setkává s úzkostmi, depresemi a specifickou kategorií pro ni jsou sebevraždy a pokusy o ně, u kterých během své dlouholeté praxe na ZZS opakovaně zasahovala a vysloužila si tak od kolegů přezdívku *anděl smrti*.

Při kontaktu s psychiatrickým pacientem si dává pozor na pacientovu řeč těla, za roky své praxe se naučila rozpoznat, kdy se schyluje k nebezpečným situacím. S projevy agrese se setkává běžně, nevnímá je už jako možné riziko, protože si s nimi umí poradit a zvládnout situaci. Nerada ale zůstává o samotě s psychiatrickými pacienty, cítí se bezpečněji v přítomnosti svého kolegy.

Napadena pacientem během svého působení na ZZS nikdy nebyla. Absolvovala několik výjezdů, kde se schylovalo k možnému útoku ze strany pacienta, ale situace se vždy uklidnila díky profesionálnímu přístupu a správné komunikaci s pacientem. *Pokud to jde, snažím se na pacienty nespěchat a vysvětlit jim, jak budeme postupovat a kam je budeme transportovat. Snažím se zajistit jim určitý komfort a pocit bezpečí. Jednou se takhle pacient dožadoval, abychom s ním vzali do nemocnice i zarámovaný obraz zimní krajiny. Vysvětlil mi, že ho pohled na ten obraz uklidňuje a bez něho nikam nepojede. Naložili jsme tedy pána i s obrazem a oba je předali na psychiatrii.*

Psychofarmaka se snaží užívat pouze minimálně v opravdu závažných případech, raději předává pacienty k psychiatrickému vyšetření bez předchozího podání medikace, aby si sami psychiatři rozhodli o léčbě. Jinak nejčastěji aplikují Apaurin, výjimečně Haloperidol.

Není si vědoma, že by byli v problematice přístupu k psychiatrickým pacientům školení. Obsah školení se u respondentky spíše zaměřuje na interní pacienty, traumata a technickou připravenost při výjezdech.



Zlepšit by se dle respondentky měla informovanost pacientova okolí, ale i široké veřejnosti o duševních poruchách. *Psychiatřiční pacienti jsou vyloučeni ze společnosti a tím se prohlubuje jejich onemocnění a dochází k častému zhoršení stavu.* Budoucnost respondentka vidí v centrech duševního zdraví, kam by pacienti mohli docházet a zapojovat se do aktivit běžného života.

## **Rozhovor 10**

Žena, 27 let. Dosáhla vyššího odborného vzdělání v oboru zdravotnický záchranář. Třetím rokem pracuje jako zdravotnický záchranář na urgentní příjmu a ve výjezdové skupině Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Během studia neabsolvovala žádnou odbornou praxi na psychiatrickém oddělení nebo v psychiatrickém zdravotnickém zařízení.

Na otázku, jak časté jsou výjezdy k psychiatrickým pacientům odpovídá, že se jejich počet pohybuje mezi 1 až 2 do měsíce. Za necelé tři roky její praxe u ZZS zasahovala zatím u 6 psychiatrických pacientů. Jejich přesný počet respondentka věděla z osobní statistiky výjezdů, kterou si vede od začátku svého působení na záchranné službě a kterou si před rozhovorem připravila.

Mezi nejčastějšími poruchami u psychiatrických pacientů v přednemocniční péči vedou u respondentky neurózy. Zmiňuje i vysokou četnost psychiatrických pacientů pod vlivem návykových látek. Není výjimkou, že pacienti užijí více psychotropních látek najednou.

Rizika vnímá u agresivních psychiatrických pacientů, u kterých by mohlo dojít k napadení. Jiná rizika při kontaktu s psychiatrickými pacienty ji nenapadají.

S agresivitou u psychiatrických pacientů se již během své praxe setkala, ale ani v jednom případě nebyli ona nebo někdo z jejích kolegů napadeni. Tvrdí, že se dá fyzickému útoku ze strany pacienta zabránit vhodným chováním a přístupem. Pro větší pocit bezpečí si nechává k avizovanému agresivnímu psychiatrickému pacientovi na místo předem dovolat policii.

Nejpodávanějším lékem z psychofarmak je dle respondentky Apaurin, žádné jiné psychofarmakum zatím při svých výjezdech k psychiatrickým pacientům nepoužila.

Respondentka absolvovala školení v problematice psychiatrických pacientů, kde byly shrnuty základní doporučené postupy a zásady správné komunikace. Není si jistá, zda se tyto školení dělají pravidelně, nebo se jednorázově proškolují nově příchozí zdravotničtí záchranáři.

Myslí si, že péče o psychiatrické pacienty je v České republice nadprůměrná ve srovnání s jinými evropskými zeměmi, a proto není potřeba nic zlepšovat.

## 5 DISKUZE

Výběr tématu práce byl ovlivněn vlastní zkušeností během vykonávání odborné praxe na zdravotnické záchranné službě a absolvování odborné stáže na psychiatrickém oddělení. Setkala jsem se u zdravotníků v praxi s různým chováním a vnímáním psychiatrických pacientů. Ne vždy k nim bylo přistupováno s ohledem na povahu jejich onemocnění a nebyla ojedinělá i stigmatizace pacientů s duševními poruchami. To podnítilo můj zájem o danou problematiku.

Práce se zabývá přístupem zdravotnických záchranářů k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční péči. Kladla si za cíl zmapovat a identifikovat rizika, se kterými se zdravotničtí záchranáři setkávají při kontaktu s psychiatrickými pacienty. V odborné literatuře je označováno jako možné riziko setkání se s agresivním psychiatrickým pacientem, které při neodborném jednání ošetřujících zdravotníků může vést k fyzickému napadení. Průzkumné šetření u dotazovaných respondentů ověřovalo, zdali se toto riziko v praxi běžně vyskytuje a zdravotničtí záchranáři jsou vystavováni projevům agrese ze strany psychiatrických pacientů. Dále měla práce za úkol zjistit, co u dotazovaných zdravotnických záchranářů zvyšuje pocit bezpečí při kontaktu s agresivními psychiatrickými pacienty. Pro větší objektivnost byla některá data porovnána s výsledky jiných akademických prací se stejnou nebo podobnou tematikou.

První část rozhovorů zjišťovala osobní údaje respondentů a potřebné informace pro sběr dat. Respondenti uváděli jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání, pracoviště, délku praxe a zda během studia absolvovali praxi v psychiatrickém zařízení. Průzkumného šetření se zúčastnilo 10 zdravotnických záchranářů, 6 žen a 4 muži ve věkovém rozmezí 25 až 45 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u 6 respondentů vysokoškolské, 2 respondenti byli absolventy vyšší odborné školy a jeden respondent měl středoškolské vzdělání. Uvedení pracoviště respondentů bylo z důvodu zachování anonymity dobrovolné a vztahovalo se pouze na krajevou příslušnost, nikoliv konkrétní výjezdovou základnu. Respondenti, kteří ho uvedli byli členy výjezdových základen celkem ze šesti krajů ČR. Konkrétně se jednalo o Prahu, Středočeský kraj, Královehradecký kraj, Ústecký kraj, Pardubický a Liberecký kraj. Polovina z respondentů absolvovala během studia odbornou praxi v psychiatrickém zařízení.

První kategorie se zabývala četností výjezdů dotazovaných zdravotnických záchranářů k psychiatrickým pacientům. 5 respondentů uvedlo, že na psychiatrické indikace vyjíždí jednou nebo 1 až 2krát do měsíce. 2 respondenti tyto výjezdy absolvují méně než jednou do měsíce. U ostatních respondentů jsou počty výjezdů za měsíc vyšší než 2. Četnost výjezdů se dle 2 respondentů odvíjí od vlivu počasí a ročního období na pacienty, vyšší počet zaznamenávají při špatném počasí a v zimních měsících. Pro srovnání můžeme zmínit čísla z bakalářské práce Lucie Kykrychové z roku 2017, kde 82,4 % respondentů uvedlo, že absolvují do pěti výjezdů k psychiatrickým pacientům měsíčně. Další možnost srovnání nalezneme v práci Markéty Šmídové z roku 2017. V jejím průzkumu více než polovina respondentů uvedla, že absolvují do 40 výjezdů k psychiatrickým pacientům ročně.

Kategorie dat č. 2 zjišťovala nejčastější duševní poruchy u pacientů, u kterých zasahovali dotazovaní zdravotničtí záchranáři. Respondenti uváděli jako nejčastější poruchy schizofrenie, deprese, intoxikace návykovými látkami, úzkostné a stresové poruchy a sebevražedné pokusy. 2 respondenti zmínili jako častý důvod výjezdu spojení duševní poruchy a nadužíváním návykových látek u psychiatrických pacientů. Opět je možné výsledky porovnat s prací Lucie Kykrychové z roku 2017, kde v odpovědích dominovalo požití omamných látek, suicidální pokusy a neurotické poruchy. V práci Markéty Šmídové z roku 2017 měli respondenti seřadit psychiatrické diagnózy podle četnosti výjezdů. Na prvních třech místech se umístily afektivní porucha, závislosti a schizofrenie.

Třetí kategorie mapovala data potřebná k naplnění cílů práce. Zaměřila se na rizika, která mohou nastat při kontaktu s psychiatrickými pacienty v přednemocniční péči. Dotazovaní zdravotničtí záchranáři označili za rizika tyto možnosti, napadení agresivním psychiatrickým pacientem, nevyzpytatelné chování psychiatrických pacientů anebo neshledávají kontakt s psychiatrickým pacientem jako rizikový. 4 z 10 respondentů vidí riziko v možnosti napadení agresivním pacientem s duševní poruchou. 2 z 10 respondentů identifikovali riziko v nevyzpytatelném chování psychiatrických pacientů. Zbylí 4 respondenti zhodnotili, že pro ně kontakt s psychiatrickým pacientem není rizikový. Vysvětlením u jednoho respondenta bylo, že si v dané situaci dokáže poradit, a tedy si nepřipouští skutečnost, že by nějaká rizika mohla vůbec nastat. Ostatní respondenti se shodovali v tvrzení, že napadení mohou být i pacientem, který není psychiatrický, proto nevidí žádná specifická rizika v kontaktu právě s psychiatrickými pacienty.

Kategorie č. 4 se týkala zkušeností dotazovaných zdravotnických záchranářů s projevy agrese a napadením ze strany agresivních psychiatrických pacientů. Zároveň poskytovala podklady k naplnění cíle práce, kterým bylo zjistit, co zvyšuje u dotazovaných záchranářů pocit bezpečí při kontaktu s agresivním psychiatrickým pacientem. Respondenti shodně uváděli, že se s agresivitou ze strany těchto pacientů setkávají. Zpravidla se jednalo o projevy verbální agrese, s tou se během své praxe setkala 9 z 10 dotazovaných respondentů. 2 z 10 respondentů uvedli, že byli fyzicky napadeni psychiatrickým pacientem, jeden respondent uvedl, že byl přítomen u napadení svého kolegy. K podobným výsledkům ve své práci dospěla i Lucie Kykrychová, kde 32,2 % jejích respondentů uvedlo, že se u psychiatrických pacientů setkali s agresivitou a 17,9 % respondentů se setkala s fyzickým napadením. Agresivitu jako komplikaci zásahu u psychiatrických pacientů také shodně uvádí ve své práci z roku 2014 Eliška Kunderátová. V její práci agresivitu uvedlo 44 % respondentů. Odlišných výsledků ale dosáhla ve své práci z roku 2017 Markéta Šmídová, kde 76,6 % jejích respondentů uvedlo, že se setkala u psychiatrických pacientů s napadením. Takto vysoké číslo je možné vysvětlit skutečností, že téměř polovina respondentů v její práci uváděla, že na záchranné službě pracují více než 10 let. Je tedy možné, že v důsledku nižšího počtu odpracovaných let respondentů v této práci neměla většina z nich zatím příležitost setkat se s fyzickým napadením. Pocit bezpečí zvyšuje přítomnost policie nebo kolegů při kontaktu s agresivním psychiatrickým pacientem, shoduje se na tom 6 z 10 dotazovaných respondentů. 2 respondenti se cítí bezpečněji ve větší vzdálenosti od pacienta a jeden respondent uvedl, že se cítí bezpečněji až po předání psychiatrického pacienta.

Pátá datová kategorie zjišťovala, jaká psychofarmaka dotazovaní zdravotničtí záchranáři nejčastěji podávají na výjezdech psychiatrickým pacientům. Předpoklad byl, že záchranáři hojně využívají Apaurin. Tento předpoklad se potvrdil, 9 z 10 respondentů na dotaz uvedlo použití Apaurinu v přednemocniční péči u psychiatrických pacientů. K obdobnému výsledku dospěla ve své práci z roku 2017 i Markéta Šmídová. V jejím průzkumu označilo Apaurin jako nejčastěji využívaný lék 51,6 % respondentů. Další často zmiňovaný lék v terapii neklidných psychiatrických pacientů byl Haloperidol. Jeden respondent zmínil i antipsychotikum Tisercin. Dotazovaní zdravotničtí záchranáři shodně uváděli, že psychofarmaka podávají na indikaci lékaře pouze u případů, kdy je to nezbytně nutné.

Předposlední kategorie byla dána otázkou, jak jsou dotazovaní zdravotníci záchranáři školeni v problematice přístupu k psychiatrických pacientů. Na tuto otázku odpovědělo 7 respondentů negativně, a tedy, že neabsolvuji žádná školení na dané téma. Někteří z nich se sami v problematice vzdělávají, nebo se účastní odborných konferencí, kde se téma probírá. 2 z 10 respondentů uvedli, že byli proškoleni v přístupu k psychiatrickým pacientům, z toho jeden respondent je školen pravidelně každý rok a druhý absolvoval po dobu své praxe jedno školení. Jeden respondent odpověděl, že školení se sice dělají, ale osobně proškolen v dané problematice ještě nebyl. Jeden respondent by uvítal pravidelná každoroční školení na toto téma, jiný respondent si myslí, že není potřeba se v této problematice školit. Shodnou se ale v tvrzení, že pokud potřebují poradit nebo pomoci, obrátí se na své zkušenější kolegy. Výsledky můžeme porovnat třeba s prací Markéty Šmídové, kde 90 % respondentů uvedlo, že jsou v této problematice pravidelně proškoleni zdravotnickou záchrannou službou. K zdatelně rozdílnému výsledku dospěla ve své práci z roku 2017 Lucie Kykrychová. V jejím průzkumu se pouze 25,4 % vyjádřilo, že znalosti v poskytování péče psychiatrickému pacientovi získali na školeních pořádaných zdravotnickou záchrannou službou.

Poslední sedmá kategorie obsahovala data poskytnutá dotazovanými zdravotnickými záchranáři v oblasti zlepšení péče pro psychiatrické pacienty. Respondenti přišli s mnohými návrhy, jak a v čem péči vylepšit. Nejvíce se návrhy týkaly ambulantní péče, kde záchranáři vidí potřebu v jejich vyšším počtu a lepší dostupnosti pro pacienty. Byla zmiňována i nutnost návaznosti péče po hospitalizaci pacientů, aby nedocházelo k opakovaným zhoršením jejich stavů a potřeba zvýšit lůžkové kapacity psychiatrických oddělení. 2 respondenti si myslí, že péče o psychiatrické pacienty je na vysoké úrovni, a proto nevyžaduje žádné změny.

## **5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Praktická část poskytla několik poznatků, které nám mohou pomoci ke stanovení doporučení pro praxi. V některých oblastech péče o psychiatrického pacienta je, jak vyplynulo z průzkumného šetření, možný prostor pro zlepšení.

Jedním poznatkem z praktické části je skutečnost, že většina respondentů uvedla, že neabsolvuji žádná pravidelná školení v péči o psychiatrického pacienta. Je možné pochopit zdravotnické záchranné služby, že ve školeních dávají přednost problematikám obvykle častějším, než jsou duševní poruchy. U přístupu k psychiatrickým pacientům je

ale jednou z nejdůležitějších věcí správná komunikace, její zásady by si zdravotníci záchranáři měli pravidelně opakovat a při výjezdech se těmito zásadami řídit. Dá se tak zabránit zmíněným možným rizikům při kontaktu s psychiatrickými pacienty. Je tedy možné navrhnout, aby záchranáři absolvovali pravidelná školení v komunikaci a problematice přístupu k psychiatrickým pacientům.

Dotazovaní zdravotníci záchranáři při rozhovorech měli sami navrhnout možná zlepšení v péči o psychiatrické pacienty. Z jejich odpovědí vyplývá, že nejvíce je potřebné reorganizovat návaznost péče a zaměřit se na ambulantní prostředí, které nevyhovuje pacientům svou dostupností. Tento problém by ale v dohledné době měl být vyřešen probíhající reformou psychiatrické péče.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem přístupu k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční neodkladné péči. Byly stanoveny cíle, které měly pomoci k zmapování tématu a tvorbě práce. Cíle práce byly na základě analyzovaných dat z teoretické i praktické části naplněny. K problematice psychiatrického pacienta v přednemocniční péči byl vytvořen přehled teoretických znalostí z oboru psychiatrie a ošetrovatelství v psychiatrii. Hlavním přínosem znalostí z teoretické části práce bylo čerpání informací k sestavení otázek pro průzkumné šetření do praktické části.

Na základě zjištěných poznatků byla formulována doporučení pro praxi. Jedním z doporučení je zaměřit se u zdravotnických záchranářů na pravidelná školení v problematice přístupu k psychiatrickým pacientům, respondenti totiž v průzkumném šetření uvedli, že žádná pravidelná školení neabsolvuji.

Závěrem je třeba podotknout, že ačkoliv výjezdy zdravotnické záchranné služby k psychiatrickým pacientům nepatří mezi nijak frekventované, nesnižuje to jejich náročnost a potřebu být na ně připraven. U těchto výjezdů je nutná trpělivost, kvalitní komunikace, ostražitost a v neposlední řadě i empatie. Nezřídka u takových pacientů dochází k projevům agrese a nevhodné chování, gesta nebo slova zdravotnického záchranáře mohou vyhrotit celou situaci a vézt až k napadení posádky. Zdravotnické záchranné služby by neměly podceňovat přípravu záchranářů na výjezdy tohoto charakteru.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDERS, M. et al., 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP [cit. 28.11.2018]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.

DOBIÁŠ, Viliam, 2012. *Přednemocničná urgentná medicína*. 2.vydanie. Sadzba: Vydavateľstvo Osvěta. ISBN 978-80-8036-387-5.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

HEES, Ladislav, 2014. Oxytocin – jak ho neznáme. *Remedia* [online]. Březen 2014, č. 1/2014 [cit. 2019-03-30]. ISSN 2336-3541. Dostupný z: <http://www.remedia.cz/Okruh-temat/Farmakologie/Oxytocin-jak-ho-nezname/8-10-1Cd.magarticle.aspx>

KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK, 2016. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 2. doplnění a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-514-9.

KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

KUNDRÁTOVÁ, Eliška, 2014. *Úskalí ošetření psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči* [online]. Plzeň [cit. 2018-11-15]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/e28zfl/>

KYKRYCHOVÁ, Lucie, 2017. *Psychiatrický pacient a jeho ošetření v rámci PNP* [online]. Brno [cit. 2018-11-15]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/851pa2/>

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*, 2008. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha [cit. 28.11.2018]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

NA ROVINU, 2017 [online]. Národní ústav duševního zdraví, 2017 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: <http://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>

OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

PRAŠKO, Ján, ed., 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2008. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-586-4.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

RABOCH, Jiří, 2011. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Editor Petr HERLE. Praha: Raabe. Ediční řada pro VPL, 2. ISBN 978-80-87553-27-5.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.

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

REVAYOVÁ, Anna, 2013. *Antidepresivní účinek ketaminu* [online]. Praha [cit. 2019-03-30]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta. Dostupný z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130116405>

SCHEFFLER, Richard M. a Martin POTŮČEK, ed., 2008. *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*. Prague: Karolinum. ISBN 978-80-246-1466-3.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠMÍDOVÁ, Markéta, 2017. *Přístup zdravotnického záchranáře k psychiatrickému pacientovi* [online]. Praha [cit. 2018-11-15]. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Dostupné z: <http://theses.cz/id/merv3f/>

ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela, 2018. *Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum\\_16025\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum_16025_3801_1.html)

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-202-5.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Otázky .....	I
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	II
Příloha C – Rešeršní protokol .....	III

## Příloha A – Otázky

Kde a jak dlouho pracujete u ZZS?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak časté jsou výjezdy k psychiatrickým pacientům?

Jakými duševními poruchami tito pacienti nejčastěji trpí?

Jakou máte osobní zkušenost s psychiatrickými pacienty v přednemocniční péči?

Jsou pro Vás výjezdy k psychiatrickým pacientům náročnější? Pokud ano, proč?

Jaká rizika mohou nastat při kontaktu s psychiatrickým pacientem v přednemocniční péči?

Byl/a jste někdy napaden/a nebo jste se setkal/a s agresivitou u psychiatrického pacienta?

Co zvyšuje Váš pocit bezpečí při kontaktu s agresivním psychiatrickým pacientem?

Jaká psychofarmaka podáváte psychiatrickým pacientům v přednemocniční péči?

Jak jste školeni v problematice přístupu k psychiatrickým pacientům?

Jaké byste navrhnul/a zlepšení v péči o psychiatrické pacienty?

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Přístup k psychiatrickému pacientovi v přednemocniční neodkladné péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....  
Jméno a příjmení studenta



## Přístup k psychiatrickému pacientovi v PNP

### **Klíčová slova:**

psychiatrický pacient, přednemocniční neodkladná péče, komunikace, ošetřovatelství v psychiatrii

psychiatric patient, prehospital emergency care, communication, nursing in psychiatry

### **Rešerše č. 14/2018**

### **Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 41 záznamů</b> (kvalifikační práce – 5, monografie – 21, ostatní – 14)
<b>Časové omezení:</b>	2008 - současnost
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština
<b>Druh literatury:</b>	knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	12. 2. 2018

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- kvalifikační práce (**thesis, cuni**)
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO