

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Julie Freyburgová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ  
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

**Julie Freyburgová**

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**PSYCHIATRICKÝ PACIENT V PŘEDNEMOCNIČNÍ  
NEODKLADNÉ PÉČI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Julie FREYBURGOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17B0190P**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Téma práce: **Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči**  
Zadávající katedra: **Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

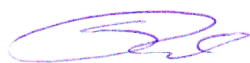
Seznam doporučené literatury:

- ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4119-2.
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-569-1.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. [Praha]: Bomton Agency, 2008- . sv., ISBN 978-80-904259-0-3.
- NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- SEIDLOVÁ, Dana, Komunikačně náročné situace na zdravotnické záchraně službě z pohledu zdravotnického záchranáře, Olomouc 2014, diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci – Pedagogická fakulta, katedra psychologie a patopsychologie.
- SUDARSANAN S., CHAUDHURY S., PAWAR AA., SALUJHA SK., SRIVASTAVA K. Psychiatric Emergencies, National Center for Biotechnology Information [online], India: Med J Armed Forces 21. 07. 2011 [cit. 27.05.2019]. Dostupné z: 10.1016/S0377-1237(04)80162-X

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Stanislava Reichertová**  
Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



**PhDr. Lukáš Štich**  
děkan



**Mgr. Stanislava Reichertová**  
vedoucí katedry

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 26.4.2020

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Stanislavě Reichertové za odborné vedení práce, vstřícný přístup, připomínky, poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Freyburgová Julie

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

Počet stran – číslované: 119

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: psychiatrický pacient, duševní onemocnění, komunikační techniky, deeskalace, přednemocniční neodkladná péče

Souhrn:

Tato práce pojednává o problematice pacienta s diagnostikovaným duševním onemocněním v prostředí přednemocniční neodkladné péče.

V teoretické části se zabýváme historií psychiatrické péče, popisem nejčastěji diagnostikovaných duševních onemocnění (vyjma organicky podmíněných duševních poruch a duševních poruch způsobených užíváním návykových látek), komunikačními technikami a všeobecnými zásadami určenými ke zvládnutí komunikačně náročných situací v kontaktu s duševně nemocným pacientem.

V praktické části jsou prezentovány výsledky anonymního dotazníkového šetření, ve kterém jsme mapovali a porovnávali zkušenosti lidí s diagnostikovaným duševním onemocněním v souvislosti s prostředím zdravotnické záchranné služby.

## **Abstract**

Surname and name: Freyburgová Julie

Department: Department of Rescue Services and Technical Fields

Title of thesis: A Psychiatric Patient in Emergency Medical Services

Consultant: Mgr. Stanislava Reicherotová

Number of pages: 119

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 39

Keywords:

psychiatric patient, mental disorder, communication techniques, de-escalation, emergency medical services

Summary:

This thesis deals with the issue of a patient diagnosed with mental disorder in the environment of Emergency Medical Services.

The theoretical part describes history of psychiatric care, the most commonly diagnosed mental disorders (but Organic, including symptomatic, mental disorders and Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use) and communication techniques and general principles intended to manage challenging situations in communication with mentally ill patients.

The practical part presents the results of an anonymous questionnaire in which we surveyed and compared psychiatric patients' experience with the environment of Emergency Medical Services.



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
<b>1 Vymezení tématu a základní pojmy.....</b>	<b>14</b>
1.1 Přednemocniční neodkladná péče.....	14
1.2 Duševní porucha.....	14
1.3 Psychiatrický pacient.....	14
1.4 Mezinárodní klasifikace nemocí.....	15
<b>2 Legislativa.....</b>	<b>16</b>
2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb.).....	16
2.2 Listina základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.).....	16
2.3 Zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.).....	17
2.3.1 Informovaný souhlas.....	17
2.3.2 Negativní revers.....	17
2.3.3 Nedobrovolná hospitalizace.....	18
2.3.4 Užití omezovacích prostředků.....	19
<b>3 Historie a vývoj psychiatrické péče v České republice a ve světě.....</b>	<b>21</b>
3.1 Starověk.....	21
3.2 Středověk.....	22
3.3 Novověk.....	23
3.4 Moderní dějiny.....	24
<b>4 Současná témata v péči o duševní zdraví.....</b>	<b>27</b>
4.1 Deinstitutionalizace.....	27
4.2 Destigmatizace.....	28
<b>5 Charakteristika nejčastějších duševních onemocnění.....</b>	<b>29</b>
5.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29).....	29
5.1.1 Schizofrenie.....	29
5.2 Afektivní poruchy – poruchy nálady (F30-F39).....	31
5.2.1 Epizoda deprese.....	31
5.2.2 Epizoda mánie.....	32
5.2.3 Bipolární afektivní porucha.....	33
5.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48).....	33
5.3.1 Hyperventilační syndrom – psychogenní hyperventilace.....	34
5.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69).....	35
5.4.1 Hraniční porucha osobnosti.....	35
<b>6 Specifika péče o pacienta s duševním onemocněním.....</b>	<b>38</b>
6.1 Own safety first.....	38
6.2 Pacient s duševní poruchou a somatické onemocnění.....	39
6.3 Komunikační specifika.....	39
6.3.1 Akutní psychotická ataka.....	40

6.3.2 Úzkostný pacient.....	41
6.3.3 Sebevražedný pacient.....	42
<b>7 Techniky efektivní komunikace.....</b>	<b>44</b>
7.1 4P komunikace.....	44
7.2 Model deescalace krizové situace.....	46
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>50</b>
<b>8 Formulace výzkumného problému.....</b>	<b>51</b>
<b>9 Cíle a hypotézy výzkumného šetření.....</b>	<b>52</b>
<b>10 Metodika šetření.....</b>	<b>53</b>
<b>11 Charakteristika sledovaného souboru.....</b>	<b>54</b>
<b>12 Prezentace a interpretace získaných údajů.....</b>	<b>55</b>
12.1 Zkušenosti respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním se systémem přednemocniční neodkladné péče.....	55
12.2 Zkušenosti respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění se systémem přednemocniční neodkladné péče.....	89
<b>DISKUZE.....</b>	<b>114</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>119</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>120</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>124</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>125</b>
Příloha 1 - Základní rozdělení duševních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).....	125
Příloha 2 - Dotazník: Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči.....	126
Příloha 3 - Dotazník: Pacient v přednemocniční neodkladné péči.....	130
Příloha 4 – Souhlas s poskytnutím informací.....	133
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>135</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>137</b>

## ÚVOD

Duševní onemocnění jsou ve společnosti daleko běžnějším jevem, než by se mohlo na první pohled zdát. Udává se, že každý pátý člověk se během svého života setká s nějakou formou duševních potíží a každý dvacátý pátý s duševním onemocněním žije dlouhodobě (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Někteří z těchto lidí jsou dlouhodobě léčeni v psychiatrických zařízeních, jiní žijí celkem běžný život sami nebo se svou rodinou a navštěvují odborníky ambulantně. Avšak i tito lidé, stejně jako kteříkoliv jiní, se dostávají do kontaktu se zdravotnickou záchrannou službou. Jejich potřeby jsou však mnohdy značně specifické a komunikace s nimi může být někdy obtížná.

Ačkoli se přístup k duševně nemocným pomalu, ale jistě během posledních desetiletí mění, stále jsou duševní poruchy považovány za něco „nenormálního.“ Lidé všeobecně lépe rozumí onemocněním, která se dají prokázat např. vyšetřením krve nebo zobrazit pomocí přístroje. Duševní poruchy postihují vyšší mozkové funkce. Ovlivňují tak lidské vnímání, myšlení, prožívání i jednání a mohou významně narušovat život nemocného, přestože „nejsou vidět.“ Velkou roli v životech lidí s duševními potížemi mnohdy hraje i stud a strach, které cítí kvůli tomu, že psychické problémy mají. Tento stud a obavy pak vedou k neřešení svých potíží včas s adekvátní odbornou pomocí, a tak se stává, že prvozáhyt nemoci je právě v prostředí přednemocniční neodkladné péče.

V této práci se zaměřujeme na nejčastější duševní poruchy v populaci, se kterými se zdravotnický záchranář ve své praxi může setkat. Jedná se o skupiny poruch, jakými jsou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, afektivní poruchy (poruchy nálady), neurózy a poruchy osobnosti a chování u dospělých. Poruchám způsobeným užíváním psychoaktivních látek a organicky podmíněným duševním poruchám se v této práci nevěnujeme, přestože jsou poměrně časté.

Teoretickou část věnujeme především popisu projevů jednotlivých skupin poruch a komunikačním technikám. Správná forma komunikace je při jednání s duševně nemocným klíčová. V krizové situaci je zdravotnický záchranář mnohdy tím prvním zdravotníkem, který v kontaktu s nemocným je a může mít tak velký vliv na to, jak se bude nadále emoční prožívání pacienta a na něj nasedající jednání vyvíjet. Předpokládáme, že pozitivní zkušenost nemocného se zdravotnickou záchrannou službou, může pacientovi pomoci s extrapolací této zkušenosti na širší okruh zdravotníků, ke kterým následně přistupuje s větší důvěrou. Naopak negativní zkušenost vlivem nedorozumění, necitlivého přístupu

apod. se pak snáze rozvíjí ve všeobecnou nedůvěru ve zdravotnický systém a potenciálně může vést ke zhoršení spolupráce a postoje pacienta i v budoucnu. Dalším tématem, kterým se v teoretické části zabýváme jsou legislativní otázky v problematice duševně nemocných. Psychiatrické diagnózy jsou z hlediska legislativy poměrně komplikovaným tématem. V neposlední řadě se v teoretické části zabýváme i současnými tématy v péči o duševní zdraví v České republice s ohledem na právě probíhající reformu psychiatrické péče.

V praktické části jsme pomocí dotazníkového šetření zjišťovali zkušenosti psychiatrických pacientů se zdravotnickou záchrannou službou a ptali se i na jejich obavy spojené s využitím systému přednemocniční neodkladné péče. Cílem dotazníkového šetření bylo především získat zpětnou vazbu od pacientů. Zaměřujeme se na otázky týkající komunikace mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem s důrazem na vlastní pocity nemocných. Výsledky tohoto dotazníkového průzkumu mezi duševně nemocnými porovnáváme s výsledky dotazníků, které byly určeny veřejnosti bez diagnostikovaného duševního onemocnění. Dotazníky byly téměř identické, kromě několika málo specifických otázek zaměřených na duševně nemocné. Díky tomuto srovnání můžeme posoudit nejen zkušenost duševně nemocných se zdravotnickou záchrannou službou, ale zjistit, zdali se jejich pocity popř. obavy nějak výrazně liší od většinové populace.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Vymezení tématu a základní pojmy

Tato práce pojednává o duševně nemocných pacientech a jejich specifických potřebách především v oblasti komunikace v prostředí přednemocniční neodkladné péče. Snažíme se zde charakterizovat nejčastější duševní poruchy, se kterými se zdravotnický záchranář může při výkonu své práce setkat a shrnout nástroje, kterými lze zvýšit šance na efektivní zvládnutí komunikačně náročných situací.

## 1.1 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) je charakterizována jako akutní zdravotní péče poskytována postiženému v místě vzniku úrazu nebo jiného závažného postižení zdraví a po dobu jeho transportu k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče (Zákon č. 374/2011 Sb.)

## 1.2 Duševní porucha

Duševní poruchy (jinak též psychické poruchy/nemoci) jsou skupinou poruch a onemocnění, které mají vliv především na lidské myšlení, prožívání, jednání a mnohdy znesnadňují fungování jedince ve společnosti. Jde nejčastěji o relativně trvalé nebo dlouhodobé narušení funkce nebo procesu (vnímání, chování, prožívání) a jsou charakterizovány jako rysy a vlastnosti, které jsou výrazně odlišné od všeobecně, sociálně a kulturně přijímané normy (Hartl a Hartlová, 2004; Petr et al., 2014).

V MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) jsou poruchy duševní a poruchy chování vymezeny v páté kapitole a náleží jim kódové označení počínající písmenem F. Pro veškerou klasifikaci zde je použit termín porucha místo výrazu nemoc nebo onemocnění a jejich definice musí platit s přihlédnutím k různým kulturním zvyklostem a náboženskému vyznání (AÚ AV ČR, 2014; Hartl a Hartlová, 2004; WHO, 2008).

## 1.3 Psychiatrický pacient

Psychiatrie je odvětví medicíny zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch (American Psychiatric Association, 2019). K diagnostice duševních poruch využívá některý z klasifikačních systémů. V České republice je využívána Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10), jejímž autorem je Světová zdravotnická organizace (WHO). Za psychiatrického pacienta pak

považujeme takového, kterému byla diagnostikována některá z duševních (psychiatrických) poruch dle platných diagnostických kritérií.

#### **1.4 Mezinárodní klasifikace nemocí**

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (označována MKN) je též známá pod originálním názvem International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Je jedním z klasifikačních systémů, jejichž cílem je mezinárodní standardizace poruch a nemocí. Své využití nachází zejména v evropských zemích, včetně České republiky. Druhým užívaným systémem je DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases), který vydává Americká psychiatrická asociace (APA) (Heugten D. van et al., 2015).

MKN je publikace vydána Světovou zdravotnickou organizací (WHO), kodifikující systém označování a klasifikace lidských onemocnění, zdravotních problémů, poruch a dalších příznaků, situací nebo okolností (ÚZIS, 2017).

Aktualizace této klasifikace vycházejí přibližně každých 10 let a rozlišují se číselným označením za zkratkou názvu. Aktuální verzí je MKN-10, která v České republice vstoupila v platnost roku 1994 a od té doby byla průběžně několikrát aktualizována se zachováním stávajícího číselného označení (ÚZIS, 2017).

## 2 Legislativa

Obor psychiatrie je jedním z právně nejkomplikovanějších lékařských oborů vůbec. Problematiku péče o duševně nemocné právně ošetřují mezinárodní úmluvy, listina základních práv a svobod ČR, zákon o zdravotních službách a spousta dalších norem, které vymezují právo pacienta rozhodovat o svém zdravotním stavu, terapeutických intervencích, právo na informace o svém zdravotním stavu, ale i možnost odmítnutí zdravotní péče, pokud si ji pacient nepřeje. Tyto zákonem dané normy ale také vymezují situace, kdy je možné některá ze základních lidských práv pacienta, a to především právo na osobní svobodu, omezit.

### 2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb.)

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny je mezinárodní úmluvou. Byla přijata Radou Evropy v roce 1997 a Českou republikou ratifikována v roce 2001. Tato úmluva vymezuje základní práva pacientů (informovaný souhlas, dříve vyslovené přání apod.) a tím i základní povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb (č. 96/2001 Sb., s.).

Vymezení, která jsou zakotvena v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, jsou nadřazena ostatním právním normám vztahujících se k dané problematice v České republice. Vnitrostátní zákony, které upřesňují základní body této úmluvy, nesmí být s touto smlouvou v rozporu. Pokud se tak stane, mezinárodní smlouva má větší validitu než právní norma hierarchicky níže postavená (European e-justice, 2019).

### 2.2 Listina základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.)

Listina základních práv a svobod byla schválena na konci roku 1992 a v České republice je jednou z nejvyšších právních norem. Tato listina vymezuje základní lidská práva a svobody, politická práva, práva etnických menšin, hospodářská, sociální a kulturní práva a právo na soudní a jinou právní ochranu (2/1993 Sb.).

V problematice poskytování zdravotní péče duševně nemocným pacientům je pro nás důležitý především článek 8 této legislativní normy, který říká že:

*„1) Osobní svoboda je zaručena.“*



*„2) Nikdo nesmí být stíhán nebo zbaven svobody jinak než z důvodů a způsobem, který stanoví zákon. Nikdo nesmí být zbaven svobody pouze pro neschopnost dostát smluvnímu závazku.“*

*[...]*

*„6) Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů.“ (č. 2/1993 Sb.).*

## **2.3 Zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.)**

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování byl schválen v prosinci roku 2011 a vstoupil v platnost 1. dubna 2012. Tento zákon řeší většinu otázek týkajících se problematiky poskytování zdravotních služeb. Ustanovuje povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, náležitosti vedení zdravotnické dokumentace, zajišťování kvality poskytovaných služeb apod.

### **2.3.1 Informovaný souhlas**

Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 2001 stanovuje, že jakýkoli medicínský zákrok je možné provést pouze tehdy, pokud s ním dotyčná osoba souhlasí. Bez souhlasu pacienta je možné zákrok provést jen v určitých situacích (č. 96/2001 Sb.).

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování pak přesně definuje různé podoby udělení informovaného souhlasu (pozitivního reversu) a také situace, kdy lze pacientovi poskytnout neodkladnou péči i bez tohoto souhlasu. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pacienta řádně informovat dle paragrafu 31 tohoto zákona a na základě těchto informací se pacient svobodně a bez nátlaku rozhodne o udělení či neudělení svého souhlasu. Výjimky tvoří situace, kdy pacient není schopen informovaný souhlas poskytnout nebo není způsobilý k právním úkonům (č. 372/2011 Sb., § 34).

### **2.3.2 Negativní revers**

Negativní revers je písemným vyjádřením pacienta o odmítnutí poskytování služeb zdravotní péče navzdory doporučení lékaře. Stejně jako v případě informovaného souhlasu (pozitivního reversu) je třeba, aby byl pacient řádně informován o svém zdravotním stavu a potenciálních důsledcích svého rozhodnutí (č. 372/2011 Sb., § 34).

V prostředí psychiatrické péče, je problematika negativního reversu značně komplikovaná. Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Zákon o zdravotních službách jasně říkají, že pacient má právo svobodně se rozhodnout o využití či nevyužití zdravotních

služeb. Na druhé straně ale tyto právní normy také určují, kdy lze pacientovo přání nerespektovat, což se týká i specifických situací v problematice ošetřování psychiatrických pacientů. Za předpokladu, že pacient splní některou ze zákonem daných podmínek, které omezují právo pacienta odmítnout zdravotní péči, nemůže tento pacient statut negativního reversu využít. Tyto podmínky jsou zakotveny v paragrafu 38 zákona č. 372/2011 Sb. (č. 96/2001 Sb.; č. 372/2011 Sb., § 38).

### **2.3.3 Nedobrovolná hospitalizace**

Nedobrovolná hospitalizace je charakterizována jako hospitalizace bez souhlasu pacienta. Je opakem hospitalizace dobrovolné, při které pacient podepisuje informovaný souhlas, jenž je vyjádřením nemocného, že souhlasí s poskytnutím lůžkové zdravotní péče (Polách, 2015).

Dle paragrafu 38 zákona č. 372/2011 Sb. lze pacienta, který je způsobilý k právním úkonům, hospitalizovat nedobrovolně jen v několika málo případech. Prvním a v přednemocniční péči častým důvodem k poskytnutí zdravotní péče bez souhlasu pacienta je situace, kdy pacientův zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň tento stav neumožňuje vyslovení souhlasu. Takovou situací mohou být např. poruchy vědomí (č. 372/2011 Sb., § 38).

Další možností, kdy lze pacienta nedobrovolně hospitalizovat v souladu s platnými právními normami České republiky, je nařízená izolace popř. karanténa dle zákona o ochraně veřejného zdraví (č. 372/2011 Sb, § 38).

Třetím důvodem pro hospitalizaci bez souhlasu pacienta je situace, kdy bylo pacientovi soudem nařízeno ochranné léčení. K soudem uloženému ochrannému léčení dochází v situacích, kdy se pacient dopustil trestného činu ve stavu nepřičetnosti, který byl zapříčiněn duševní poruchou nebo užitím psychotropních látek. Avšak i pacienti, kteří se nedopustili trestného činu a nebylo jim nařízeno ochranné léčení, mohou být hospitalizováni nedobrovolně. Týká se to především situací, kdy pacient svým jednáním bezprostředně ohrožuje sám sebe anebo své okolí za současné přítomnosti známek duševní poruchy (popř. je pod vlivem návykových látek) a těmto hrozbám není možné zamezit jiným zákonným způsobem (č. 372/2011 Sb, § 38).

Tento paragraf též ukládá možnost poskytnout neodkladnou péči pacientovi s duševním onemocněním i přes jeho nesouhlas v případech, kdy existuje riziko, že by neléčení tohoto stavu velmi pravděpodobně vedlo k závažnému poškození zdraví pacienta. Protože pojmy jako „objektivní míra rizika“ a „závažné poškození zdraví“ nejsou v tomto

kontextu zákonem upraveny, je v dané situaci jejich zhodnocení v kompetenci odpovědného zdravotnického pracovníka (č. 372/2011 Sb, § 38; Franěk, 2019).

### **Postup v případě nedobrovolné hospitalizace pacienta**

Hospitalizace bez souhlasu pacienta je určitým zásahem do pacientových práv. V případě, že lékař rozhodne o přijetí pacienta k hospitalizaci bez souhlasu pacienta, je lékař povinen tuto skutečnost do 24 hodin od přijetí pacienta do péče nahlásit soudu. Místní soud následně během jednoho týdne rozhodne, zdali převzetí pacienta do péče bez jeho souhlasu, bylo v souladu s platnými právními normami. Tato doba, kdy se soud rozhoduje o přípustnosti převzetí pacienta do ústavu zdravotní péče, se nazývá detenční řízení. V případě potvrzení oprávněnosti umístění pacienta do zdravotnického zařízení proti jeho vůli, proces pokračuje řízením o vyslovení přípustnosti dalšího držení pacienta. V tomto řízení je pacient vyšetřen soudním znalcem, který je lékařem se specializací v oboru psychiatrie. Na základě tohoto vyšetření následně soud během tří měsíců rozhodne, zdali je přípustné další držení pacienta v ústavní péči a pokud ano, tak na jakou dobu. Maximální možná doba, po kterou pacient může být na základě tohoto usnesení umístěn ve zdravotnickém zařízení proti své vůli, je jeden rok. Po uplynutí této doby je nutné pacienta buď propustit nebo vypracovat nový posudek, na jehož základě může být doba dalšího držení pacienta prodloužena o maximálně další rok (č. 372/2011 Sb., § 40; Petr et al., 2014; Polách, 2015).

#### **2.3.4 Užití omezovacích prostředků**

Omezovacími prostředky chápeme užití takových opatření, která vedou k omezení volného pohybu pacienta. Pro tyto účely paragraf č. 39 zákona o zdravotních službách vymezuje, za jakých podmínek a jakým způsobem je uplatnění těchto opatření možné. Užití omezovacích prostředků je možné pouze tehdy, kdy je důvodem jejich použití zamezení bezprostředního rizika ohrožení zdraví nebo života pacienta, zdravotnických pracovníků, ale i kterýchkoliv jiných osob. K tomuto omezení lze užít uchopení pacienta kompetentními osobami, ochranné pásy, síťová lůžka, zabezpečenou místnost, ochranný oděv (vesta nebo kabátek) a psychofarmaka. Dobu, po kterou je prostředek omezení aplikován na pacienta, je vždy třeba zkrátit jen na dobu nezbytně nutnou. Rozhodnutí o užití omezujících prostředků je v kompetenci lékaře. V případě, že situace nedovoluje jinak, může nelékařský zdravotnický pracovník též toto rozhodnutí učinit, avšak je jeho

povinností neprodleně informovat službu konajícího lékaře, který následně buď potvrdí nebo vyvrátí oprávněnost užití omezovacích prostředků (č. 372/2011, § 39) .

Jelikož je užití omezovacích prostředků značným zásahem do osobních svobod člověka, je třeba tento zásah zaznamenat do dokumentace pacienta se všemi náležitostmi uvedenými ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci (č. 98/2012 Sb., § 1, odst. 2).

### **3 Historie a vývoj psychiatrické péče v České republice a ve světě**

Duševní poruchy patří k lidskému druhu již od nepaměti a snad ve všech etapách naší historie vyvolávaly v lidech obavy ale i úžas. Přestože během posledních několika tisíc let došlo k velkému posunu kupředu v porozumění problematice psychických poruch, dodnes toto téma vyvolává ve společnosti rozporuplné pocity (Petr et al., 2014).

#### **3.1 Starověk**

Historie péče o duševně nemocné sahá až do období starověku. Tehdejší lidé si nebyli schopni racionálně vysvětlit projevy dnes již známých duševních poruch a tak z jejich pohledu podivné chování svých bližních přičítali nadpřirozeným silám. Měli za to, že duše nemocných ovládají démoni. První zmínky o duševních chorobách přináší Ebersův papyrus původem z Egypta z období 15. století před naším letopočtem. Tento papyrus obsahuje i zařikadla a modlitby k zahánění zlých duchů způsobujících posedlost (Svoboda et al., 2015). Z přesvědčení, že za nemoci duše jsou odpovědné nadpřirozené síly, také vyplývala primitivní léčebná péče. Kromě již zmíněných modliteb se jednalo např. o různé rituály na posvátných místech nebo nošení magických amuletů. V této době se objevily i pokusy o ovlivnění psychických procesů pomocí bylin. Používalo se např. konopí, čemeřice, zmijovice, různé kaktusy a spousta dalších rostlin. Tyto látky způsobovaly změnu stavu psychiky, což bylo hodnoceno jako terapeuticky přínosné (Černoušek, 1988).

S odlišným pohledem na problematiku duševních poruch začali přicházet filozofové a vědci. Prvním, kdo prohlásil, že mozek je sídlem rozumu, a že duševní nemoci jsou onemocněním mozku, byl řecký filozof Pythagoras v 6. století př. n. l. Za nejvýznamnějšího lékaře antické doby považujeme bezpochyby Hippokrata. Hippokrates už v 5. století př. n. l. začal klást důraz na klinické pozorování ve snaze vědecky objasnit příčinu vzniku psychických poruch. Jeho pojetí duševních poruch se tak stalo základem v rozvoji dnes již samostatného oboru psychiatrie (Vencovský, 1983).

Změna přístupu k duševně chorým s sebou však nesla i nové metody léčby. Když společnost přijala teorii, že za onemocnění duše nemohou démoni, otevřely se dveře ke zkoušení rozmanitých postupů, jak duševní nemoc z hlavy nemocného „vyhnat“ a pomoci mu znovu nalézt ztracený rozum. Už v období starověku se objevovaly první zmínky o

terapii šokem. Účelem léčby pomocí šoku bylo navodit stav duševní krize, silného strachu a úzkosti, po jejichž zvládnutí mělo dojít ke zlepšení stavu nemocného (Černoušek, 1988).

I přestože se v této době objevovaly snahy o porozumění duševním onemocněním včetně prvních pokusů o léčbu takovýchto jedinců, rozhodně nelze mluvit o tom, že by se jednalo o systém organizované péče. Společnost jako celek tehdy duševně nemocné nepřijímala s příliš velkým pochopením. Lidé problematice psychiatrických onemocnění nerozuměli a z duševně nemocných měli strach. Tento strach vedl k odmítání a izolaci duševně chorých ve snaze minimalizovat kontakt s nimi (Petr et al., 2014).

## 3.2 Středověk

Počátek raného středověku v Evropě datujeme od 6. století. V této době, po pádu Západořímské říše, křesťanství významně posílilo svůj vliv a to i v oblasti lékařství. Rozmach křesťanství s sebou přinesl i návrat k méně pokrokovým teoriím a názorům. Společnost se vrátila k přesvědčení, že za duševními poruchami stojí nadpřirozené síly. Vědecký pohled na problematiku v podstatě zmizel a do popředí se dostala tzv. démonologie, která je definována jako nauka o démonech a zlých duších (Vencovský, 1983; Sociologický ústav AV ČR, 2017). Ve střední Evropě měla na starosti sociální a zdravotní záležitosti církev. Duševně nemocní v této době byli často uvrhováni do tzv. klecí bláznů, věží bláznů, které byly součástí městského opevnění, anebo umístěni na lodě bláznů. Tyto lodě pluly především po vodních cestách v oblasti Porýní. Všechny tyto prostředky plnily jeden a ten samý účel a to izolovat „blázny“ od duševně zdravé populace (Svoboda et al., 2015; Černoušek, 1988).

Avšak i přestože byl středověk pro duševně nemocné skutečnou dobou temna, i v tehdejší době vzniklo několik významných zařízení zajišťujících základní péči o psychicky choré. V roce 830 založil biskup Sigibald klášterní azyl v Metách na severovýchodě dnešní Francie. Ve vesnici Gheel na severozápadě Belgie (Flandry) byl roku 1200 zřízen klášterní špitál pro duševně nemocné a podobná zařízení vznikala i ve 14. století v Hamburku a Bruggách (Svoboda et al., 2015).

Počátek 15. stol. s sebou přinesl i výraznější odpor vůči církevním dogmatům, což ovlivnilo i péči o duševně nemocné. Vznikaly první azyly, které byly zřizovány městy namísto klášterů. Prvním z nich byla Bethlehemská nemocnice poblíž Londýna, která se začala specializovat na péči o duševně choré roku 1403 (Porter, 2006). Až v této době se pomalu začal měnit všeobecný pohled na „šílenství“ a v Evropě vznikala první pravidla

pro zacházení s duševně nemocnými. Začaly se objevovat snahy o systémovou sociálně právní ochranu psychicky nemocných. Rodinám a blízkým bylo doporučováno, že nemocného je především třeba držet v bezpečném prostředí. V tehdejší době to ovšem stále znamenalo izolaci uvnitř domu, případně pokud nemocný ohrožoval sebe nebo své okolí, mohl být i uvězněn (Vencovský, 1983).

Avšak všechna tato z pohledu dnešní doby stále krutá opatření, byla pro tehdejší společnost velkým posunem kupředu v péči o duševně choré.

### **3.3 Novověk**

Začátek 16. stol. nebo také počátek novověku též přinesl duševně nemocným nemalé útrapy. V tehdejší době sice lékaři stále posilovali svůj vliv a otevřeně vystupovali proti démonologii, ale prostředí, ve kterém byli pacienti drženi a používané léčebné techniky, jež na ně byly aplikovány, duševně nemocným příliš neprospívaly. Typickým příkladem takových terapeutických postupů je pouštění žilou, užívání dávidel a projímadel, žíznění, hladovky a tehdy stále užívaná léčba šokem (Černoušek, 1990). Duševně nemocní byli stále považováni za nebezpečí pro společnost a bylo třeba je izolovat. Mnozí z nich tak trávili svůj život ve velmi neutěšených podmínkách ve špíně a připoutáni ke zdem. Někteří byli dokonce vystavováni na veřejných prostranstvích pro pobavení občanů. Proti těmto praktikám brojili lékaři s pokrokovými názory, ale ještě dlouho dobu trvalo, než se začala měnit i praxe (Porter, 2006).

Velmi významnou postavou období Velké francouzské revoluce (konec 18. stol.) byl pařížský lékař Philippe Pinel. Pinel otevřeně vystupoval proti omezování a týrání duševně nemocných v psychiatrických zařízeních. Zasadil se o důstojné zacházení s duševně nemocnými, o uplatňování stejných hygienických norem, které platily pro fyzicky nemocné, prosazoval léčbu prací a laskavý přístup. Na Pinelovu práci navázal jeho žák Jean Etien Dominique Esquirol (1772 - 1840), který se zabýval terapeutickou naukou a zkoušel nejrůznější v té době známé techniky, jakými jsou např. mesmerismus (živočišný magnetismus), muzikoterapie apod. Pinel a jeho žák Esquirol jsou dnes považováni za zakladatele moderní psychiatrie (Svoboda et al., 2015).

V Čechách se v té době péče o duševně nemocné nijak zvlášť nelišila od zbytku Evropy. V 80. letech 18. století začaly vznikat první oddělení nemocnic a chorobince pro duševně nemocné (Petr et al., 2014).

Teprve až na konci 18. století v psychiatrické péči končí doba středověkých technik a démonologie je definitivně považována za zavrženíhodný přístup. Duševně choří patří výhradně do rukou lékařů a rozvíjí se snahy o humánnější přístup k nim (Petr et al., 2014).

Rozvoj medicínských oborů jakými jsou např. neurologie, mikrobiologie a psychologie, napomohl na přelomu 19. a 20. století i oboru psychiatrie. Průlomem byl především v roce 1905 objev bakterie *Treponema pallidum* způsobující syfilis. Díky tomuto významnému objevu se potvrdila teorie, že duševní poruchu lze vysvětlit i tělesným onemocněním a lze ji tedy úspěšně léčit (Petr et al., 2014).

### **3.4 Moderní dějiny**

Přístup společnosti k duševně nemocným prošel značným vývojem i v tomto období. Majoritní vliv na to měla 1. světová válka. U vojáků, kteří působili ve válce, se začaly objevovat rozmanité duševní potíže, které tehdy odborná veřejnost shrnula názvem „shell lock.“ V dnešní lékařské terminologii, potíže těchto vojáků odpovídají posttraumatické stresové poruše (PTSD). Společnost tak musela čelit faktu, že duševní nemoc nepostihuje jen společenskou spodinu nebo žebráky, ale může ovlivnit život komukoli. Toto zjištění značně změnilo náhled na duševní onemocnění a přimělo tehdejší společnost vnímat psychiatrii jako obor mnohem seriózněji (Petr et al., 2014).

V této době se vývoj psychiatrie začal ubírat dvěma hlavními směry. Prvním z nich byla tzv. biologická psychiatrie a druhým psychiatrie sociální. Biologická psychiatrie byl směr založený na teorii, že duševní nemoci jsou důsledkem onemocnění centrální nervové soustavy (CNS). Podmínkou úspěšnosti léčby duševních poruch bylo proniknutí do CNS a poskytnutí terapeutické intervence. Způsobem, jak této intervence docílit, byly konvulzivní metody terapie (konvulze způsobené inzulinem nebo později elektřinou) a neurochirurgické operace (lobotomie). Značným převratem v léčbě byl objev prvních antipsychotik v padesátých letech dvacátého století.

Sociální psychiatrie se soustřeďovala na podmínky, ve kterých nemocný žije, jaké je jeho sociální prostředí a jak mu pomoci být co nejvíce užitečným členem společnosti. (Svoboda et al., 2015).

V Čechách se na přelomu 19. a 20. století budovaly velké psychiatrické léčebny. Velmi často vznikaly mimo velká města. Typickým rysem těchto léčeben bylo značné množství lůžek. Velké psychiatrické nemocnice jako např. Kosmonosy, Dobřany a Bohnice fungují dodnes (Petr et al., 2014).



Dvacáté století ovšem nebylo jen dobou, ve které došlo ke značnému posunu v diagnostice a léčbě duševních poruch. Bylo i obdobím, ve kterém docházelo ke zneužívání tohoto medicínského oboru. V první polovině třicátých let 20. století byl v Německu přijat zákon o prevenci hereditárních chorob. Duševně nemocní, slabomyslní a „geneticky méněcenní“ jedinci tak mohli být legálně sterilizováni a těhotenství u žen mohlo být přerušeno až do 5. měsíce. Tento zákon se neseťkával s kritikou, ba naopak byl přijímán pozitivně i v zahraničí. Tehdejší psychiatři neměli příliš možností k efektivní léčbě svých psychiatrických pacientů a tak uvítali možnost profylaxe (Petr et al., 2014).

Na počátku 2. světové války byla v nacistickém Německu spuštěna Akce T4 známá také jako „Program euthanasie.“ Jednalo se o utajovanou akci, při které byli systematicky usmrcováni především slabomyslní, schizofrenici a také epileptici (holokaust.cz, 2019). Myšlenky na usmrcování „geneticky méněcenných“ jedinců se objevily už v roce 1935, kdy se říšský lékař Gerhard Wagner obrátil na Adolfa Hitlera s tímto požadavkem. Nacisté se rozhodli s řešením vyčkat do počátku války a to především kvůli obavám z nevole církve a široké veřejnosti (Petr et al., 2014). Avšak i přes utajování programu, vyplouvaly na povrch zprávy o podezřelých úmrtích duševně nemocných a program byl nakonec po necelých 2 letech oficiálně ukončen. Udává se, že během této doby zemřelo kolem 80 000 psychiatrických pacientů. I přes oficiální ukončení Akce T4, vyvražďování duševně nemocných pokračovalo až do konce války a celkový počet obětí programu euthanasie není znám. Při Norimberském procesu byl však odhadnut na cca 275 000 (holokaust.cz, 2019).

Psychiatrická péče ve válečném, ale i poválečném Československu trpěla nedostatkem financí a zájmu. Po nástupu komunistického režimu, bylo zdravotnictví v zemi řízeno centrálně a psychiatrická péče byla poskytována především v lůžkových zařízeních. Postupně vznikala i menší psychiatrická oddělení v rámci nemocnic, ale alternativní typy péče (např. svépomocná sdružení příbuzných nebo i pacientů) nebyly k dispozici. Síť ambulantních lékařů s psychiatrickým zaměřením se začala více rozvíjet až během 60. let 20. století (Petr et al., 2014).

Rok 1989 nebyl převratným jen pro politický režim tehdejšího Československa. Společenské a politické změny měly vliv i na zdravotnictví a psychiatrii. Společnost se stala otevřenější, což mělo pozitivní dopad i na přístup veřejnosti k duševně nemocným. O duševních chorobách se více hovořilo i v médiích a pro společnost začalo být toto téma

stále méně tabu. Psychiatrie přestala být tak výrazně izolována od ostatních oborů a vznikl prostor pro otevřený dialog mezi nemocnými, jejich příbuznými a lékaři (Petr et al., 2014).

V devadesátých letech se začal rozvíjet nový trend v péči o duševně nemocné. Snaha o deinstitucionalizaci vedla k mírnému poklesu počtu lůžek a k podpoře rozvoje komunitní péče. Přesto však je až v podstatě dodnes valná část péče poskytována v psychiatrických nemocnicích a předpokládá se, že by dlouho očekávanou změnu a pokrok v deinstitucionalizaci měla přinést reforma psychiatrické péče, jejíž koncept Ministerstvo zdravotnictví České republiky přijalo v roce 2013 (Petr et al., 2014; MZ ČR, 2019).

## **4 Současná témata v péči o duševní zdraví**

V posledních letech se o problematice duševních onemocnění stále více hovoří. Od počátku 90. let 20. století neprošel systém péče o duševně nemocné většími změnami a v současné době se jeho nastavení jeví jako neefektivní a z dlouhodobého hlediska neudržitelné. Problémy, jakými jsou nárůst pacientů vyžadujících psychiatrickou péči, podfinancování psychiatrických služeb i jejich špatná regionální dostupnost, jsou stále patrnější. V roce 2013 byla vypracována Strategie reformy psychiatrické péče, která si klade za cíl zlepšit kvalitu stávajících služeb, zajistit lepší provázanost zdravotnické a sociální složky péče, deinstitucionalizovat a zároveň podpořit rozvoj komunitních forem péče. Hlavní myšlenkou této strategie je zvýšit kvalitu života duševně nemocných, ale i jejich blízkých (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

### **4.1 Deinstitucionalizace**

Trendem psychiatrické péče na konci 19. století a na počátku 20. století byla výstavba velkých psychiatrických zařízení mimo větší města. Psychiatrické nemocnice jako Bohnice, Dobruška či Kosmonosy fungují dodnes a zajišťují především lůžkovou péči pro velmi rozsáhlá území. V těchto zařízeních je mnoho pacientů hospitalizováno dlouhodobě nebo se do těchto nemocnic opakovaně vracejí. Mnohdy je jejich návrat do běžného života a produktivní fungování v něm značně komplikováno až znemožněno z důvodu absence adekvátní formy péče a podpory v jejich běžném prostředí (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Deinstitucionalizace počítá se dvěma základními body. Prvním je podpora rozvoje komunitních a ambulantních služeb. Regionální centra duševního zdraví jsou novým prvkem v systému péče o duševně nemocné a poskytují zdravotně-sociální služby v regionu. Jejich funkcí je zlepšení dostupnosti potřebné péče duševně nemocným. Tím napomáhají k prevenci hospitalizací včasným záchytem rozvoje nebo relapsu závažného duševního onemocnění a reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných pacientů zpět do běžné společnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Druhým bodem by mělo být postupné snížení počtu lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích a tím i dosažení zvýšení kvality na úkor kvantity (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

## 4.2 Destigmatizace

Ačkoli postoj společnosti k duševně nemocným dostal během historie obrovských změn, stále se mnoho pacientů potýká se stigmatizací. „*Stigma lze obecně charakterizovat jako proces označování (labellingu), související jak se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu, které u stigmatizovaného pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě či společenské skupině*“ (NÚDZ, 2016, s. 4).

Stigmatizace je pro mnoho pacientů více zatěžující, než samotné onemocnění. Překvapivým faktem je, že se stigmatizací se pacienti nesetkávají jen ze strany laické veřejnosti, ale mnohdy i ze strany veřejnosti odborné. Veřejná (vnější) stigmatizace úzce souvisí se stigmatizací vnitřní, tzv. sebestigmatizací. Sebestigmatizace se zabývá tím, jak daný jedinec smýšlí o sobě samém jakožto o součásti stigmatizované skupiny, jestli a do jaké míry přejímá stereotypy a negativní postoje veřejnosti. Bylo prokázáno, že v zemích s menším podílem stigmatizujících postojů, vyšší informovaností a lepší dostupností psychiatrické péče, byla míra sebestigmatizace nižší (NÚDZ, 2016).

Stigmatizace, ať už vnější nebo vnitřní, vede u pacientů k pocitům studu i potížím se sebeúctou. To má negativní vliv na průběh samotného onemocnění, jejich spolupráci při léčbě, sociální vztahy i pracovní výkonnost. Pacienti zatížení stigmatem obtížněji vyhledají adekvátní péči již při prvních problémech a následně se do péče odborníků dostávají až s daleko závažnějšími komplikacemi. Rozvinuté formy onemocnění mají pak následně podstatně více devastující vliv na život pacienta i jeho blízkých než v případech záhytu časné formy onemocnění (NÚDZ, 2016).

Destigmatizační kampaně, na kterých se podílejí i samotní uživatelé psychiatrické péče, jsou jedním z cílů aktuální reformy. Nezastupitelnou roli hrají tzv. peer pracovníci. Peer pracovníci jsou lidé, kteří sami mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a dosáhli určitého stupně zotavení. Prostřednictvím svého příběhu ukazují dalším duševně nemocným, ale i široké veřejnosti, že i lidé s psychickým onemocněním se dokážou reintegrovat do společnosti a být jejím produktivním členem.

Aktivním zapojením peer konzultantů dochází k lepšímu propojení poskytovatelů péče a jejich uživatelů. Mnozí uživatelé vnímají peer konzultanty jako jakýsi most mezi nimi (nemocnými) a odborníky, čímž je peer konzultant ve své roli odborníkem nenahraditelný (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

## **5 Charakteristika nejčastějších duševních onemocnění**

V této práci se zabýváme tematikou duševních poruch a to především těch, se kterými se zdravotničtí záchranáři mohou při své práci setkat nejčastěji. Jedná se tedy o poruchy schizofrenního charakteru, poruchy nálady, neurotické poruchy a poruchy osobnosti a chování u dospělých. Ze statistik vyplývá, že dalšími početnými skupinami jsou poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek a také organicky podmíněné duševní poruchy. Vzhledem k tomu, že tyto dvě skupiny poruch jsou samy o sobě tak specifické, že by vydaly na samostatnou práci, rozhodli jsme se se jimi v této práci nezabývat (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

### **5.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)**

Souhrnně můžeme tuto skupinu onemocnění označit jako psychotické poruchy. Tyto poruchy jsou charakterizované omezením nebo celkovou ztrátou schopnosti adekvátní orientace v sobě i v okolním prostředí. Dochází ke změně vnímání, prožívání, interpretace reálného dění a následně i jednání daného jedince v reakci na porušený myšlenkový proces. Nejznámějším a zároveň nejčastějším onemocněním z této skupiny poruch je schizofrenie (Petr et al., 2014).

#### **5.1.1 Schizofrenie**

Schizofrenii řadíme mezi závažné duševní poruchy. Je to onemocnění, které vzniká nejčastěji v období dospívání nebo mladé dospělosti a postihuje stejně muže i ženy (celkem asi 1 % populace) (Petr et al., 2014).

Termín „schizofrenie“ pochází z řeckého schizein - štěpení a phren - mysl. Celý tento termín lze tedy přibližně přeložit jako „rozštěp mysli“. Tento překlad, je však zavádějící a neblaze napomáhá ke společensky rozšířenému mýtu, že schizofrenie znamená přítomnost více osobností v jednom těle. Faktem je, že takováto porucha skutečně existuje. Nazývá se Disociativní porucha identity (Dissociative identity disorder - DID), je extrémně vzácná a od schizofrenie se značně liší (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015).

Schizofrenie probíhá v epizodách, kdy se střídají období remisí a relapsů. Někteří pacienti zažijí psychotickou ataku v životě jednou, jiní prodělají ataku mnohokrát za život navzdory léčbě. Relapsu onemocnění často předcházejí tzv. prodromy. Prodromy jsou časně známky návratu nemoci a mnozí schizofrenici nebo blízcí schizofreniků, již dokážou tyto nevýrazné změny psychického stavu včas rozpoznat a spoluprací s lékařem, změnou

medikace apod. rozvinutí plné ataky předejít. Takováto úroveň kompenzace onemocnění ovšem vyžaduje značnou míru náhledu na nemoc, disciplinovanost pacienta, jeho ochotu spolupracovat s lékařem, užívat předepsanou medikaci a nevysazovat ji navzdory pocitu, že se mu daří lépe a antipsychotika tudíž nepotřebuje (Petr et al., 2014).

Bezpříznakové období, kdy pacient zvládá své každodenní povinnosti a zkrátka běžný život, je označováno jako remise. Každá ataka onemocnění zhoršuje prognózu pacienta a má negativní vliv na pacientovu osobnost, kognitivní funkce a rozvoj reziduálních příznaků. V případě, kdy nemoc nereaguje na léčbu, pacient v léčbě nespolupracuje a dochází k častým relapsům psychotického onemocnění, je vlivem rozvoje reziduálních příznaků negativně ovlivněna i role pacienta ve společnosti. Týká se to především oblastí jako jeho sociální zařazení, pracovní uplatnění a finanční nezávislost. S častějšími relapsy také stoupají náklady na léčbu daného pacienta.

Cílem léčby schizofrenie je docílit stavu remise a tento stav udržet. K tomu napomáhá právě včasné rozpoznání prodromálních příznaků a jejich adekvátní terapeutické ovlivnění před propuknutím ataky (Petr et al., 2014).

### **Časné varovné příznaky**

Časné varovné příznaky (prodromy) zahrnují poměrně různorodé spektrum neurčitých obtíží, které se mohou objevit i u jiných duševních poruch anebo dokonce i u psychicky zdravých lidí např. v době stresujícího životního období. Řadíme sem příznaky jako nechutenství, nespavost, podrážděnost, nepozornost, zhoršení paměti, snížený zájem o sociální interakci (izolace od okolí), strach, úzkosti, nervozita, ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti, různé somatické bolesti, ale i zvýšenou podezřívavost a obavy. Tyto příznaky (ne nutně všechny najednou) předcházejí propuknutí ataky a je třeba jim věnovat pozornost (Petr et al., 2014).

### **Schizofrenní příznaky - propuknutí onemocnění**

Schizofrenní příznaky se dělí na příznaky pozitivní a negativní. Schizofrenie má několik podtypů, které se liší přítomností pozitivních a negativních příznaků, jejich intenzitě, časnosti a dynamice nástupu (Petr et al., 2014).

#### Pozitivní příznaky

Pozitivní symptomy jsou takové, které představují v psychice nemocného něco navíc, s čím se běžná populace neseťkává. Patří sem halucinace (zvukové, zrakové, chuťové, čichové ale i hmatové vjemy, které nejsou reálné), bludy (mylná přesvědčení

vycházející z choroby - pocity pronásledování, manipulace s myšlenkami, vztahovačnost), dezorganizace myšlení a chování (roztržité, neurčité myšlení i jednání, slovní salát), manýrování (opakované stereotypní pohyby) nebo vzrušenost (Petr et al., 2014; Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

### Negativní příznaky

Negativní příznaky jsou charakteristické ochuzením pacienta o aspekty, které jsou v běžné populaci považovány za normální. Pacient, který zažívá negativní příznaky, může být emočně oploštělý, apatický, trpět hypobulií či abulií (ztráta vůle), hypomimií (omezení mimických projevů), komunikovat sporadicky a sociálně se izolovat (Petr et al., 2014).

### **Terapie**

Základní pilíř léčby schizofrenie tvoří farmakoterapie antipsychotiky. Tu je vhodné doplnit psychoterapií (individuální nebo skupinovou) a nácvikem sociálních dovedností. Velmi důležitá je též edukace pacienta s cílem vysvětlit mu povahu jeho duševního onemocnění, význam farmakoterapie i aktivního přístupu ke své léčbě. Pokud má pacient blízké, kteří jsou ochotni být nemocnému v léčbě oporou, je třeba edukovat i je. Mnohdy jsou to totiž právě blízcí, kteří si jako první všimnou časných varovných příznaků, které signalizují potenciální relaps.

V případě farmakorezistence nebo kontraindikaci psychofarmak, je v léčbě schizofrenie možné využití elektrokonvulzivní terapie (Petr et al., 2014).

## **5.2 Afektivní poruchy – poruchy nálady (F30-F39)**

Pro skupinu afektivních poruch nebo-li poruch nálady je charakteristická porucha afektivity nebo nálady. Prožívání nemocného je různé od depresivních stavů (s pocity úzkosti nebo bez nich) až po stavy euforické (manické). U určitých poruch dochází k cyklickému střídání těchto stavů s různou intenzitou deprese a euforie a odlišnou délkou trvání jednotlivých fází (WHO, 2008).

### **5.2.1 Epizoda deprese**

Epizoda deprese je stav chorobně pokleslé nálady. Dle závažnosti a množství příznaků rozlišujeme depresi lehkou, střední a těžkou. V případě těžké deprese, je zde riziko rozvinutí psychotických příznaků (Petr et al., 2014).

Pacient zažívající depresivní epizodu je pesimisticky naladěný, typickým nálezem je anhedonie (neschopnost prožívat radost). Nemocný má zpomalené psychomotorické

tempo, dochází u něj ke ztrátě zájmu o okolní dění a činnosti, které ho dříve bavily, ho již netěší. Vše se pro něj stává obtížným. Objevují se poruchy spánku (nеспavost/nadměrná spavost), značná únava, nechutenství (ztráta hmotnosti), hypobulie až abulie. V případě psychotických projevů u těžkých depresivních epizod jsou přítomny halucinace a bludy. Pacient s těžkou formou deprese, může být i značně zanedbaný, jelikož ne vždy zvládá základní sebepečí a ani o ni nejeví zájem (Petr et al., 2014).

Riziko suicida je u depresivních pacientů vysoké. Takový pacient by měl mít zajištěno bezpečné prostředí. V nemocniční péči je třeba zajistit stálý dohled, zamezení přístupu k oknům ve vyšších podlažích nebo jejich zabezpečení, k ostrým předmětům, různým šňůrám, tkaničkám apod. V přednemocniční neodkladné péči takového pacienta nenecháváme o samotě. V případě, že si jde např. do vedlejší místnosti pro nějaké věci osobní potřeby, držíme se vždy v jeho blízkosti tak, abychom dokázali včas rozpoznat riziko a předejít suicidu (např. vyskočením z okna) (Petr et al., 2014).

### **Terapie**

Terapie spočívá především v podávání antidepresiv. Možná je kombinace s benzodiazepiny a v případě těžké deprese s psychotickými dekompenzacemi i antipsychotiky. Důležité je postarat se i o doprovodné komplikace, které s sebou deprese přináší a to zajistit dostatečnou výživu a hydrataci pacienta a dopomoci mu se sebepečí. Doporučuje se i podpůrná psychoterapie (Petr et al., 2014).

#### **5.2.2 Epizoda mánie**

Mánie je opakem deprese. Dle závažnosti symptomů rozlišujeme u manického stavu mánií a hypománií. Maničtí pacienti mají zrychlené psychomotorické tempo, trpí poruchami spánku, jsou hovorní, roztržití a rádi se socializují. Jejich nálada může být povznesená, euforická, ale i podrážděná se sklony k agresi. Dochází k tzv. myšlenkovému trysku. Nemocní mohou mít potíže s verbálním vyjadřováním myšlenek, jelikož jejich myšlenkové tempo je vyšší než schopnost tyto myšlenky verbalizovat (Petr et al., 2014).

Maničtí pacienti mají sklony k impulzivité a riskantnímu jednání (promiskuita, rychlá jízda autem apod.). Dochází ke ztrátě zábrán a zvyšuje se riziko sebezabití. U psychotické formy mánie se mohou vyskytnout velikášské bludy nebo sluchové halucinace (Petr et al., 2014).



## **Terapie**

Stěžejní skupinou léčiv jsou stabilizátory nálady. Dále je možné užití antikonvulziv, antipsychotik a benzodiazepinů. S výhodou je i podpůrná psychoterapie (Petr et al., 2014).

### **5.2.3 Bipolární afektivní porucha**

Bipolární afektivní porucha, starším názvem maniodepresivní psychóza, je charakterizovaná střídáním období depresí a mánií v různém poměru a různé intenzitě. Pacienti s touto poruchou jsou náchylní k abúzu psychotropních látek. Podobně jako v případech schizofrenie, i u této diagnózy se objevují prodromální příznaky, které signalizují nástup další epizody onemocnění. Prodromy mají v závislosti na nastupující epizodě podobu mírnějších příznaků nastupující fáze. Jsou to tedy např. poruchy spánku, nesoustředěnost, nechut' k jídlu, celkově pokleslá nálada, impulzivita, podrážděnost apod. Včasná detekce prodromů a jejich adekvátní terapeutické ovlivnění je důležitou součástí léčby bipolární afektivní poruchy (Petr et al., 2014).

## **Terapie**

Při terapii bipolární afektivní poruchy je třeba farmaka přizpůsobovat aktuální fázi onemocnění. Pacienti zpravidla užívají kombinaci léčiv s ohledem na jejich aktuální stav. Základem jsou stabilizátory nálady doplňované antidepresivy, antipsychotiky popř. benzodiazepiny. Důležitá je i psychoterapie a především edukace pacienta o povaze jeho onemocnění (Petr et al., 2014).

### **5.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48)**

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy jsou poměrně různorodou skupinou psychických poruch. Jejich společným rysem je pocit úzkosti a mnohdy jeho fyzický projev. Úzkost u těchto poruch není vyvolána reálně hrozícím nebezpečím. Objevuje se buď v náhlých záchvatech či typických situacích (pro pacienta známé spouštěče úzkosti - trigger) nebo jako trvalý stav s výkyvy. Projevy prožívané úzkosti jsou tak závažné, že omezují normální život jedince v oblastech práce, rodiny, ale i prožívání volného času (Stopstigma, 2017).

Mezi neurotické poruchy řadíme všelijaké fobie, panické poruchy, obsedantně kompulzivní poruchu a různé poruchy, které vznikají v reakci na stres nebo trauma. Všechny tyto poruchy mají společný základ v úzkosti popř. strachu a mohou se manifestovat do výrazných tělesných symptomů. Jedním z takových fyzických stavů, který

je typický pro pacienty trpící některou z neurotických poruch, je hyperventilační syndrom (Petr et al., 2014).

### **5.3.1 Hyperventilační syndrom – psychogenní hyperventilace**

Hyperventilační syndrom není (nejen) u neurotických pacientů neobvyklým stavem a zdravotnický záchranář se s ním může při své práci setkat poměrně často. Tento syndrom se rozvíjí na podkladě velké psychické zátěže a stresu a častěji postihuje ženy než muže. Hyperventilační syndrom není sám o sobě patologií. Příznaky tohoto stavu jsou sice pro pacienta velmi nepříjemné, působí dramaticky a samy o sobě jsou dalším stresorem, ale závažnost tohoto stavu není vysoká (Humpl a Lukš, 2008).

Spouštěčem hyperventilace nejčastěji bývá stresová situace. Může to být aktuální situace, ale mnohým pacientům s duševním onemocněním stačí i pouhá myšlenka, ačkoli objektivně se nic závažného v dané situaci neděje. Tento stresor (spouštěč/trigger) způsobí tzv. úzkostnou poplachovou reakci. Pacient má pocit silné úzkosti a zažívá subjektivní dušnost. Na tento pocit nedostatku vzduchu reaguje zvýšením dechové aktivity. Rychlé a mělké dýchání vede k poklesu  $p\text{CO}_2$  v krvi a naopak k vzestupu  $p\text{O}_2$ . Takto vyvolaná hypokapnie má samozřejmě vliv na rovnováhu vnitřního prostředí těla. Rozvíjí se respirační alkalóza, dochází k poklesu ionizovaného kalcia. Zvyšuje se nervosvalová dráždivost a rozvíjí se stav známý jako hyperventilační tetanie. Pacient ve stavu hyperventilační tetanie bývá neklidný, velmi rychle dýchá, popisuje brnění rtů a končetin, závrat' a rozostřené vidění. Typické je křečovitě držení rukou, dlaně se kroutí do tvaru jakési mističky – špetky. Nebezpečí tohoto stavu spočívá především v riziku pádu a potenciálním poranění např. v oblasti kalvy (Veselý, 2012; Humpl a Lukš, 2008).

#### **Terapie**

Terapie hyperventilačního syndromu není náročná a mnozí pacienti, kteří se s hyperventilací setkávají opakovaně, si dokážou pomoci sami. Cílem terapie je zvýšení  $p\text{CO}_2$  v těle pacienta a tím docílení normalizace vnitřního prostředí. K pacientovi přistupujeme klidně a jednáme s ním empaticky. Vyhýbáme dalšímu stresování pacienta a tím prohlubování hyperventilace. Snažíme se pacientovi pomoci se uklidnit. Můžeme dýchat s ním nebo počítat pacientovi při nádechu, aby došlo ke snížení dechové frekvence. Ale je třeba si uvědomit, že většina pacientů, kteří tímto způsobem akutně reagují na stres, nebude schopna se takto snadno uklidnit. V takovém případě můžeme použít papírový nebo igelitový sáček, který přiložíme k ústům pacienta tak, aby byl omezen (nikoli však

zcela přerušen) přívod čerstvého vzduchu. Vydechováním do sáčku a následně opětovným vdechováním dochází ke zvýšení koncentrace oxidu uhličitého ve vdechovaném vzduchu, což vede k normalizaci parciálních tlaků O<sub>2</sub> a CO<sub>2</sub> v těle pacienta, normalizuje se pH a hladina iontů a tím dochází i k vymizení tetanických příznaků během několika minut. Pacienta je vhodné edukovat o tom, že pomocí zpětného vdechování již vydechnutého vzduchu si může ulevit i sám popř. za asistence blízké osoby (Humpl a Lukš, 2008).

## **5.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)**

Jako poruchy osobnosti označujeme relativně trvalé (v rádech let až desetiletí) povahové odchylky od normy v případě, že negativně ovlivňují kvalitu života dotyčného, jeho okolí anebo jsou přítomny obě tyto části. Zhodnocení, zdali se jedná o povahové odchylky, je třeba provádět s ohledem na sociální, kulturní a náboženské prostředí daného jedince. Tyto osobnostní abnormality jsou v podstatě vystupňovanými povahovými rysy, se kterými se běžně setkáváme u běžné populace. Velmi významně souvisí s maladaptivními vzorci chování, které jsou hluboce zakořeněné v osobnostních strukturách jedince a často vedou k různě závažnému sociálnímu nebo osobnímu selhání (Petr et al., 2014, WHO, 2008).

Poruchy osobnosti nejsou nemocemi v pravém slova smyslu. K jejich rozvinutí dochází vlivem disharmonického vývoje jedince za působení biopsychosociálních faktorů. V ojedinělých případech, může k rozvinutí poruchy osobnosti dojít i v pozdějším věku a to především z důvodu těžkého psychotraumatického zážitku. Rozlišujeme několik typů poruch osobnosti, které se liší především v kombinaci postižených oblastí osobnosti. Nutno však podotknout, že jednotlivé subtypy poruch osobnosti se mohou do značné míry prolínat a diagnostika bývá mnohdy nepřesná (Grambal et al. 2017, Petr et al., 2014).

Zdravotnický záchranář se v prostředí přednemocniční neodkladné péče nejpravděpodobněji setká s pacientem, který trpí emočně nestabilní poruchou osobnosti. Ta se dělí na dva podtypy a to hraniční a impulzivní, z čehož hraniční typ je častěji diagnostikován (Grambal et al., 2017).

### **5.4.1 Hraniční porucha osobnosti**

Hraniční porucha osobnosti je podtyp emočně nestabilní poruchy osobnosti. Už jen z názvu vyplývá, že jednou z hlavních potíží těchto pacientů je nestálá emotivita. Avšak nestabilita v emočním prožívání těchto pacientů není jejich jediným problémem. U lidí s touto poruchou si můžeme povšimnout typické nestability a nápadnosti v jejich afektivitě,

interpersonálních vztazích a projevech chování. Často trpí chronickými pocity prázdnoty a mají nejasné představy o sobě samých. V mysli jim vyvstávají otázky jako: „Kdo jsem?“, „Jaká je moje role ve společnosti?“ apod. Dělá jim potíže vymezení hranice mezi sebou samými a okolím a mají tendence vidět svět černobíle. Situace, ale i lidi kolem sebe hodnotí jako extrémně dobré anebo extrémně špatné. Pro tyto pacienty je těžké hodnotit situace, ale i osoby z vícero úhlů pohledu a vidět různé stupně šedi. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti se objevují sklony svou frustraci dusit v sobě a nakonec ji dát najevo impulzivně v podobě emočního výbuchu, který mají problém racionální složkou mysli ovládnout. Často se mohou uchýlit k destruktivnímu jednání jakým je např. nadměrná konzumace alkoholu, drog, promiskuitní jednání, sebepoškozování, suicidum nebo parasuicidum. V případě brachiální agrese je u těchto pacientů daleko častější, že tuto agresi směřují proti sebe samotným než proti svému okolí (Grambal et al., 2017).

Pro zdravotnické záchranáře může být spolupráce s tímto typem pacienta nesmírně náročná. Je to dáno především tím, jak tento pacient na zdravotnického záchranáře působí. Projev lidí s hraniční poruchou osobnosti může být velmi intenzivní. Mohou snadno vstupovat do konfliktu, jednat agresivně (aktivně ale i pasivně) a nevědomky se uchýlovat až k manipulacím. Právě i kvůli své náročnosti, jsou pacienti s touto diagnózou jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin (Grambal et al., 2017).

Na druhou stranu je nutné podotknout, že za touto, z pohledu duševně zdravého člověka, přehnanou emotivitou, přehnanými reakcemi, různým impulzivním a až manipulujícím jednáním, stojí ohromná vnitřní bolest a nejistota. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti jsou velmi citliví, často jsou postiženi velmi nízkým sebevědomím, mají narušené vnímání sebe samých, trpí neustálým strachem z opuštění a odmítnutí. Zažívají ohromnou potřebu po blízkosti a přijetí od ostatních lidí a je pro ně velmi těžké tuto potřebu nasycit. Na okolí tak mohou působit až zahlcujícím dojmem, protože od něj vyžadují hodně péče a pozornosti. Často určují svou vlastní sebehodnotu dle toho, jak na ně ostatní lidé nahlížejí a tak jsou tito pacienti enormně citliví na odmítání a kritiku. Z důvodu ohromné vnitřní nejistoty a strachu z odmítnutí, mnohdy interpretují neutrálně nebo i přátelsky míněná slova (ale i výrazy obličeje, postoje apod.) negativně. Dochází k jakémusi překrucování a zveličování situací, na což samozřejmě pak nasedá i emoční prožívání pacienta (Grambal et al., 2017).

## **Terapie**

Ještě v relativně nedávné době se hraniční porucha osobnosti považovala za vcelku neřešitelný problém. Tito pacienti opakovaně končí v psychiatrických nemocnicích, kde se jejich stav na krátkou dobu stabilizuje, ale po návratu do svého běžného prostředí často velmi brzy relapsují. Je to dáno především tím, že porucha osobnosti je hluboce zakořeněným problémem, který postihuje vícero navzájem provázaných složek osobnosti. Rozvíjí se roky a je téměř nemožné ji efektivně řešit během několikátýdenní hospitalizace. V posledních letech se ale objevují výzkumy, které dokazují, že efektivní léčba emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu je možná a dokonce vykazuje velmi dobré výsledky. Základem léčby této poruchy je především intenzivní psychoterapie (s možností podpory psychofarmaky), ve které se pacient v podstatě snaží osobnostně dozrát a nahradit zaběhnuté maladaptivní vzorce svého jednání vzorci novými. V České republice se pro tyto pacienty postupně rozšiřují možnosti nejen ambulantní ale i pobytové péče. Vznikají denní stacionáře, které jsou jakýmsi kompromisem mezi ambulantní péčí a hospitalizací. Lidé v těchto stacionářích se přes den účastní strukturovaných terapeutických programů a večer se vracejí do svých domovů. Na našem území také působí terapeutická komunita pro osoby zasažené poruchou osobnosti. Jedná se o pobytovou službu s velmi intenzivním psychoterapeutickým programem, která je v České republice zatím jedinou svého druhu (Grambal et al., 2017; Nejsempsychopat, 2020)

## 6 Specifika péče o pacienta s duševním onemocněním

Duševní poruchy, v závislosti na jejich povaze, postihují mnohé aspekty života nemocných a mnohdy významně snižují jeho kvalitu. Nemocní se potýkají s potížemi s vlastní emotivitou, interpersonálními vztahy, obtížným pracovním zařazením a společenskými předsudky. Tyto aspekty znesnadňují začlenění těchto jedinců do produktivní společnosti, mnohdy se dostávají na její okraj, což má vliv na jejich sebevědomí, důvěru v ostatní lidi (včetně zdravotnických pracovníků) a také jejich motivaci se svým duševním onemocněním pracovat. Komunikace s pacienty s duševním onemocněním má tak svá specifika (Petr et al., 2014)

### 6.1 Own safety first

Vlastní bezpečnost především. Tato zásada by měla platit ve všech situacích a v kontaktu s jakýmkoli pacientem. Avšak v souvislosti s duševně nemocným pacientem, který jedná agresivně, určitě tato zásada stojí za opakovanou zmínku. Statistika říká, že většina duševně nemocných pacientů není agresivní, avšak ve srovnání s běžnou populací je u duševně nemocných riziko rozvoje agresivního jednání vyšší (Látalová, 2013).

Od pacienta, který je neklidný nebo agitovaný, je třeba si při komunikaci držet určitý odstup a to minimálně na délku pacientovy paže, optimálně se jedná o vzdálenost až na několik kroků (1 – 3 metry). S pacientem nezůstáváme v místnosti sami, vždy se snažíme mít k dispozici kolegy, policisty apod. Už jen přítomnost dalších osob, demonstruje přesilu a je vyšší šance, že si agresor případnou fyzickou konfrontaci rozmyslí. Nikdy bychom neměli dopustit, aby mezi námi a jedinou únikovou cestou z místnosti, stál agitovaný pacient. Už při vstupu do prostoru se tedy ujistíme, že v případě nouze můžeme tento prostor bezpečně a bez větších komplikací opustit a nenecháme se pacientem zatlačit do kouta (Látalová, 2013).

V případě, že pacient není schopen svůj neklid ovládnout, je na místě využití farmak (antipsychotika, benzodiazepiny). Pokud stále dochází k ohrožování přítomných osob a nelze toto riziko odvrátit jinak, je možné užití omezovacích prostředků (Látalová, 2013).

## **6.2 Pacient s duševní poruchou a somatické onemocnění**

V současné společnosti žije poměrně velké množství duševně nemocných lidí, kteří jsou stabilizovaní a jejich duševní onemocnění je velmi dobře kompenzováno. Avšak ani těmto lidem se nevyhýbají běžné zdravotní komplikace jako např. úrazy, kardiovaskulární potíže, alergické reakce apod. Při řešení takovýchto stavů v přednemocniční neodkladné péči u psychicky nemocných pacientů, je vždy třeba k nim přistupovat s ohledem na jejich aktuální psychický stav. Mnohdy se stává, že somatické onemocnění má u těchto pacientů negativní vliv i na jejich duševní nemoc a je na místě tomu v takovém případě věnovat pozornost. Avšak v kontaktu se zdravotnickou záchrannou službou je i pro člověka bez duševního onemocnění těžké nedělat si obavy a zůstat v klidu. Naopak je zcela přirozené, že pacienti mají obavy, jsou nervózní, neví, jak závažný jejich stav je, co s nimi bude, kdo se postará o jejich domácí mazlíčky apod. Stejně takováto situace stresuje i člověka s duševním onemocněním. Je dobré mít na paměti, že mnoho duševně nemocných pacientů je citlivějších, mají nižší práh frustrační tolerance, mnohdy jsou zatíženi stigmatem a k záchranářům mohou přistupovat rezervovaněji. Avšak i duševně nemocní lidé zažívají běžné pocity, jakými jsou právě strach a nejistota. Tyto pocity jsou s ohledem na aktuální situaci naprosto adekvátní a bylo by chybou je hned přičítat duševnímu onemocnění (Krykychová, 2017; Safewards, 2013).

## **6.3 Komunikační specifika**

Mnoho výjezdů k duševně nemocným pacientům je indikováno kvůli akutní psychické krizi. Do akutní psychické krize zahrnujeme psychotické stavy, stavy masivní úzkosti, panické ataky, sebepoškozující, ale i sebevražedné myšlenky a jednání. Mnozí z těchto pacientů, doposud nebyli diagnostikováni, jedná se u nich o první epizodu nebo výraznější projev duševního onemocnění a záchranáři jsou tak přítomni prvozáhytu nemoci. V takovém případě může být situace ještě náročnější, jelikož pacient ani jeho okolí netuší, co se s dotyčným člověkem děje. Zdravotnický záchranář se tak dostává do role, kdy je prvním zdravotníkem, který je s tímto duševním stavem dotyčného v kontaktu. To, jak na tento stav zdravotnický záchranář zareaguje, jak efektivně dovede s takovýmto pacientem komunikovat, může velmi ovlivnit pacientův přístup nejen k záchranářům samotným, ale i k dalším zdravotnickým pracovníkům v navazující péči (Krykychová, 2017; Petr et al., 2014).

Všeobecně uznávaným přístupem je, že s pacienty je třeba hovořit klidně, přátelsky, ale zároveň asertivně. Snažíme se hovořit jasně, ověřujeme si, že nám pacient dobře rozuměl, jelikož vlivem aktuálního psychického stavu, může být vnímání a zpracování informací pacientem narušeno. Sami si však také ověřujeme, že dobře rozumíme tomu, co nám pacient říká. Nepochopení mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem je jednou z hlavních příčin konfliktních situací. Dále je důležité vystupovat sebejistě a kompetentně. Snažíme se o uvolněný postoj, nenapínáme svaly obličeje, nedáváme si ruce do kapes ani je nekřížíme na hrudi. Nonverbální složka komunikace je mnohdy důležitější než ta verbální. Důležité je porozumění a popis aktuální situace bez hodnocení, okřikování nebo nálepkování nemocného. Emoce pacienta v dané situaci, byť mohou být z našeho pohledu přehnané, jsou autentickým projevem nemocného a je třeba mu dát najevo, že věříme tomu, že on danou situaci takto vnímá a takto prožívá (Petr et al., 2014; Safewards, 2013).

Pokud to situace umožňuje, promluvíme si s přítomnými blízkými nemocného. Snažíme se o pacientovi získat více informací. Velmi vhodné je zjistit, jak blízcí pacienta oslovují, jelikož někteří nemocní mohou lépe reagovat na své křestní jméno, než na neosobní oslovení příjmením (Petr et al., 2014).

Klidným empatickým přístupem a snahou o pochopení pacientových obtíží spíše pomůžeme nemocnému k navázání důvěry a ochotě s námi spolupracovat (Safewards, 2013).

### **6.3.1 Akutní psychotická ataka**

Specifikem psychotických onemocnění je porucha vnímání a zpracování reality. Pacientovo myšlení a prožívání se velmi liší od prožívání duševně zdravých lidí. Jeho jednání nasedá na bludné myšlenky nebo halucinace. Z toho vyplývá, že pacient s akutní psychotickou dekompenzací může reagovat velmi neadekvátně v porovnání s reálným děním kolem něj. Velmi časté jsou u takových pacientů pocity ohrožení. Trpí bludným přesvědčením, že je někdo sleduje, někdo po nich jde, tráví jim potraviny, vkládá jim do hlavy myšlenky nebo jim ty jejich naopak zcizuje a zneužívá je proti nim samotným. Není neobvyklé, že u těchto pacientů dochází vlivem bludů k sebezabití (pacient např. vyskočí z okna, aby unikl sledování). Typická je nestálost v chování. Pacient může být v jednu chvíli agitovaný a nervózně přecházet po místnosti a následně může zničehonic tzv. „zamrznout“. Bylo by chybou myslet si, že ono „zamrznutí“ je známkou toho, že se pacient dokázal sám uklidnit. Neuvážené přiblížení se k pacientovi (dotek, chycení za ruku), může být nemocným vyhodnoceno jako ohrožující situace a vyústit v aktivní agresi



vůči záchranáři. Je třeba počítat s tím, že pro nemocného je velmi těžké až nemožné ukotvit se v realitě a záchranáře tak může na základě svých vnitřních přesvědčení vnímat jako nepřítele (Petr et al., 2014; Dušek, Večeřová - Procházková, 2015; Krykychová, 2017).

V případě, že máme pacienta s halucinacemi a bludy není na místě mu jeho přesvědčení vyvracet. Pro nemocného je jeho bludné přesvědčení realitou a jen tak si ho vymluvit nenechá. Neústupná racionalizace ze strany zdravotnického záchranáře může vést k větší podezřívavosti ze strany nemocného. Zároveň je však třeba vyhnout se posilování bludu přistoupením na pacientovo přesvědčení, že se jedná o realitu. Pacient ví, že okolní lidé jeho přesvědčení nesdílí a velmi rychle pojme podezření, že mu záchranář lže (Petr et al., 2014).

#### **Příklad vhodné a nevhodné formy komunikace v reakci na bludnou produkci:**

Pacient: *„FBI mě sleduje a chtějí mě zničit. Všude mají kamery a odposlouchávací zařízení. Všichni mě mají za blázna, protože s nimi spolupracují, ale já vím, že je to pravda.“*

##### Nevhodná reakce

- 1) Vyvracení bludu: *„Nikdo vás nesleduje, to si jenom namlouváte.“*
- 2) Potvrzování bludu: *„To víte, že je to pravda. Po mně taky jdou.“*

Obě výše zmíněné reakce nenapomáhají navázání důvěry s pacientem, mohou vést k vyhocení situace a vyústit až v agresi ať už verbálního či brachiálního charakteru.

##### Vhodná reakce:

*„Všímám si, že vás pocit pronásledování velmi znepokojuje. Mohli bychom se posadit a promluvit si o možnostech, jak bych vám mohl/a pomoci.“*

V komunikaci s pacientem s atakou psychotického onemocnění se vyhýbáme zvyšování hlasu, nepřátelskému nebo napjatému postoji, povyšování se, pronikavému pohledu do očí, hodnocení a okřikování nemocného (Krykychová, 2017; Petr et al., 2014).

### **6.3.2 Úzkostný pacient**

Pacienti s masivní úzkostí, panickými atakami nebo hyperventilací jsou těmito negativními pocity a i tělesnými příznaky, které pociťují, často zcela ochromeni. Zaplavuje je vlna strachu, se kterou si nedovedou sami poradit. Empatický přístup je tak u úzkostných

pacientů zcela zásadní. Nemocné se snažíme vyslyšet a pomoci jim najít nejlepší možné řešení aktuální situace. Nevyhýbáme se očnímu kontaktu, náš hlas by měl být vlídný, klidný a řeč srozumitelná. Vhodná je při kontaktu s pacientem přítomnost blízkých osob, se kterými má pacient dobrý vztah. Tyto osoby mohou mít už jen svou přítomností na psychický stav pacienta pozitivní vliv, jelikož mírní pocit pacientovy osamělosti. Úzkostní nemocní bývají někdy velmi nerozhodní, jelikož mají obavy, že ať se rozhodnou jakkoli, bude jejich rozhodnutí špatné. V takových situacích se vyhýbáme nátlaku na pacientovo rozhodování a důsledně vysvětlujeme různé možnosti řešení nastalé situace. Snažíme se dojít k řešení, jež povede k oboustranné spokojenosti (Krykychová, 2017; Petr et al., 2014).

### **6.3.3 Sebevražedný pacient**

Sebevražda (suicidium) je záměrné a vědomé ukončení vlastního života. V případě, že se nejedná o smrt zaviněnou s vědomým úmyslem zemřít (např. vyskočení z okna pod vlivem bludů nebo halucinací), hovoříme o tzv. sebezabití. Počet úspěšně dokonaných sebevražd je u mužů pětkrát vyšší než u žen. Dáno je to především tím, že muži častěji volí tzv. tvrdé způsoby sebevraždy, jakými jsou např. zastřelení nebo oběšení. Ženy si vybírají především způsoby s nižší mírou letality (intoxikace léky, podřezání žil na zápěstí) (Petr et al., 2014).

Suicidální pokus, ale i parasuicidium (impulzivní jednání s účelem uniknout z aktuálně neřešitelné nebo nesnesitelné situace, dříve nazýváno „demonstrativní sebevraždou“), nelze brát na lehkou váhu. Sebevražedné myšlenky a jednání nám ukazují, že v životě pacienta se odehrává něco, co je pro něj aktuálně nezvladatelné. V kontaktu se sebevražedným pacientem, dbáme na zajištění pacientova bezpečí. Nenecháme ho přibližovat se k oknům ve vyšších podlažích a z jeho dosahu odstraníme nástroje, kterými by se mohl poranit. Pacienta je třeba empaticky vyslechnout a nabídnout pomocnou ruku. Zároveň se citlivě snažíme zmapovat jak „závažné“ jsou pacientovy sebevražedné plány. Zajímá nás, jak dlouho už pacient s myšlenkami na smrt potýká, jestli vyhledal odbornou pomoc, jestli už se někdy dříve o sebevraždu pokusil nebo má naplánováno, jak by to provedl. Zjednodušeně se dá říci, že čím přesnější a promyšlenější plán, tím vyšší reálné riziko sebevraždy (Krykychová, 2017; Petr et al., 2014).

Pacientům, u nichž již k sebevražednému pokusu došlo, jejich čin nevyčítáme. Jednáme s nimi s pochopením, vyhýbáme se posměškům, nedevalvujeme a nebagatelizujeme. Vhodné je zeptat se na důvody jejich jednání, zdali se již někde léčí a

jak se aktuálně cítí (zdali je jim líto, že se jim čin nepodařil nebo jsou nakonec rádi, že nezemřeli) (Krykychová, 2017; Petr et al., 2014).

Každý projev suicidálních myšlenek je třeba s pacientem řešit a poskytnou mu náležitou péči a podporu. Tvrzení: „Ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá“ je dávno vyvráceným mýtem (Dolejší, 2006).

## 7 Techniky efektivní komunikace

Existuje mnoho komunikačních technik, které jsou zaměřeny na efektivitu v mezilidských vztazích a deeskalaci konfliktních nebo jinak krizových situací. Tato kapitola pojednává o několika málo z nich, které ačkoli nebyly primárně určeny pro systém přednemocniční neodkladné péče, jsou vhodné pro užití i v tomto prostředí.

### 7.1 4P komunikace

Technika 4P je komunikační technika, která je součástí programu Dialekticko-behaviorální terapie (DBT). Tento program byl vyvinut americkou psycholožkou Marshou Linehan (Šlepecký, Praško a kol., 2018).

DBT je určena především pro léčbu lidí, kteří trpí poruchou osobnosti (hlavně emočně nestabilního typu), ale principy této terapie mohou pomoci komukoli, kdo se chce zdokonalit v oblastech jakými jsou např. efektivní mezilidské dovednosti, stresová tolerance nebo emoční regulace (Šlepecký, Praško a kol., 2018).

#### **Popis techniky a postup provedení:**

Technika se zaměřuje na efektivitu v oblasti mezilidské komunikace a ukazuje nám možnost, jak od druhých získat to, co chceme nebo od nich potřebujeme co nejefektivnější cestou. Tato technika se skládá ze čtyř hlavních kroků tzv. čtyř P.

V prvním kroku popisujeme současnou situaci, která nastala. Je třeba druhému člověku říct, na co přesně reagujeme a držet se faktů. Důležité je nehodnotit druhého jako člověka, ale držet se jen u této konkrétní situace.

Ve druhém kroku, projevíme své pocity ohledně dané situace. Předpokládáme že naše pocity a názory nejsou samozřejmé. Neočekáváme, že pacient bez našeho sdělení ví, jak daná situace a jeho jednání působí na nás. Krátce své pocity zdůvodníme.

Krok třetí je věnován vyjádření naší potřeby. Zde sdělíme druhému, co od něj požadujeme. Je třeba být asertivní a i zde se držíme předpokladu, že druhý nevyčítá, co od něj požadujeme, dokud náš požadavek není vyřčen jasnou a srozumitelnou formou.

V posledním kroku posilujeme naši žádost. Zde je vhodné objasnit druhému pozitivní důsledky v případě, že dostaneme to, co chceme nebo potřebujeme. Pokud je třeba, můžeme dotyčnému sdělit i negativní důsledky, které nastanou, pokud nedostaneme, co chceme. Dotyčný tak má na výběr z námi poskytnutých možností. Tento postup jsme shrnuli do přehledné tabulky (Tabulka 1) (Linehan, 1993).

Tabulka 1 – Shrnutí jednotlivých bodů 4P komunikace

1.	<b>Popis situace</b>	Co se děje zrovna teď - bez hodnocení pacienta
2.	<b>Projevení se / pocity</b>	Co ta daná situace dělá se mnou a s mými emocemi
3.	<b>Prosazení se / potřeby</b>	Vyjádření svého požadavku
4.	<b>Posilování / prosba</b>	Vysvětlení, proč je pro pacienta výhodné vyhovět našemu požadavku

Zdroj: Linehan, 1993

Pro docílení maximální efektivity při užití této techniky je třeba držet se několika zásad.

První zásadou je nutnost zůstat vědom si přítomnosti. Je třeba soustředit se na své cíle a stát si za svým názorem. Nenechat se rozrušit pacientovou nevolí a především nedovolit, aby odvedl naši pozornost od aktuálního problému. Pacienti s duševním onemocněním v akutní krizi mohou být plni protichůdných emocí, které patřičně projevují. Tento projev může být tak intenzivní, že odvede naši pozornost od samotného problému (Linehan, 1993).

Neméně důležitý je i náš verbální a nonverbální projev. Snažíme se působit sebejistě a kompetentně. Důležité je užít sebejistý tón hlasu a řeč těla. Nezadrhávat se, nešeptat, nekoukat na zem, nepoodstupovat (v případě rizika brachiální agrese ale dodržovat bezpečnou vzdálenost), neříkat: „Nejsem si jistý...“ apod. Asertivní přístup je základ (Linehan, 1993).

Třetí zásadou je ochota vyjednávat. Člověk, který bude cítit, že je nad situací bezmocný a nemá ji jak ovlivnit, s námi bude spolupracovat obtížněji než ten, který dostane na výběr z vícero možností. Ochota něco poskytnout, zvyšuje šance na úspěšné dosažení našeho záměru. Vhodné je tedy nabídnout nebo se pacienta přímo zeptat na alternativní řešení problému. Dát mu možnost zvolit si z vícero možností, které jsou pro nás přijatelné. Můžeme i snížit svůj požadavek, ale určíme si hranici, pod kterou už nelze klesnout (nepodkročitelné minimum). Z tohoto minima již neustupujeme (Linehan, 1993).

Jak už tomu tak v komunikačně náročných situacích bývá, může se stát, že druhý člověk není ochoten přistoupit na naše požadavky. V takovém případě je možnost zapojit techniku ohrané pásky. Tato technika spočívá v opakování svých požadavků stále dokola. Velmi důležité je nezapomínat i na svou nonverbální složku komunikace. S přibývajícím

počtem opakování se zvyšuje riziko, že se do naší nonverbální složky komunikace promítne netrpělivost nebo agrese. Svůj požadavek opakujeme v klidu. Jestliže nás druhý člověk i přes naše snahy o deeskalaci konfliktní situace verbálně napadá, vyhrožuje nám nebo se snaží změnit téma, nesmíme se nechat vykolejit agresí nebo výhrůzkami. Je třeba vyhnout se „oplácení stejnou mincí“ a uchýlování se k agresí. V případě, že se situace jeví bezvýhodnou a pacient zcela odmítá veškeré naše návrhy, existuje možnost otočení hry. Technika otočení hry spočívá v přehození problému na pacienta. Zeptáme se na alternativní řešení dané situace z pohledu nemocného. Užijeme věty jako: „Co myslíte, že bychom tedy měli udělat?“, „V této otázce vám nemohu vyhovět, ale vy to po mně očividně požadujete. Co s tím můžeme udělat?“, „Jak můžeme tenhle problém vyřešit podle vás?“ Ačkoli zde existuje značná pravděpodobnost, že pacientovo řešení problému nebude pro nás zcela přijatelné, poskytne nám tato technika vhled do potřeb pacienta a zároveň jejím užitím dodáme pacientovi pocit, že nám na jeho potřebách záleží. Následně, pokud to situace dovoluje, můžeme dle těchto zjištěných skutečností vymyslet kompromis, který bude pro nás i pro pacienta přijatelný. Přehledné schéma celého postupu nalezneme v tabulce č. 2. (Linehan 1993).

Tabulka 2 – Příklad užití techniky 4P

Jednotlivé části výroku	Jednotlivé kroky techniky 4P
<i>„Když na mě takto křičíte,</i>	<b>Popis situace</b> bez hodnocení nebo kritiky
<i>je pro mě těžké s vámi mluvit, protože vám špatně rozumím.</i>	<b>Projevení se</b> (popis vlastních emocí) a <b>krátké vysvětlení</b> toho, co ta situace dělá s námi a jak na nás působí
<i>Mohli bychom se posadit a promluvit si o tom, co vás rozrušilo,</i>	<b>Prosazení své potřeby</b> – návrh/žádost řešení dané situace
<i>abych vám mohl/a pomoci.“</i>	<b>Posilování</b> - vysvětlení, proč je pro pacienta výhodné to udělat po našem. Případně jaké by mohly být důsledky toho, pokud se tak nestane.

Zdroj: vlastní

## 7.2 Model deeskalace krizové situace

Model deeskalace krizové situace je primárně určen do prostředí psychiatrické lůžkové péče. Tým odborníků z King's College v Londýně pod vedením profesora Lena

Bowser sestavil tento model s cílem snížit riziko vzniku sebepoškozujícího nebo jinak agresivního jednání u psychiatrických pacientů na lůžkových odděleních a zlepšit efektivitu řešení krizových situací (Safewards, 2013; Bowers, 2013).

Tento model zobrazuje deeskalaci jako proces, na jehož počátku je vymezení situace, následuje vyjasnění situace a následně se přesouváme k řešení situace. Tento model však poukazuje i na to, že jeho funkčnost je podmíněna sebekontrolou a empatickým jednáním zdravotnického pracovníka (Bowers, 2013).

### **Postup**

Vymezení je prvním krokem deeskalačního modelu. Spočívá především v zajištění bezpečí pro sebe a další osoby v okolí. V této části tedy zajistíme, aby daný prostor opustily všechny osoby, které přítomny být nemusí a přivoláme si pomoc (v prostředí přednemocniční neodkladné péče např. policii české republiky, kolegu apod.). Od agitovaného jedince si udržujeme bezpečnou vzdálenost a nedopouštíme, aby mezi námi a jedinou únikovou cestou z prostoru stál agitovaný pacient (Bowers, 2013; Látalová, 2013).

Druhým krokem je vyjasnění situace. Vyjasnění situace spočívá ve zjišťování, co se s pacientem děje a jaká je příčina jeho neklidu. Užíváme otevřených otázek např.: „Co vás trápí?“ nebo „Co způsobilo vaše rozrušení?“ Ověřujeme, že pacientovi dobře rozumíme, parafrázujeme a ptáme se pacienta zdali to, co řekl, chápeme dobře. Sami hovoříme klidně a srozumitelně. V případě, že již existuje nějaký vztah mezi námi a pacientem (pacienta známe), pomůžeme pacientovi uvědomit si, že hovoří s osobou, se kterou se zná. V prostředí přednemocniční neodkladné péče tato situace nastává spíše zřídka, ale je namísto pacientovi objasnit, kdo jsme, a proč jsme byli přivoláni (Bowers, 2013).

V posledním kroku se dostáváme k řešení situace. Snažíme se o dosažení kompromisu, který uspokojí potřeby pacienta a pro nás jako zdravotníky je přijatelný. Snažíme se být maximálně zdvořilí a vyhnout se autoritářskému přístupu. Tam, kde je to možné, snažíme se pacientovi vyhovět. Když to možné není (pacientovy požadavky jsou pod naším nepodkročitelným minimem), vysvětlujeme pacientovi, proč ustoupit nemůžeme. Je vhodné nemocnému objasnit, jaké důsledky mohou mít různé způsoby jeho jednání a případně jaké kroky budeme nuceni podniknout k ochraně jeho zdraví, ale i zdraví ostatních osob (Bowers, 2013).

K zachování efektivity tohoto postupu je nutné dbát na svůj osobní projev. Po dobu celého tohoto procesu, se vyhýbáme projevu své vlastní frustrace z nastalé situace.

Snažíme se na situaci podívat z pohledu pacienta, což nám umožní lépe porozumět mechanismům jeho myšlenkových procesů a na ně nasedajícího jednání. Na pacienta se snažíme působit uvolněným, sebevědomým a kompetentním dojmem. Zaujímáme přátelský, uvolněný postoj, nekřížíme ruce na prsou, mluvíme klidně, nezvyšujeme hlas a dýcháme zhluboka. Situace, kdy je pacient nepřátelský, vulgární a dopouští se osobních invektiv, je pro nás komunikačně náročná. Ale je třeba si uvědomit, že konflikt není osobního rázu a zdravotnický pracovník v tu chvíli plní roli jakého si „hromosvodu“. Je nežádoucí brát si tyto útoky osobně a ospravedlňovat se. Zároveň však nemá smysl za toto jednání pacienta kritizovat a mstít se mu (Bowers, 2013).

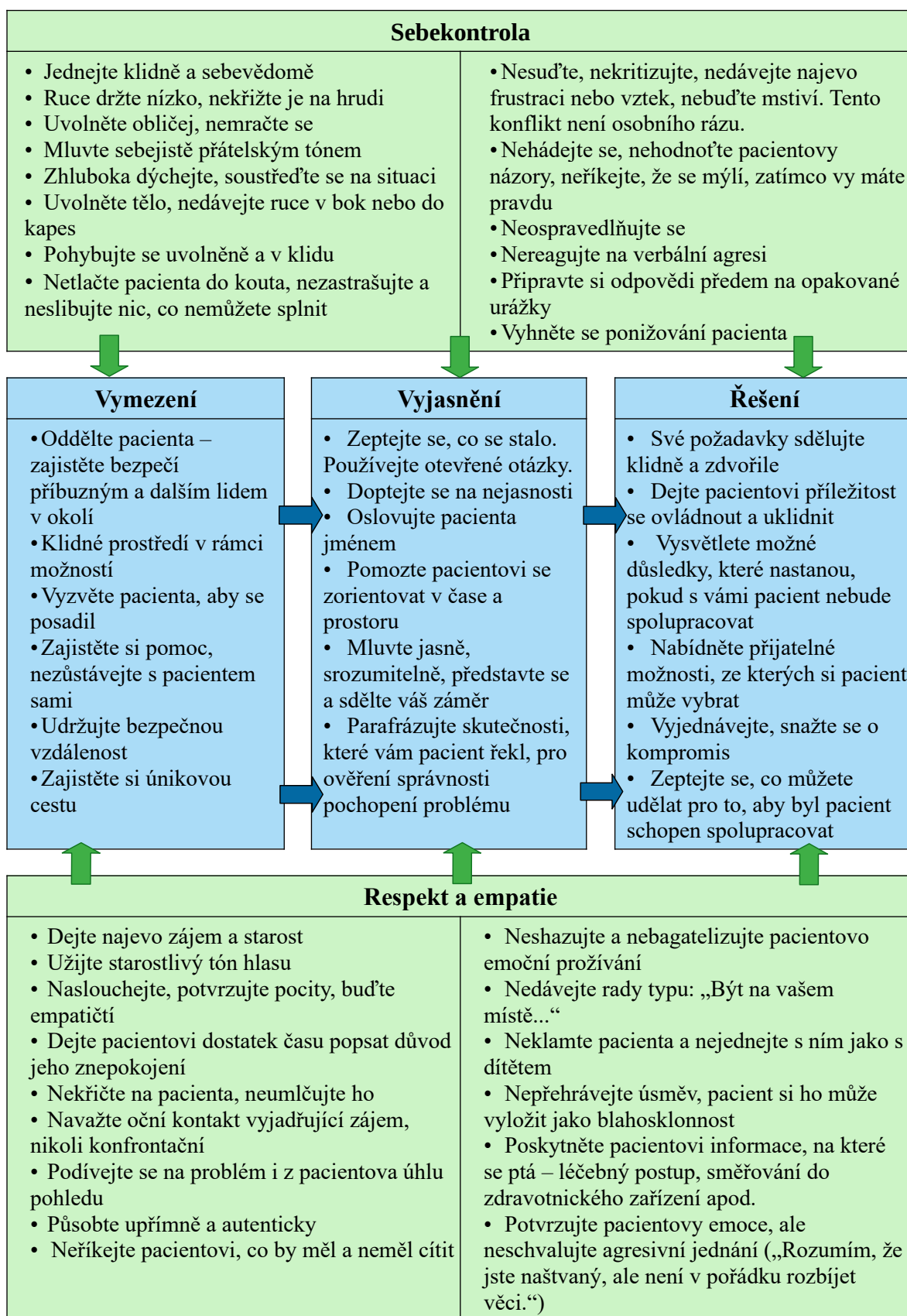
Právě tak, jak se snažíme vyhnout projevům naší vlastní frustrace, je naopak třeba projevit empatii a respekt k pacientovi. Duševně nemocný člověk, který se nachází ve víru emocí, cítí se nepochopen a nevyslyšen, potřebuje porozumění. Dáváme najevo pochopení, potvrzujeme pacientovy pocity, ale vyhýbáme se nevyžádaným radám a příkazům. Neužíváme věty jako: „Být vámi, udělám...“ S ohledem na aktuální situaci podporujeme pacientovu soběstačnost v rozhodování a nejednáme s nemocným jako s dítětem (Bowers, 2013).

Za předpokladu, že je tento model užit správným způsobem ve správné situaci, může významně pomoci k deeskalaci konfliktu. Adekvátní forma komunikace značně přispívá k předcházení rozvoje agresivního jednání pacienta a tím i nutnosti užití omezovacích prostředků, jejichž aplikace může mít na pacienta traumatizující vliv, narušit vztah pacient – zdravotník a zhoršit budoucí spolupráci nemocného (Bowers, 2013).

Celý tento postup byl shrnut do přehledného schématu v tabulce 3. Schéma zobrazuje všechny tři kroky: Vymezení, vyjasnění a řešení a také doprovodné faktory jakými jsou sebekontrola, respekt a empatie.



Tabulka 3 – Schéma modelu deeskalace krizové situace



Zdroj: Safewards, 2013

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **8 Formulace výzkumného problému**

V této práci se zabýváme problematikou psychiatrického pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Zaměřili jsme se především na osobní zkušenosti a subjektivní pocity těchto pacientů s cílem zjistit, zdali přítomnost duševního onemocnění hraje roli v přístupu jedinců s duševním onemocněním ke zdravotnické záchranné službě.

Věříme, že tato zpětná vazba nám může pomoci lépe pochopit potřeby lidí s diagnostikovaným duševním onemocněním a potenciálně otevřít diskusi v tématu specifického přístupu k duševně nemocným v prostředí přednemocniční neodkladné péče.

## 9 Cíle a hypotézy výzkumného šetření

Cíl 1: Zmapovat pocity a zkušenosti lidí s diagnostikovaným duševním onemocněním s prostředním přednemocniční neodkladné péče

Cíl 2: Zmapovat pocity a zkušenosti lidí bez diagnostikovaného duševního onemocnění s prostředím přednemocniční neodkladné péče

Cíl 3: Porovnat výsledky těchto skupin respondentů za účelem zjistit, jestli a jak se liší vnímání a emoční odpověď respondentů s duševním onemocněním na prostředí přednemocniční neodkladné péče oproti většinové populaci.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že pacienti s duševním onemocněním bývají zatíženi stigmatem a ve většině případech zatajují informace ohledně svého duševního onemocnění.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že pacienti s duševním onemocněním častěji pociťují výrazné obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že u pacientů s duševním onemocněním snáze dochází k potížím v komunikaci mezi pacientem a záchranářem.

Hypotéza 4: Předpokládáme, že u duševně nemocných pacientů častěji dochází k přenosu zkušeností v prostředí zdravotní péče. .

## 10 Metodika šetření

Pro potvrzení či vyvrácení stanovených a výše uvedených cílů a hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření pomocí dotazníku. Dotazníky jsme pro naše výzkumné šetření vytvořili dva. Jeden byl určen skupině respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním a druhý skupině respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění. Oba dotazníky byly téměř totožné vyjma několika málo otázek zaměřených specificky na respondenty s diagnostikovaným duševním onemocněním. Oba tyto dotazníky jsou přiloženy k této práci – viz. příloha č. 2 a 3. Oba dotazníky byly anonymní a skládaly se z dichotomických, trichotomických a polytomických uzavřených otázek, Likertových škál a otevřených otázek, na které respondenti odpovídali vlastními slovy. Dotazníky byly distribuovány elektronickou formou. Celkem se jich k vyhodnocení navrátilo 286, avšak z důvodů nesprávného nebo neúplného vyplnění jich muselo být celkem 17 vyřazeno. V našem výzkumném šetření jsme tedy vyhodnocovali 269 dotazníků, z nichž 118 bylo od respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním a 151 od respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění. Sběr dat probíhal v období 10.11.2019 – 15.2.2020.

## 11 Charakteristika sledovaného souboru

Pro naše výzkumné šetření bylo zapotřebí oslovit dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořili respondenti s diagnostikovaným duševním onemocněním. Pro získání těchto respondentů jsme oslovili celkem pět poskytovatelů ambulantní a lůžkové psychiatrické/psychologické péče. Z těchto pěti poskytovatelů se k otázce spolupráce kladně vyjádřil jeden z nich. Od zbylých čtyřech nepřišlo žádné vyjádření k zasláné žádosti. Výzkum tedy probíhal ve spolupráci s privátní ordinací klinického psychologa PhDr. René Zahradníkové (souhlas viz. příloha č. 4). Pro získání dostatečného počtu respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním byla využita technika sněhové koule, kdy klienti ambulance tohoto klinického psychologa pomohli s rozšířením povědomí o výzkumu mezi další osoby s diagnostikovaným duševním onemocněním, které ovšem v přímé péči tohoto psychologa v době výzkumu nebyly. Většinu této skupiny respondentů tvořily ženy.

U skupiny respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění jsme se snažili o distribuci dotazníků s ohledem na složení populace v souvislosti s věkem a pohlavím. Nicméně návratnost těchto dotazníků byla výrazně vyšší od osob mladšího a středního věku.

## 12 Prezentace a interpretace získaných údajů

Výsledky dotazníkového šetření jsou prezentovány v koláčových a sloupcových grafech v absolutních hodnotách. S ohledem na odlišnou velikost dvou porovnávaných souborů, uvádíme v popisných tabulkách hodnoty jak absolutní tak relativní. V závěrečné diskuzi, ve které oba sledované soubory porovnááme, uvádíme data v relativních hodnotách.

### 12.1 Zkušenosti respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním se systémem přednemocniční neodkladné péče

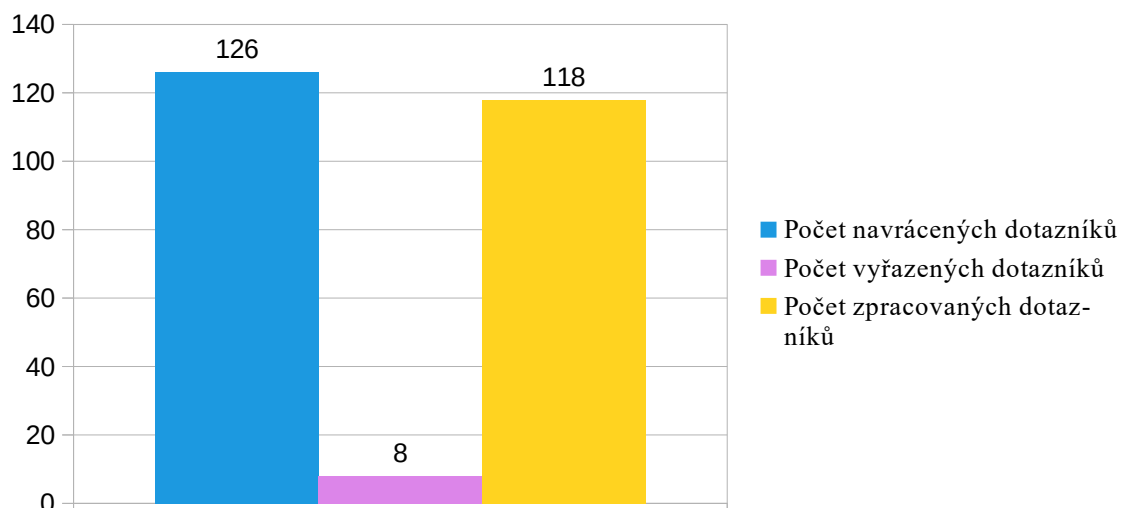
#### 12.1.1 Počet respondentů

Tabulka 4 - Počet respondentů

Počet navrácených dotazníků	126
Počet vyřazených dotazníků	8
Počet zpracovaných dotazníků	118

Zdroj: vlastní

Graf 1 – Počet respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním



Zdroj: vlastní

Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 126 osob s diagnostikovaným duševním onemocněním. Z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění dotazníku, jsme museli 8 navrácených dotazníků z výzkumného šetření vyřadit. Celkový počet dotazníků, které jsme využili pro zpracování dat, je tedy 118.



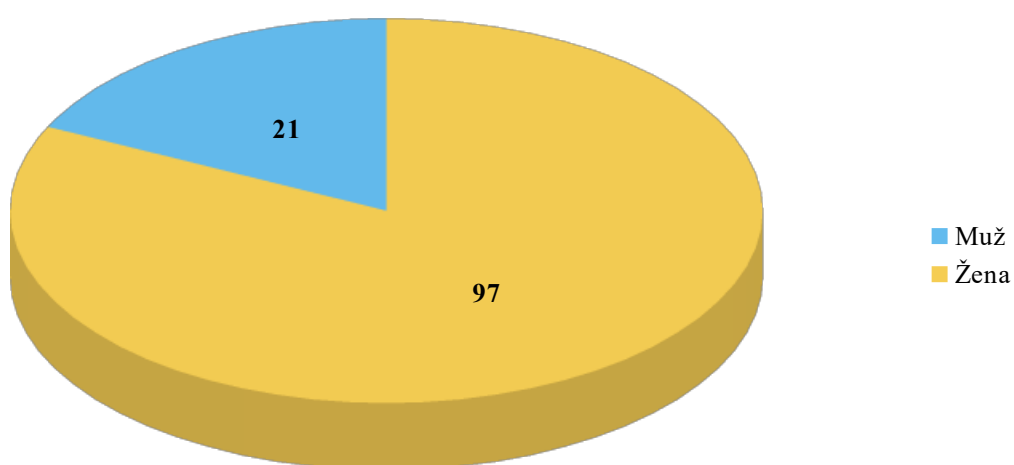
### 12.1.2 Jakého jste pohlaví?

Tabulka 5 – Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Žena	97	82,2 %
Muž	21	17,8 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 2 – Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 118 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním bylo 97 (82,2 %) žen a 21 (17,8 %) mužů.

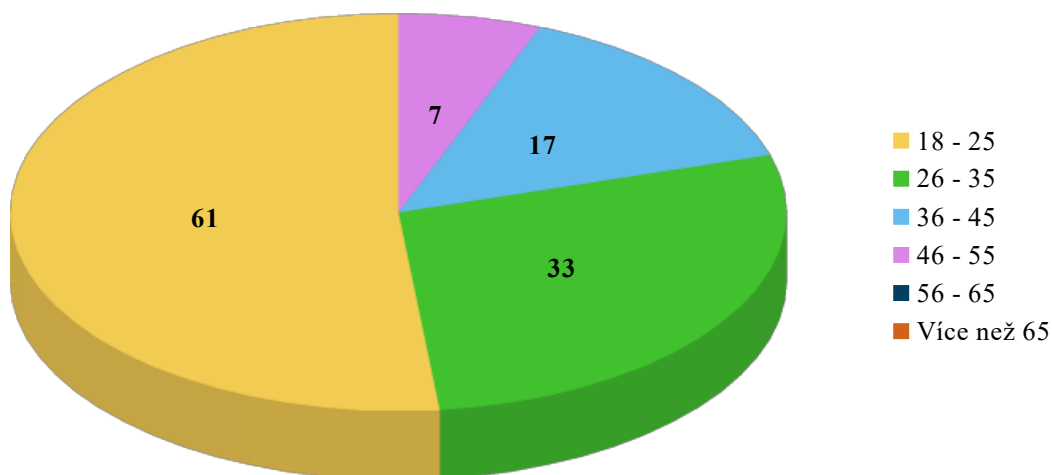
### 12.1.3 Kolik je Vám let?

Tabulka 6 – Věk respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
18 - 25	61	51,7 %
26 - 35	33	28 %
36 - 45	17	14,4 %
46 - 55	7	5,9 %
56 - 65	0	0 %
Více než 65	0	0 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 3 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní

Ze 118 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním byli nejpočetnější skupinou respondenti ve věku 18 – 25 let, kterých bylo 61 (51,7 %). Další početnou skupinu tvořili respondenti ve věku 26 – 35 let a to v počtu 33 (28 %). Respondentů ve věku 36 – 45 let se zúčastnilo výzkumu 17 (14,4%) a ve věkové kategorii 46 – 55 let jich bylo 7 (5,9 %). Respondenti starší 55 let se tohoto výzkumného šetření neúčastnili, ačkoliv i jim byly dotazníky poskytnuty.

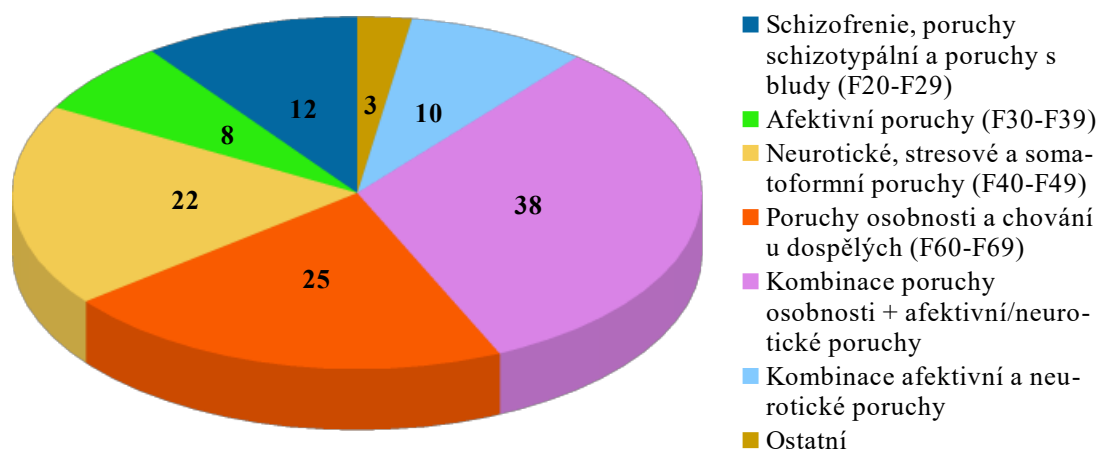
### 12.1.4 S jakým duševním onemocněním se léčíte?

Tabulka 7 – Zastoupení duševních poruch u respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 - F29)	12	10,2 %
Afektivní poruchy (F30 - F39)	8	6,8 %
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F49)	22	18,6 %
Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)	25	21,2 %
Kombinace poruchy osobnosti + afektivní/neurotické poruchy	38	32,2 %
Kombinace afektivní + neurotické poruchy	10	8,5 %
Ostatní	3	2,5 %
Celkem odpovědí	118	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 4 – Zastoupení duševních poruch u respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním



Zdroj: vlastní

Z celkových 118 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, kteří se účastnili našeho výzkumu, nejvíce respondentů uvedlo, že se léčí s kombinací poruchy osobnosti a afektivní/neurotické poruchy. Těchto respondentů bylo 38 (32,2 %). 25 (21,2 %) respondentů uvedlo, že jim byla diagnostikována porucha z kategorie „Poruchy osobnosti a chování u dospělých.“ Ze skupiny neurotických, stresových a somatoformních poruch se výzkumu účastnilo 22 (18,6 %) respondentů. 12 (10,2 %) respondentů uvedlo, že trpí některým typem schizofrenie. Kombinaci afektivní a neurotické poruchy uvedlo 10 (8,5 %) respondentů. 8 (6,8 %) respondentů uvedlo jako onemocnění, se kterým se léčí, poruchu nálady (afektivní poruchu) a 3 (2,5 %) respondenti trpí jiným duševním onemocněním.

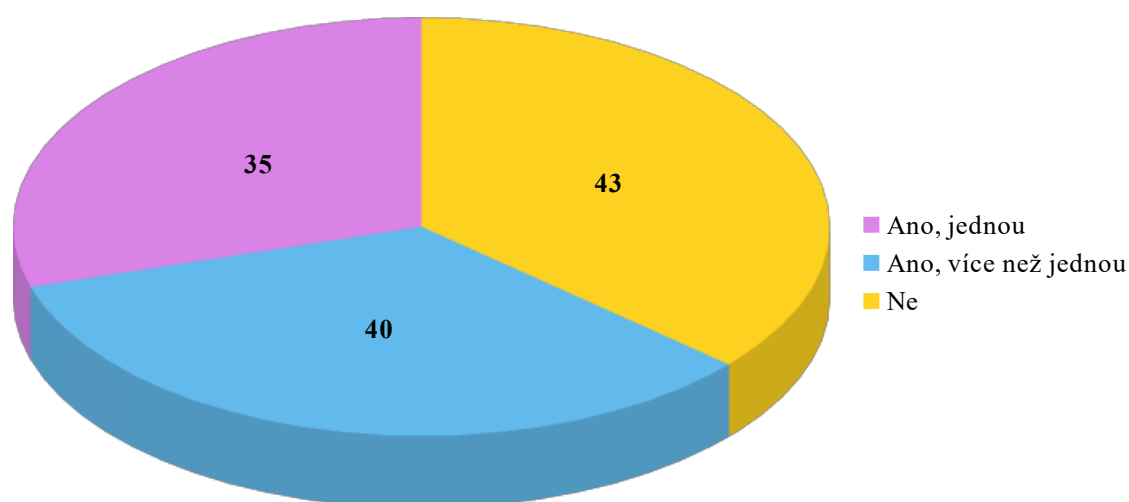
### 12.1.5 Využil/a jste někdy služeb zdravotnické záchranné služby (ZZS)?

Tabulka 8 – Zkušenosti s využitím zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Ano, jednou	35	29,7 %
Ano, více než jednou	40	33,9 %
Ne	43	36,4 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 5 – Zkušenosti s využitím zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 118 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním 40 (33,9 %) uvedlo, že mají více než jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. 35 (29,7 %) respondentů uvedlo, že služeb zdravotnické záchranné služby využili jen jednou v životě. Žádnou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou má 43 (36,4 %) respondentů.

### 12.1.6 Z jakého důvodu jste využil/a služeb zdravotnické záchranné služby?

Tabulka 9 – Důvod využití zdravotnické záchranné služby

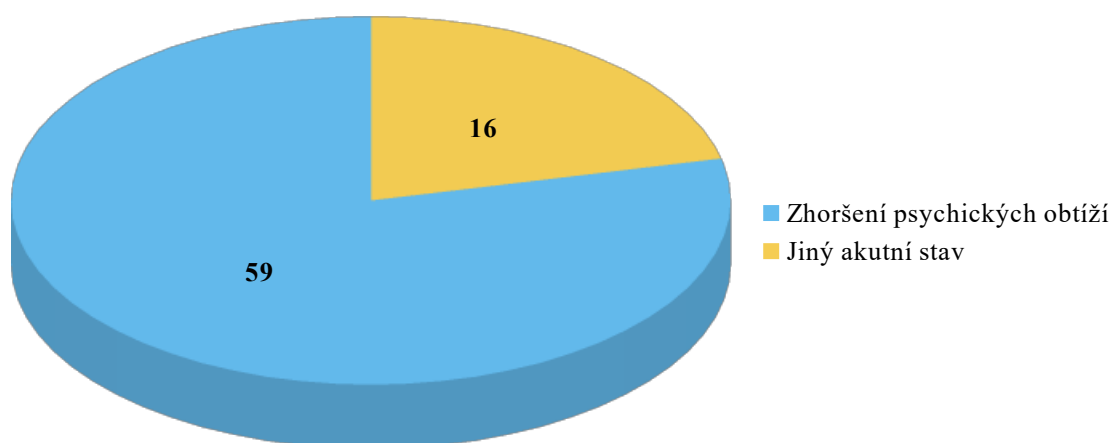
Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Zhoršení psychických obtíží *	59	78,7 %
Jiný akutní stav **	16	21,3%
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

\*např. panické ataky, záchvaty úzkosti, psychogenní hyperventilace, sebepoškození, sebevražedné myšlenky/pokusy

\*\* např. tělesný problém jako úraz, astma, epileptický záchvat, komplikace cukrovky apod.

Zdroj: vlastní

Graf 6 – Důvod využití zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, kteří uvedli, že mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou, bylo u 59 (78,7 %) důvodem k výjezdu vozu zdravotnické záchranné služby zhoršení psychických obtíží. Pouze 16 (21,3 %) respondentů uvedlo, že důvodem k volání na tísňovou linku byly jiné obtíže nesouvisející se zhoršením duševního stavu.

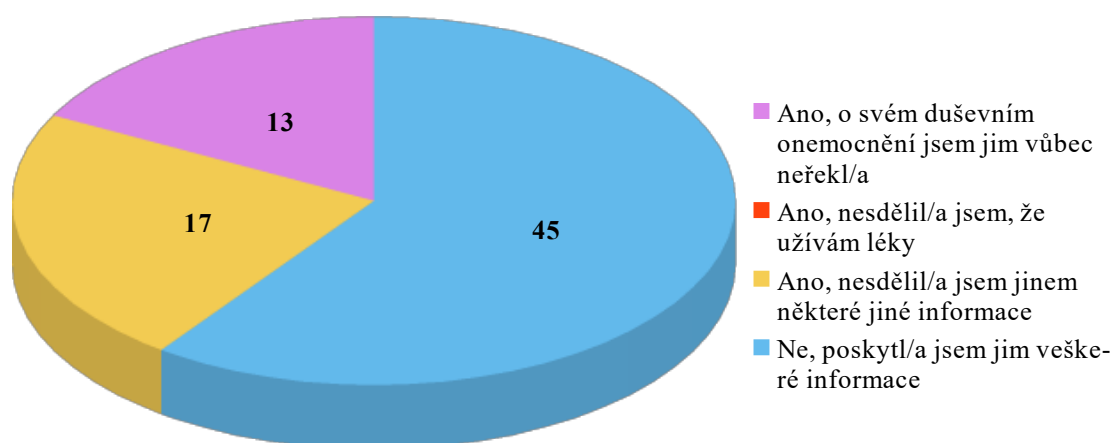
### 12.1.7 Zatajil/a jste záchranářům nějaké informace ohledně svého duševního onemocnění?

Tabulka 10 – Zatajování informací o duševních obtížích

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Ano, o svém duševním onemocnění jsem jim vůbec neřekl/a	13	17,3 %
Ano, nesdělil/a jsem, že užívám léky	0	0 %
Ano, nesdělil/a jsem jim některé jiné informace	17	22,7 %
Ne, poskytl/a jsem jim veškeré informace	45	60 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 7 – Zatajování informací o duševních obtížích



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, kteří uvedli, že mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou, 45 (60 %) respondentů uvedlo, že zdravotnickým záchranářům poskytli veškeré informace ohledně svého duševního onemocnění. Veškerými informacemi rozumíme diagnózu, užívanou medikaci, popř. aktuální stav onemocnění. 17 (22,7 %) účastníků

výzkumu uvedlo, že záchranářům nesdělili některé informace a 13 (17,3 %) respondentů záchranářům o svém duševním onemocnění vůbec neřeklo. Žádný z respondentů dle našeho výzkumu nezatajil užívání psychofarmak (kromě těch, kteří o svém duševním onemocnění neřekli záchranářům vůbec).



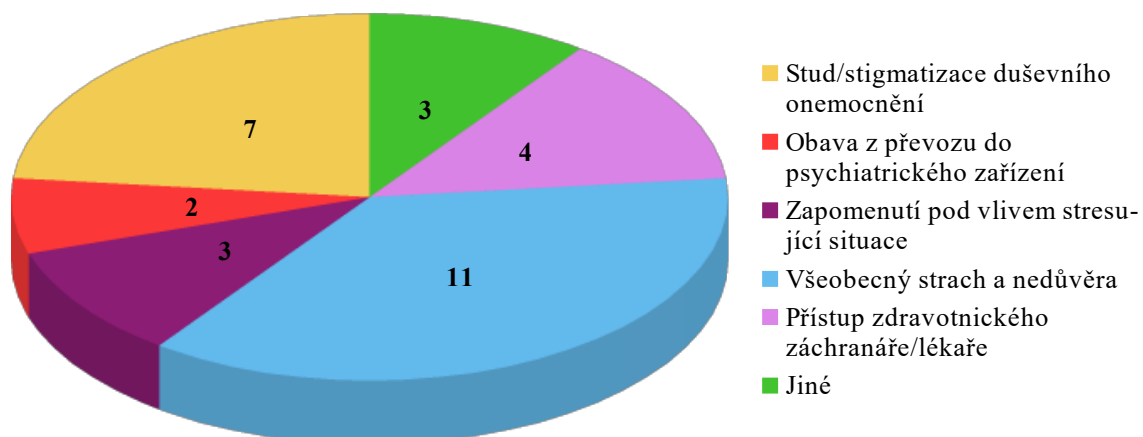
### 12.1.8 Z jakého důvodu jste některé informace neposkytl/a?

Tabulka 11 – Důvod zatajení informací o duševních obtížích

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Stud/stigmatizace duševního onemocnění	7	23,3 %
Obava z převozu do psychiatrického zařízení	2	6,7 %
Zapomenutí pod vlivem stresující situace	3	10,0 %
Všeobecný strach a nedůvěra	11	36,7 %
Přístup zdravotnického záchranáře/lékaře	4	13,3 %
Jiné	3	10,0 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 8 – Důvod zatajení informací o duševních obtížích



Zdroj: vlastní

Z počtu 30 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, kteří uvedli, že záchranářům některou z informací týkající se jejich duševního onemocnění zatajili, 11 (36,7 %) respondentů uvedlo, že důvodem tohoto zatajení byl všeobecný strach a nedůvěra. Dalším častým důvodem, a to pro 7 (23,3 %) respondentů, byl stud resp. obava ze stigmatizace duševního onemocnění. 4 (13,3 %) respondenti některé informace nesdělili

kvůli přístupu zdravotnických pracovníků. Celkem 3 (10,0 %) respondenti uvedli jako důvod neposkytnutí některých informací stres, který vedl k zapomenutí poskytnutí některých informací. Nejméně častým důvodem a to u 2 (6,7 %) respondentů byla obava z převozu do psychiatrického zařízení. 3 (10,0 %) účastníci výzkumu uvedli jiné důvody pro nesdělení některých informací.

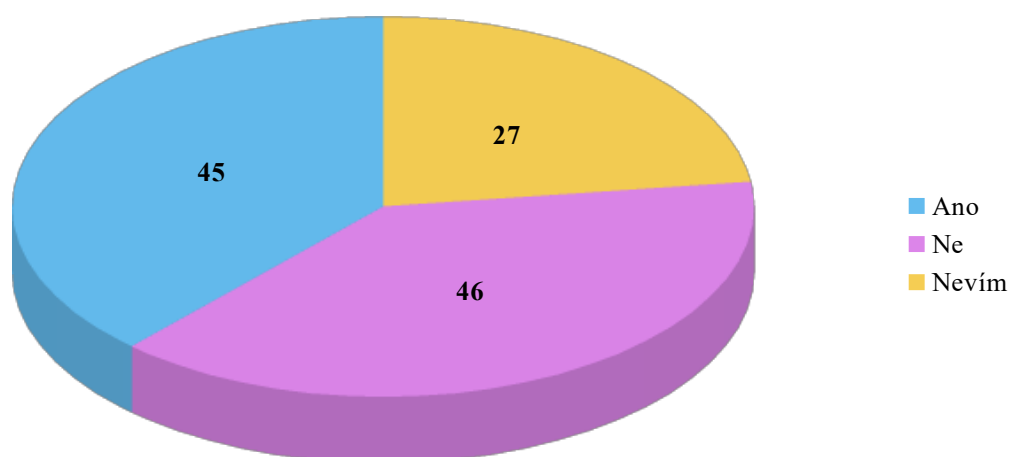
### 12.1.9 Máte nějaké výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby?

Tabulka 12 – Obavy ohledně využití zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Ano	45	38,1 %
Ne	46	39 %
Nevím	27	22,9 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 9 – Obavy ohledně využití zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 118 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním odpovědělo v otázce týkající se obav ohledně využití zdravotnické záchranné služby kladně 45 (38,1 %) dotázaných. 46 (39 %) dotázaných uvedlo, že nemají žádné výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby. 27 (22,9 %) respondentů označilo u této otázky možnost „Nevím“.

### 12.1.10 Týkají se Vaše obavy některé z následujících možností?

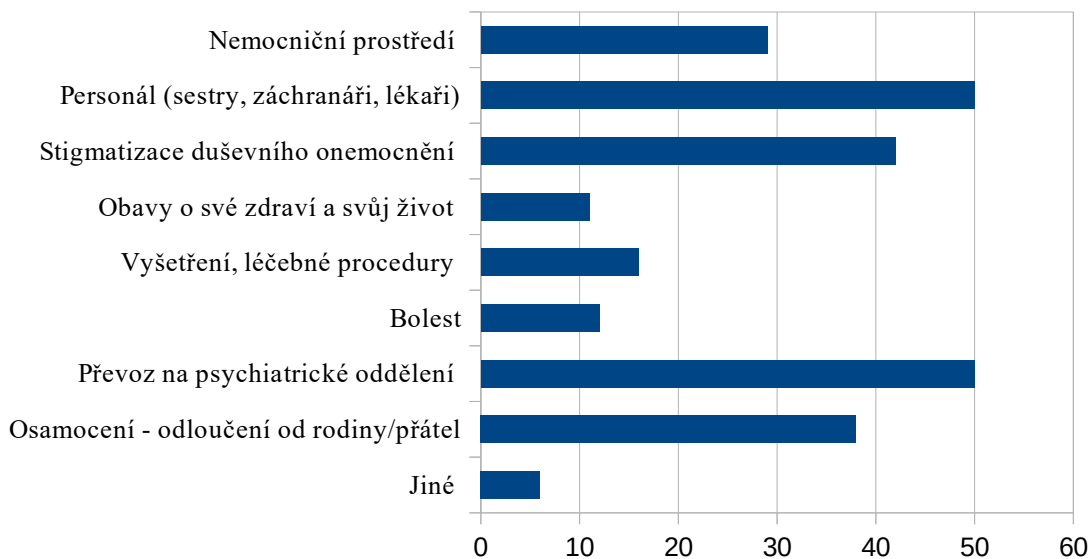
Můžete zvolit více možností.

Tabulka 13 – Specifikace obav ohledně využití zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Nemocniční prostředí	29	40,3 %
Personál (sestry, záchranáři, lékaři)	50	69,4 %
Stigmatizace duševního onemocnění	42	58,3 %
Obavy o své zdraví a svůj život	11	15,3 %
Vyšetření, léčebné procedury	16	22,2 %
Bolest	12	16,7 %
Převoz na psychiatrické oddělení	50	69,4 %
Osamocení – odloučení od rodiny/přátel	38	52,8 %
Jiné	6	8,3 %
<b>Celkem respondentů odpovědělo</b>	<b>72</b>	

Zdroj: vlastní

Graf 10 – Specifikace obav ohledně využití zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

V otázce specifikace obav ohledně využití služeb zdravotnické záchranné služby měli účastníci výzkumu možnost vybrat více odpovědí najednou. Na tuto otázku

odpovídalo celkem 72 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce, zdali mají nějaké výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby, vybrali možnost „Ano“ nebo „Nevím“.

Dle odpovědí účastníků výzkumu s diagnostikovaným duševním onemocněním, jsou nejrozšířenějšími obavami převoz na psychiatrické oddělení a jednání/přístup zdravotnického personálu. Každou z těchto možností zvolilo 50 (69,4 %) respondentů. Druhou nejčastěji rozšířenou obavou je strach ze stigmatizace duševního onemocnění a to pro 42 (58,3 %) respondentů. Osamocení a odloučení od rodiny/přátel je výraznou obavou pro 38 (52,8 %) respondentů. Celkem 29 (40,3 %) respondentů vyjádřilo obavy kvůli pobytu v nemocničním prostředí. Vyšetření a léčebných procedur se obává 16 (22,2 %) účastníků výzkumu a bolesti 12 (16,7 %) účastníků výzkumu. Obavy o své zdraví a svůj život jsou dle našeho výzkumu nejméně rozšířeným strachem mezi těmito respondenty s diagnostikovaným duševním onemocněním. Tuto možnost označilo jen 11 (15,3 %) respondentů. 6 (8,3 %) respondentů uvedlo jiné různé obavy.

### 12.1.11 Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně

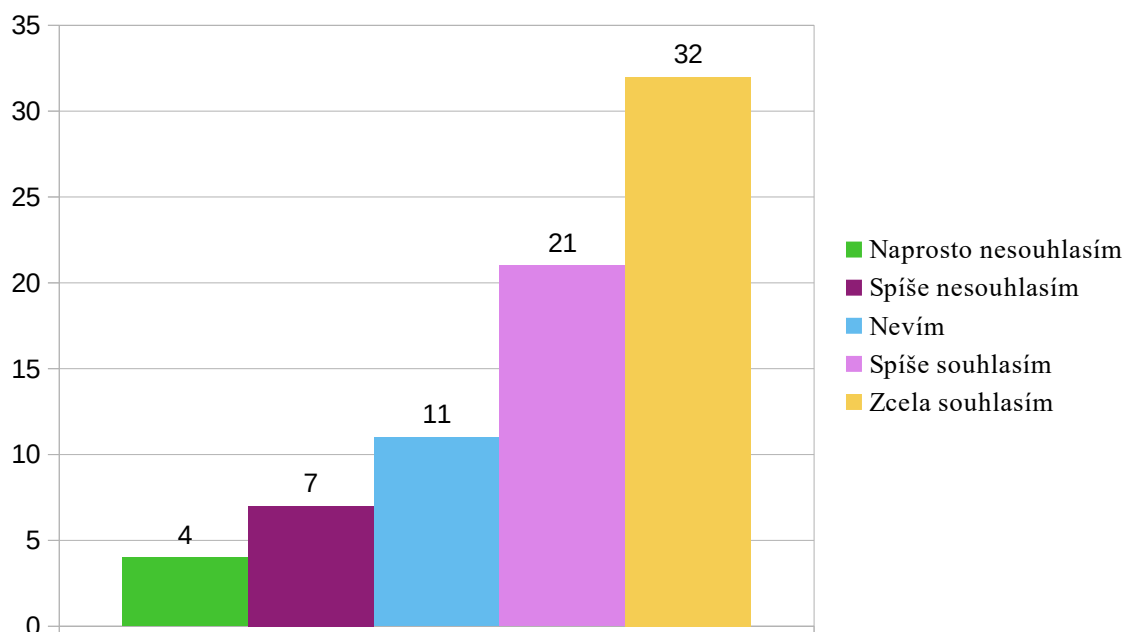
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 14 – Srozumitelná komunikace

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	4	5,3 %
2 – spíše nesouhlasím	7	9,3 %
3 – nevím	11	14,7 %
4 – spíše souhlasím	21	28 %
5 – zcela souhlasím	32	42,7 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 11 – Srozumitelná komunikace



Zdroj: vlastní

V našem výzkumu 75 respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním z celkových 118 uvedlo, že má alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. V této otázce respondenti hodnotili výrok: „Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně.“ 32 (42,7 %) respondentů označilo možnost „zcela souhlasím.“ S daným výrokiem spíše souhlasí 21 (28 %) respondentů. Jistých odpovědí si není 11 (14,7 %)

respondentů. 7 (9,3 %) respondentů označilo odpověď „spíše nesouhlasím“ a zcela nesouhlasí 4 (5,3 %) respondenti.

### 12.1.12 Přístup záchranářů hodnotím jako citlivý

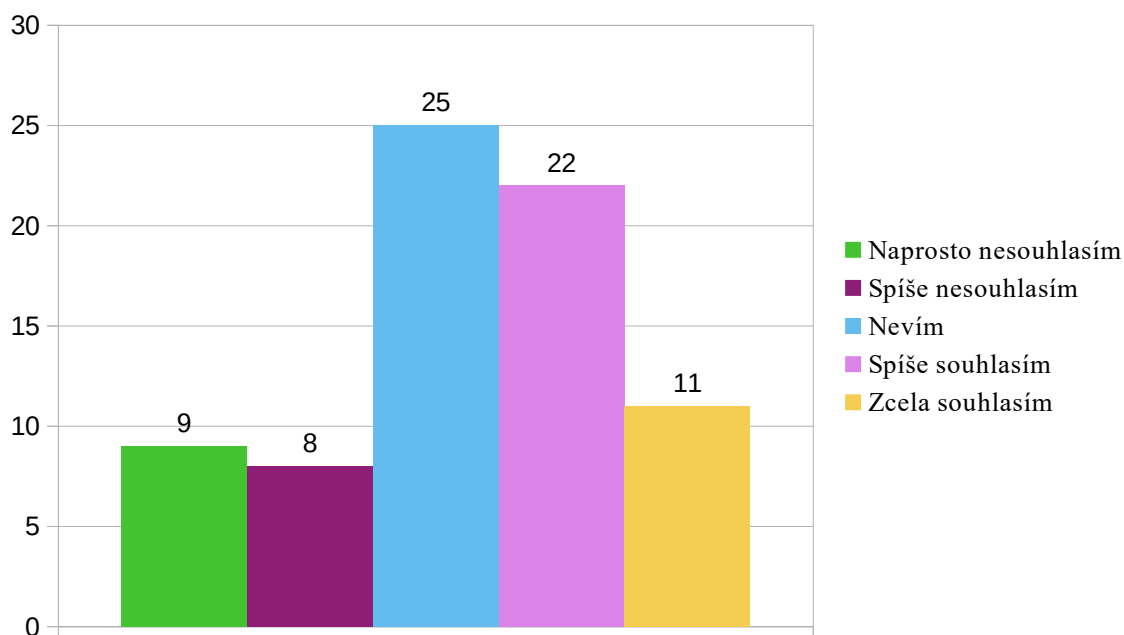
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 15 – Citlivý přístup

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	9	12 %
2 – spíše nesouhlasím	8	10,7 %
3 – nevím	25	33,3 %
4 – spíše souhlasím	22	29,3 %
5 – zcela souhlasím	11	14,7 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 12 – Citlivý přístup



Zdroj: vlastní

U výroku „Přístup záchranářů hodnotím jako citlivý“ označilo 11 (14,7 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním z celkových 75 (100 %) možnost „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 22 (29,3 %) respondentů. Jedna třetina respondentů (25) nedokázala na tuto otázku jednoznačně odpovědět a zvolila



možnost „nevím.“ 8 (10,7 %) respondentů s daným výrokiem spíše nesouhlasí a 9 (12 %) respondentů zcela nesouhlasí.

### 12.1.13 Záchranáři ve mně vyvolávali pocity strachu nebo úzkosti

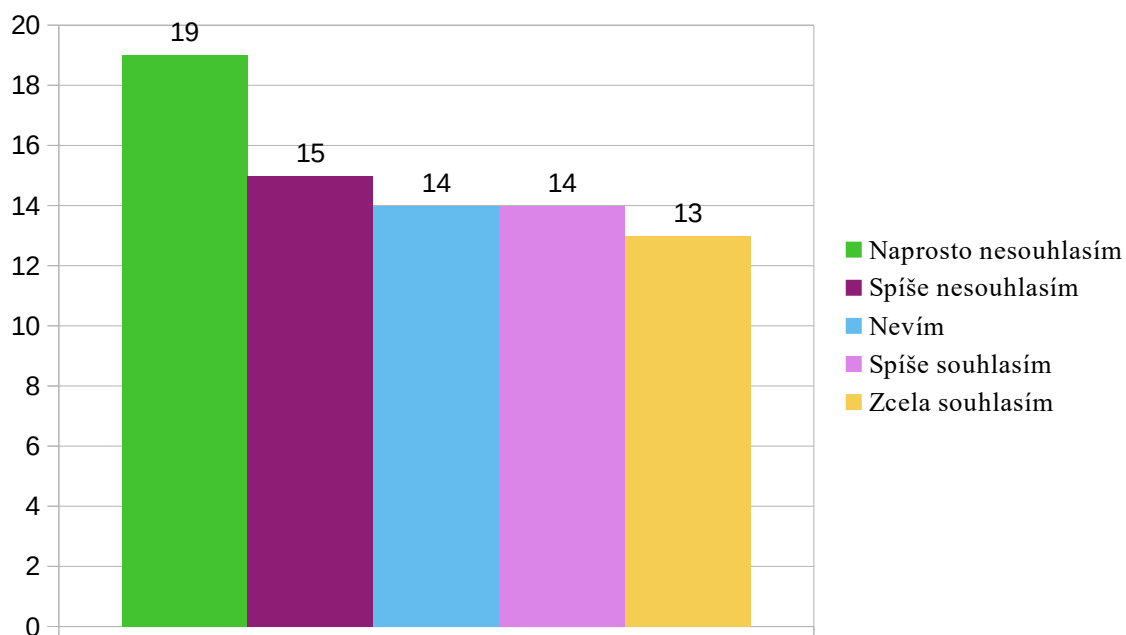
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 16 – Pocity strachu a úzkosti

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	19	25,3 %
2 – spíše nesouhlasím	15	20 %
3 – nevím	14	18,7 %
4 – spíše souhlasím	14	18,7 %
5 – zcela souhlasím	13	17,3 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 13 – Pocity strachu a úzkosti



Zdroj: vlastní

Z celkových 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním vyjadřujících se k výroku „Záchranáři ve mně vyvolávali pocity strachu nebo úzkosti“ odpovědělo „zcela souhlasím“ 13 (17,3 %) respondentů. Spíše souhlasí 14 (18,7 %) respondentů. Stejný počet respondentů (14) označilo možnost „nevím.“ S daným výrokem spíše nesouhlasí 15 (20 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 19 (25,3 %) respondentů.

### 12.1.14 Záchranáři na mě působili uklidňujícím dojmem

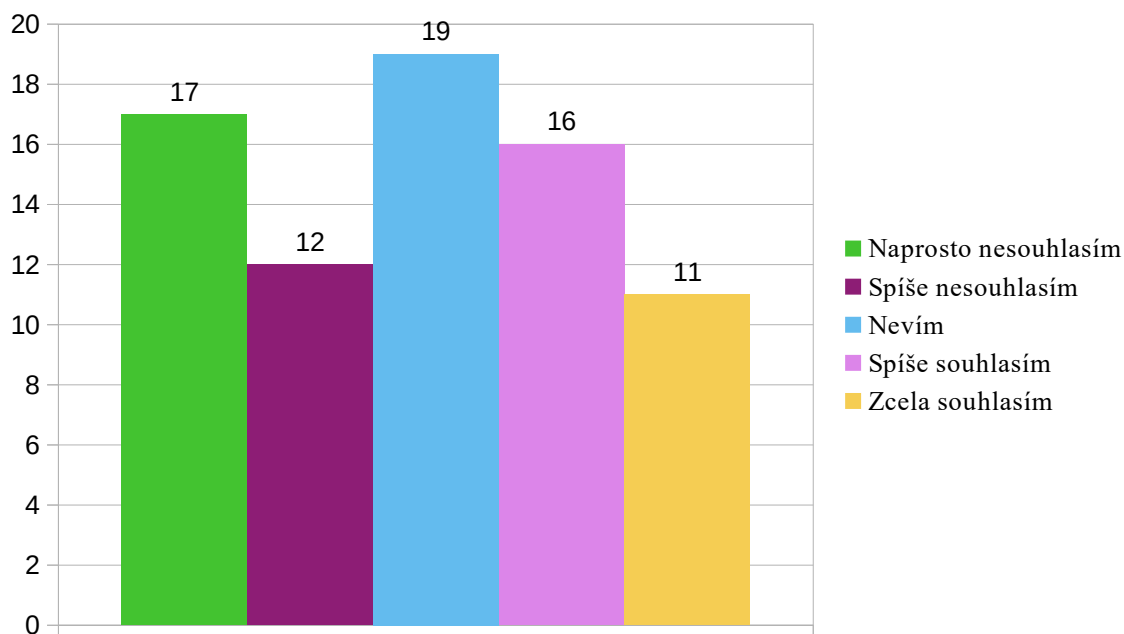
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 17 – Uklidňující dojem

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	17	22,7 %
2 – spíše nesouhlasím	12	16 %
3 – nevím	19	25,3 %
4 – spíše souhlasím	16	21,3 %
5 – zcela souhlasím	11	14,7 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 14 – Uklidňující dojem



Zdroj: vlastní

U výroku „Záchranáři na mě působili uklidňujícím dojmem“ označilo 11 (14,7 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním z celkových 75 (100 %) možnost „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 16 (21,3 %) respondentů. 19 (25,3 %) respondentů nedokázalo na tuto otázku jednoznačně odpovědět a zvolilo možnost „nevím.“ 12 (16 %) respondentů s daným výrokem spíše nesouhlasí a 17 (22,7 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

### 12.1.15 Záchranáři ve mně vyvolávali pocity vzteku a agrese

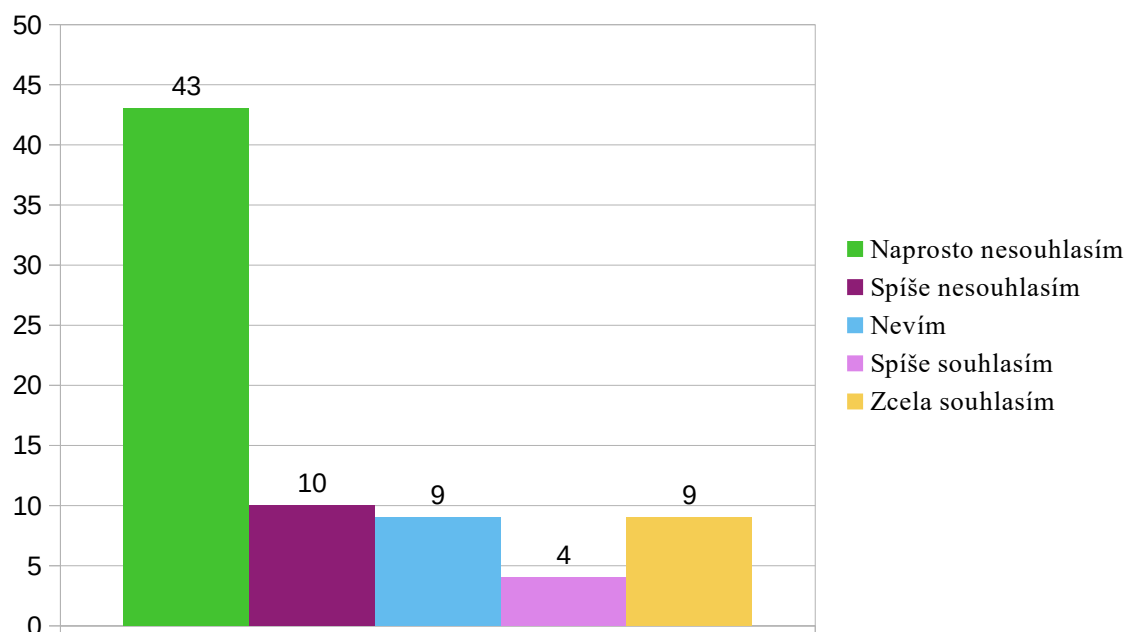
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 18 – Pocity vzteku a agrese

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	43	57,3 %
2 – spíše nesouhlasím	10	13,3 %
3 – nevím	9	12 %
4 – spíše souhlasím	4	5,3 %
5 – zcela souhlasím	9	12 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 15 – Pocity vzteku a agrese



Zdroj: vlastní

Na výrok „Záchranáři ve mně vyvolávali pocity vzteku a agrese“ odpovídalo 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, kteří mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. S daným výrokem zcela souhlasí 9 (12 %) těchto respondentů. 4 (5,3 %) respondenti spíše souhlasí. Možnost „nevím“

označilo 9 (12 %) respondentů. 10 (13,3 %) respondentů s tímto výrokem píše nesouhlasí a 43 (57,3 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

### 12.1.16 Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže

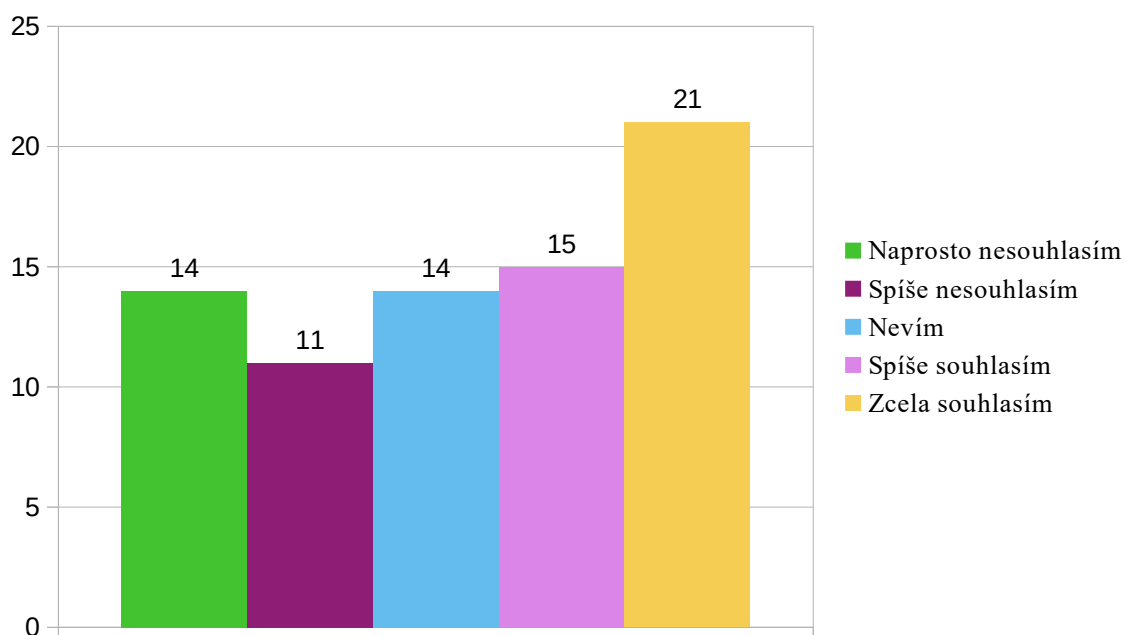
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 19 – Dostatek času na popsání obtíží

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	14	18,7 %
2 – spíše nesouhlasím	11	14,7 %
3 – nevím	14	18,7 %
4 – spíše souhlasím	15	20 %
5 – zcela souhlasím	21	28 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 16 – Dostatek času na popsání obtíží



Zdroj: vlastní

Z celkových 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním vyjadřujících se k výroku „Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže“ odpovědělo „zcela souhlasím“ 21 (28 %) respondentů. Spíše souhlasí 15 (20 %) respondentů. Možnost „nevím“ označilo 14 (18,7 %) respondentů. S daným výrokem spíše nesouhlasí 11 (14,7 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 14 (18,7 %) respondentů.

### 12.1.17 Cítil/a jsem nepříjetí ze strany záchranářů kvůli svému duševnímu onemocnění

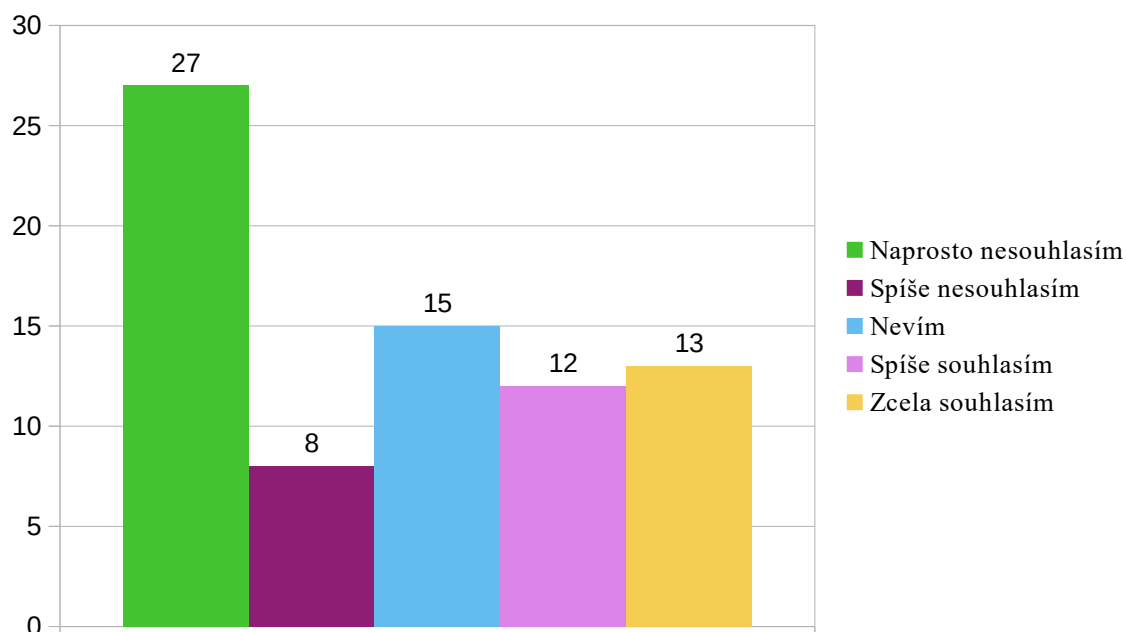
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 20 – Pocit nepřijetí duševního onemocnění ze strany záchranářů

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	27	36 %
2 – spíše nesouhlasím	8	10,7 %
3 – nevím	15	20 %
4 – spíše souhlasím	12	16 %
5 – zcela souhlasím	13	17,3 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 17 – Pocit nepřijetí duševního onemocnění ze strany záchranářů



Zdroj: vlastní

U výroku „Cítil/a jsem nepříjetí ze strany záchranářů kvůli svému duševnímu onemocnění“ označilo 13 (17,3 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním z celkových 75 (100 %) možnost „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 12 (16 %) respondentů. 15 (20 %) respondentů nedokázalo na tuto otázku

jednoznačně odpovědět a zvolilo možnost „nevím.“ 8 (10,7 %) respondentů s daným výrokiem spíše nesouhlasí a 27 (36 %) respondentů naprosto nesouhlasí.



### 12.1.18 Houkání vozu zdravotnické záchranné služby ve mně vyvolávalo některý z následujících pocitů: strach, úzkost, vztek, panika

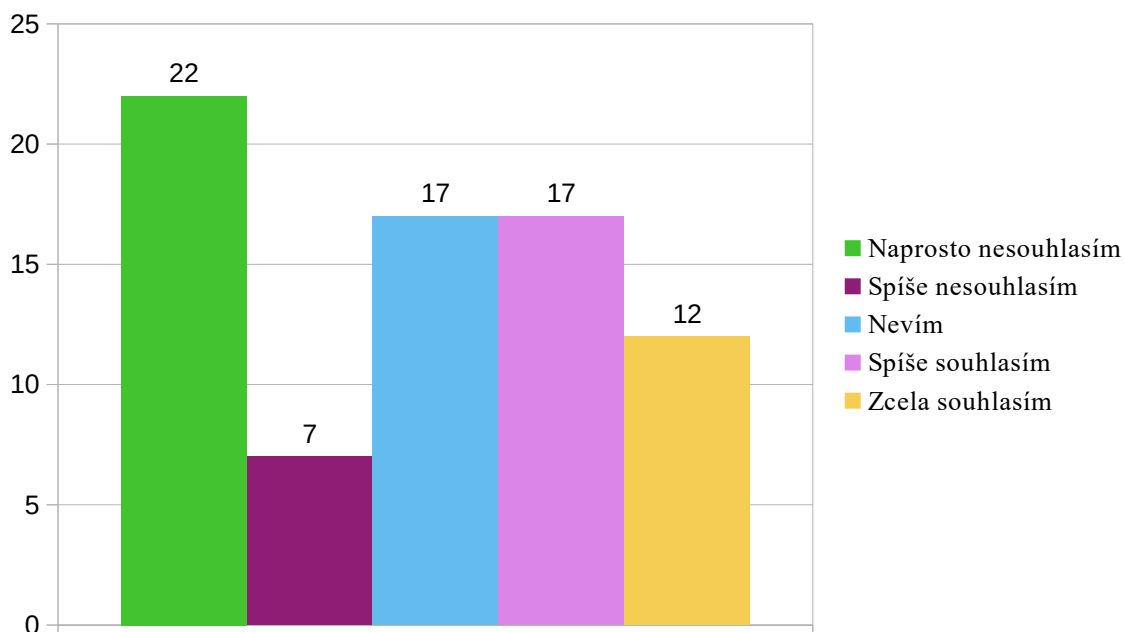
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 21 - Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	22	29,3 %
2 – spíše nesouhlasím	7	9,3 %
3 – nevím	17	22,7 %
4 – spíše souhlasím	17	22,7 %
5 – zcela souhlasím	12	16 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 18 – Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Na výrok „Houkání vozu zdravotnické záchranné služby ve mně vyvolávalo některý z následujících pocitů: strach, úzkost, vztek, panika“ odpovídalo 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, kteří mají alespoň jednu zkušenost se

zdravotnickou záchrannou službou. S daným výrokem zcela souhlasí 12 (16 %) těchto respondentů. 17 (22,7 %) respondentů spíše souhlasí. Možnost „nevím“ označilo též 17 (22,7 %) respondentů. 7 (9,3 %) respondentů s tímto výrokem spíše nesouhlasí a 22 (29,3 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

### 12.1.19 Cítil/a jsem se dostatečně informován/a

\*ohledně podávané medikace, následujícího postupu, převozu do zdravotnického zařízení apod.

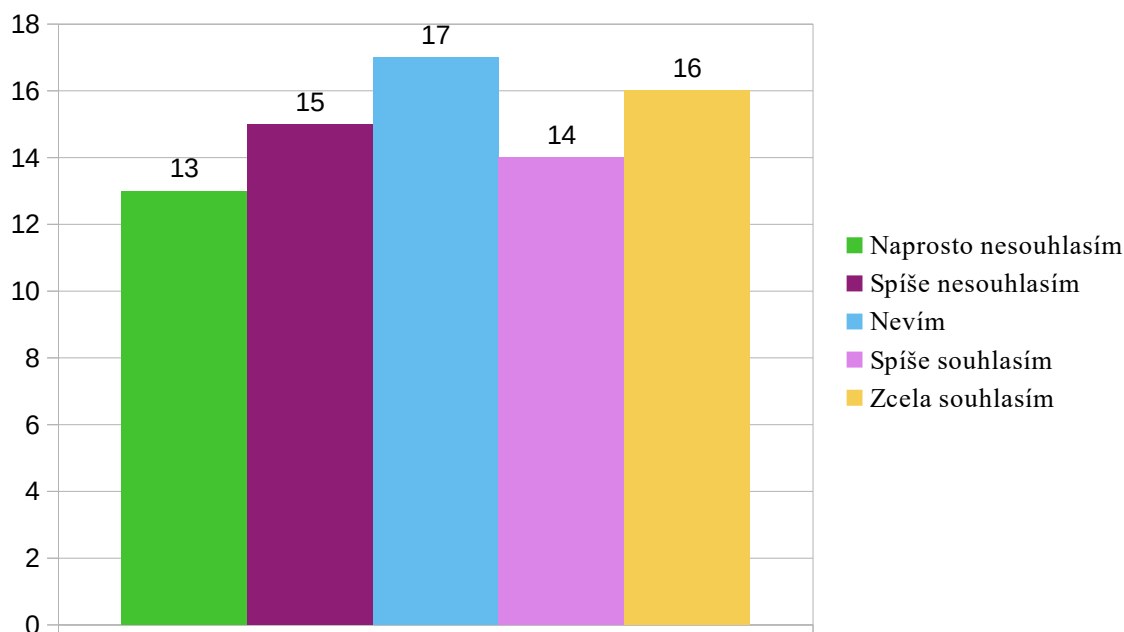
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 22 – Pocit dostatečné informovanosti

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	13	17,3 %
2 – spíše nesouhlasím	15	20 %
3 – nevím	17	22,7 %
4 – spíše souhlasím	14	18,7 %
5 – zcela souhlasím	16	21,3 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 19 – Pocit dostatečné informovanosti



Zdroj: vlastní

Z celkových 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním vyjadřujících se k výroku „Cítil/a jsem se dostatečně informován/a“ odpovědělo „zcela souhlasím“ 16 (21,3 %) respondentů. Spíše souhlasí 14 (18,7 %) respondentů. 17 (22,7 %)

respondentů označilo možnost „nevím.“ S daným výrokiem spíše nesouhlasí 15 (20 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 13 (17,3 %) respondentů.

### 12.1.20 Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům

\* Např. Pokud máte dobrou zkušenost se zdravotnickým záchranářem v prostředí přednemocniční neodkladné péče, více pak důvěřujete i jiným zdravotnickým pracovníkům v prostředí lůžkové péče a naopak.

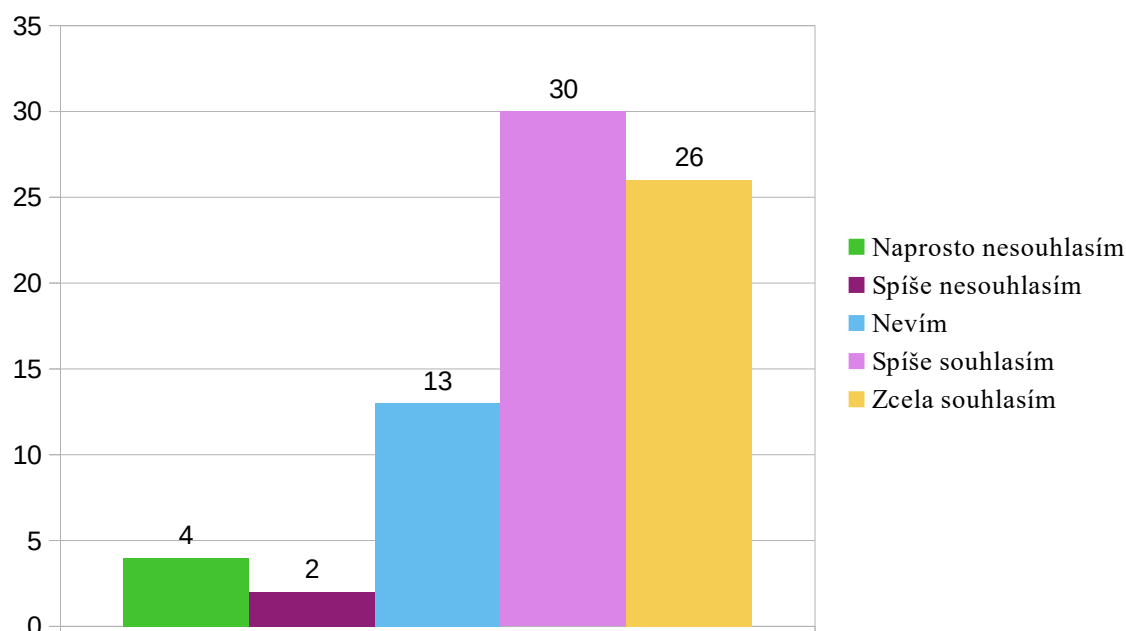
Zvolte odpověď na škále 1 - 5

Tabulka 23 – Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	4	5,3 %
2 – spíše nesouhlasím	2	2,7 %
3 – nevím	13	17,3 %
4 – spíše souhlasím	30	40 %
5 – zcela souhlasím	26	34,7 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 20 – Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky



Zdroj: vlastní

U výroku „Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům“ označilo 26 (34,7 %) respondentů s

diagnostikovaným duševním onemocněním z celkových 75 (100 %) možnost „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 30 (40 %) respondentů. 13 (17,3 %) respondentů nedokázalo na tuto otázku jednoznačně odpovědět a zvolilo možnost „nevím.“ 2 (2,7 %) respondenti s daným výrokem spíše nesouhlasí a 4 (5,3 %) respondenti naprosto nesouhlasí.

### 12.1.21 Celkově svou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou hodnotím jako:

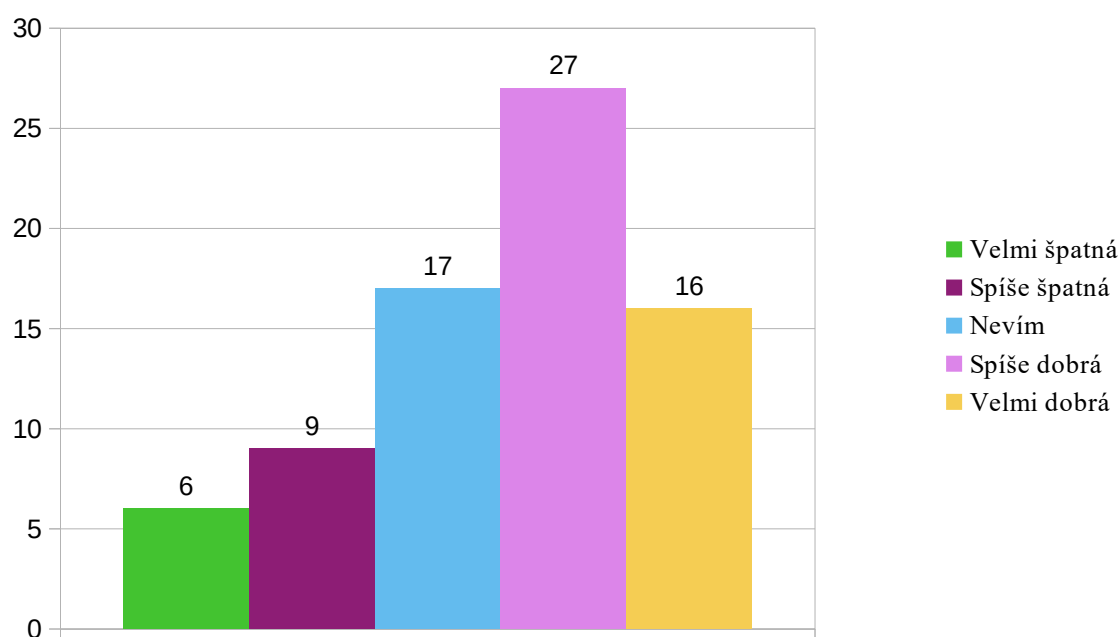
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 24 – Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – velmi špatná	1	1,3 %
2 – spíše špatná	1	1,3 %
3 – nevím	4	5,1 %
4 – spíše dobrá	16	20,5 %
5 – velmi dobrá	56	71,8 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 21 – Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou



Zdroj: vlastní

Ze 75 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, hodnotí svou celkovou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou jako velmi dobrou 16 (21,3 %) respondentů. Pro 27 (36 %) respondentů byla jejich zkušenost spíše dobrá. 17 (22,7 %) respondentů označilo možnost „nevím.“ Pro 9 (12 %) respondentů byla jejich zkušenost

spíše špatná a pro 6 (8 %) respondentů byla zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou velmi špatná.



## 12.2 Zkušenosti respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění se systémem přednemocniční neodkladné péče

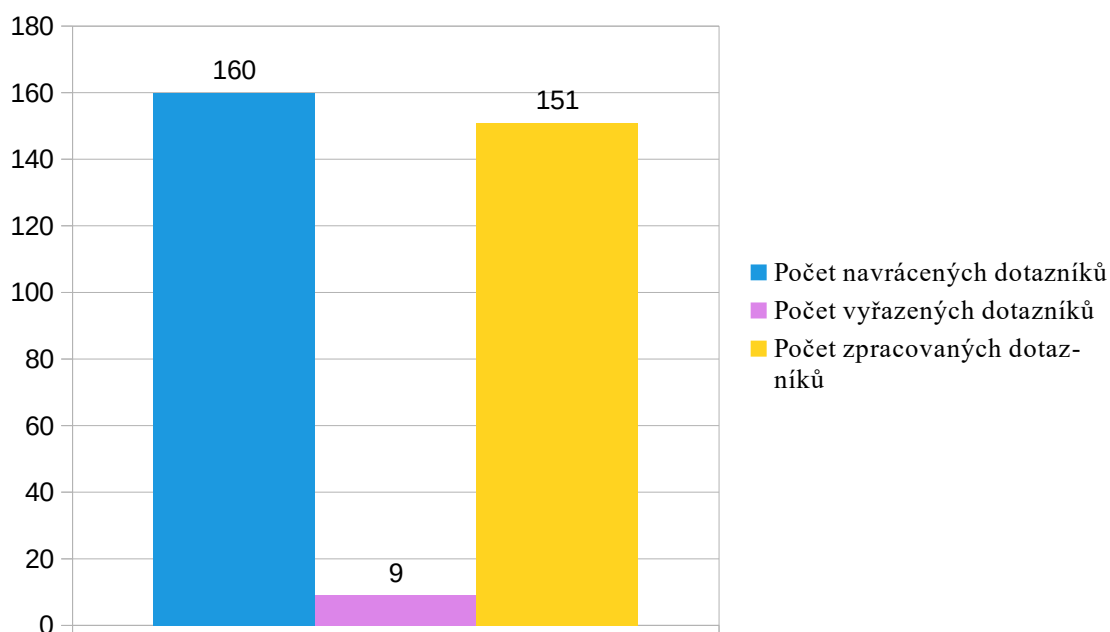
### 12.2.1 Počet respondentů

Tabulka 25 - Počet respondentů

Počet navrácených dotazníků	160
Počet vyřazených dotazníků	9
Počet zpracovaných dotazníků	151

Zdroj: vlastní

Graf 22 – Počet respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění



Zdroj: vlastní

Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 160 osob bez diagnostikovaného duševního onemocnění. Z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění dotazníku, jsme museli 9 navrácených dotazníků z výzkumného šetření vyřadit. Celkový počet dotazníků od této skupiny respondentů, které jsme využili pro zpracování dat, je tedy 151.

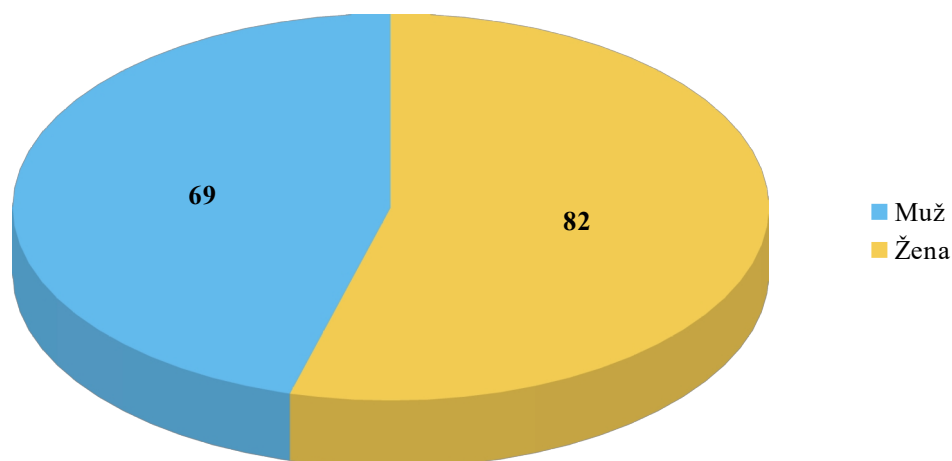
### 12.2.2 Jakého jste pohlaví?

Tabulka 26 – Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Žena	82	54,3 %
Muž	69	45,7 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>151</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 23 – Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 151 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění bylo 82 (54,3 %) žen a 69 (45,7 %) mužů.

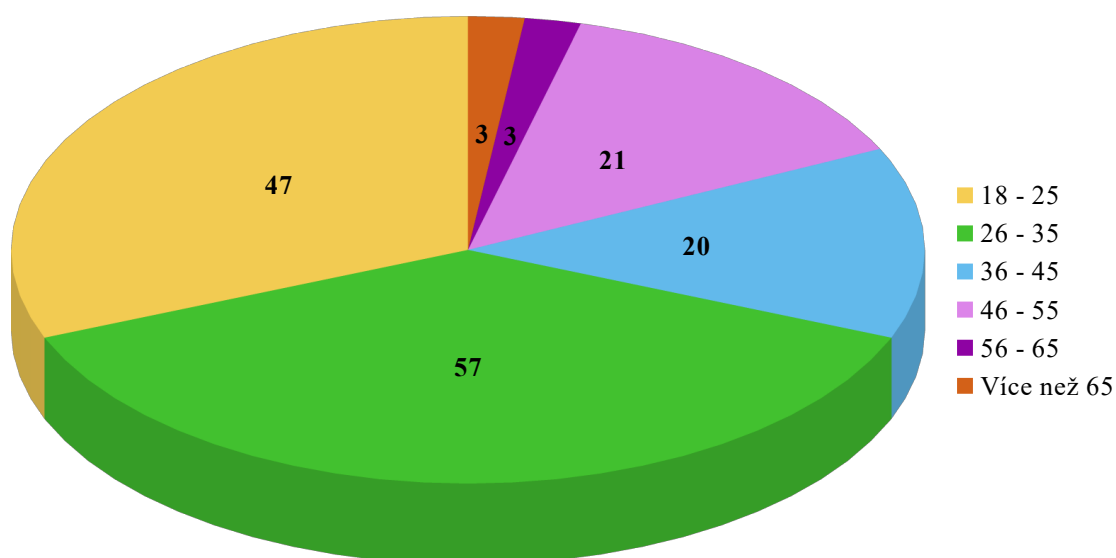
### 12.2.3 Kolik je Vám let?

Tabulka 27 – Věk respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
18 - 25	47	31,1 %
26 - 35	57	37,7 %
36 - 45	20	13,2 %
46 - 55	21	13,9 %
56 - 65	3	2 %
Více než 65	3	2 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>151</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 24 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní

Ze 151 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění byli nejpočetnější skupinou respondenti ve věku 26 - 35 let, kterých se účastnilo 57 (37,7 %). Další početnou skupinu tvořili respondenti ve věku 18 – 25 let a to v počtu 47 (31,1 %). Respondentů ve věku 36 – 45 let se zúčastnilo 20 (13,2%) a ve věkové kategorii 46 – 55 let jich bylo 21 (13,9 %). 3 (2 %) účastníci našeho výzkumu byli starší 55 let a respondentů starších 65 let byl stejný počet.

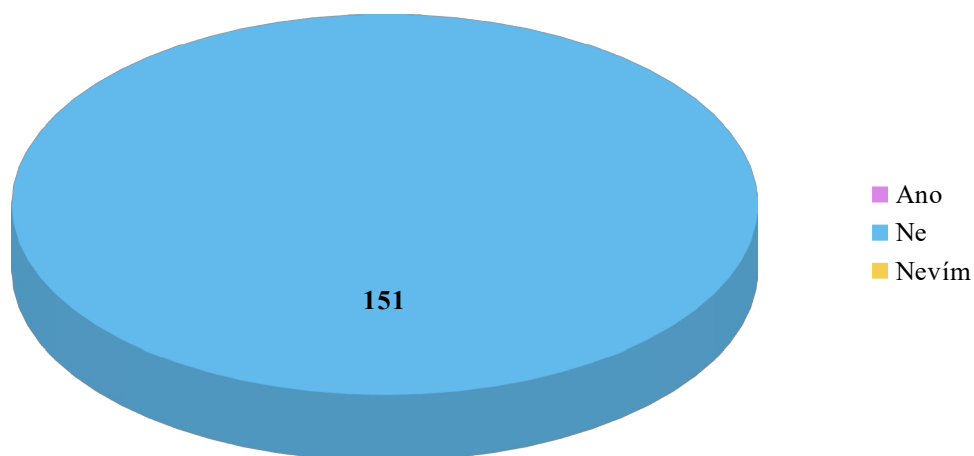
#### 12.2.4 Bylo Vám diagnostikováno nějaké duševní onemocnění?

Tabulka 28 – Diagnostika duševního onemocnění

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Ano	0	0 %
Ne	151	100 %
Nevím	0	0 %
<b>Celkem odpovědí</b>	151	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 25 – Diagnostika duševního onemocnění



Zdroj: vlastní

V otázce, zdali bylo respondentům diagnostikováno nějaké duševní onemocnění, zvolilo všech 151 (100 %) respondentů odpověď „Ne.“

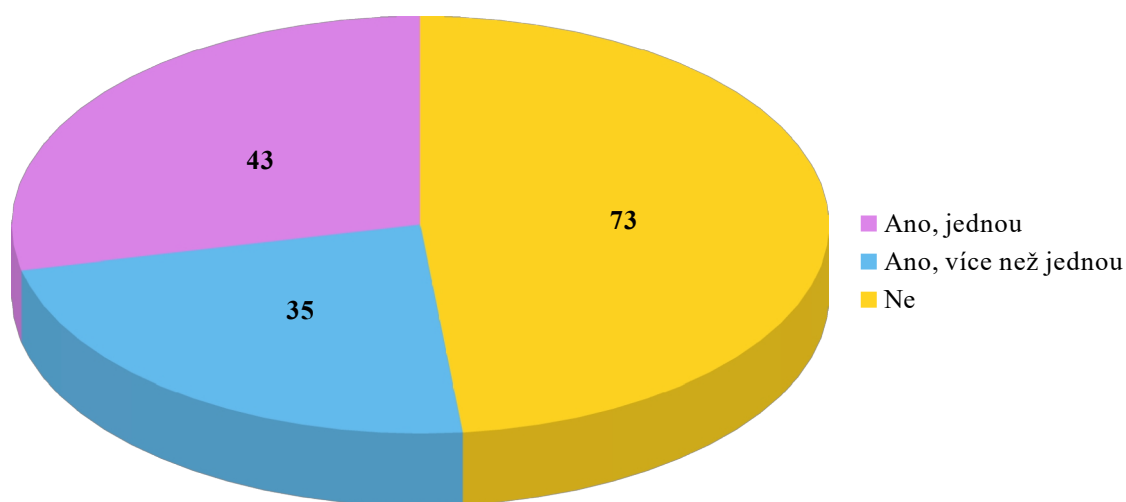
### 12.2.5 Využil/a jste někdy služeb zdravotnické záchranné služby (ZZS)?

Tabulka 29 – Využití služeb zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Ano, jednou	43	28,5 %
Ano, více než jednou	35	23,2 %
Ne	73	48,3 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>151</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 26 – Využití služeb zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 151 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění 43 (28,5 %) uvedlo, že mají jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. 35 (23,2 %) respondentů uvedlo, že služeb zdravotnické záchranné služby využili více než jednou v životě. Žádnou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou má 73 (48,3 %) respondentů.

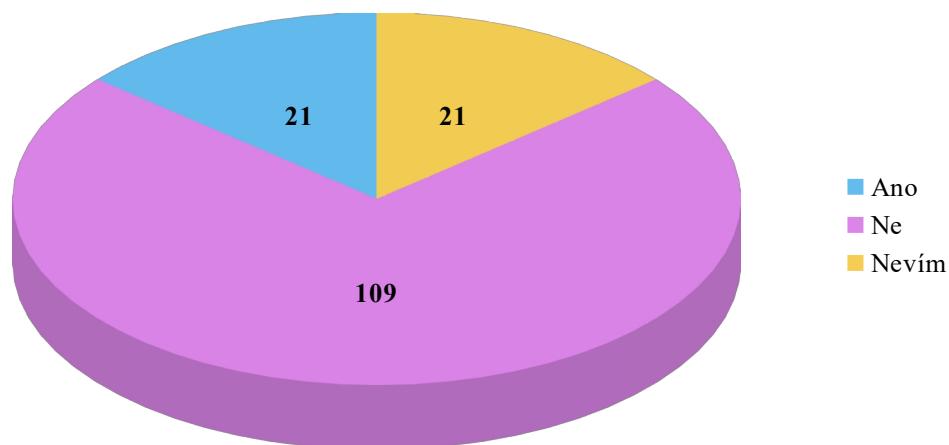
### 12.2.6 Máte nějaké výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby?

Tabulka 30 – Obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Ano	21	13,9 %
Ne	109	72,2 %
Nevím	21	13,9 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>151</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 27 – Obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 151 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění odpovědělo v otázce týkající se obav ohledně využití zdravotnické záchranné služby kladně 21 (13,9 %) dotázaných. 109 (72,2 %) dotázaných uvedlo, že nemají žádné výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby. 21 (13,9 %) respondentů označilo u této otázky možnost „Nevím“.

### 12.2.7 Týkájí se Vaše obavy některé z následujících možností?

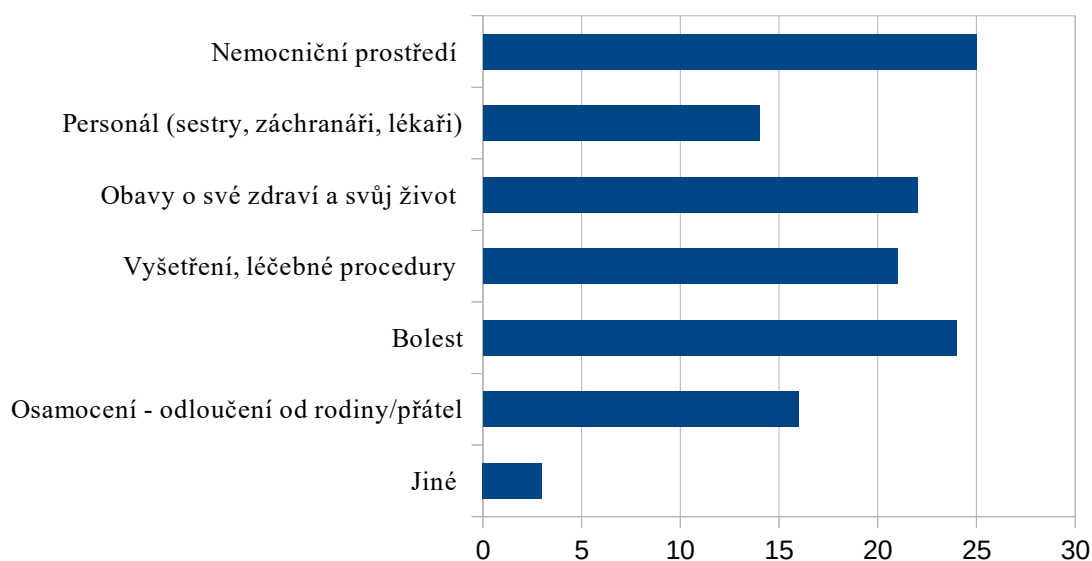
Můžete zvolit více možností.

Tabulka 31 - Specifikace obav spojených s využitím zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
Nemocniční prostředí	25	59,5 %
Personál (sestry, záchranáři, lékaři)	14	33,3 %
Obavy o své zdraví a svůj život	22	52,4 %
Vyšetření, léčebné procedury	21	50 %
Bolest	24	57,1 %
Osamocení – odloučení od rodiny/přátel	16	38,1 %
Jiné	3	7,2 %
<b>Celkem respondentů odpovědělo</b>	<b>42</b>	

Zdroj: vlastní

Graf 28 – Specifikace obav spojených s využitím zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

V otázce specifikace obav ohledně využití služeb zdravotnické záchranné služby měli účastníci výzkumu možnost vybrat více odpovědí najednou. Na tuto otázku odpovídalo celkem 42 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce, zdali mají nějaké

výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby, vybrali možnost „Ano“ nebo „Nevím“.

Dle odpovědí účastníků výzkumu bez diagnostikovaného duševního onemocnění, jsou nejrozšířenějšími obavami pobyt v nemocničním prostředí a bolest. Možnost pobyt v nemocničním prostředí zvolilo 25 (59,5 %) respondentů a bolest 24 (57,1 %) respondentů. Třetí nejčastěji rozšířenou obavou jsou obavy o své zdraví a svůj život a to pro 22 (52,4 %) respondentů. Vyšetření a léčebné procedury jsou výraznou obavou pro 21 (50 %) respondentů. Celkem 16 (38,1 %) respondentů vyjádřilo obavy kvůli osamocení a odloučení od rodiny/přátel. Přístupu zdravotnického personálu se obává 14 (33,3 %). 3 (7,2 %) respondenti uvedli jiné různé obavy.



### 12.2.8 Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně

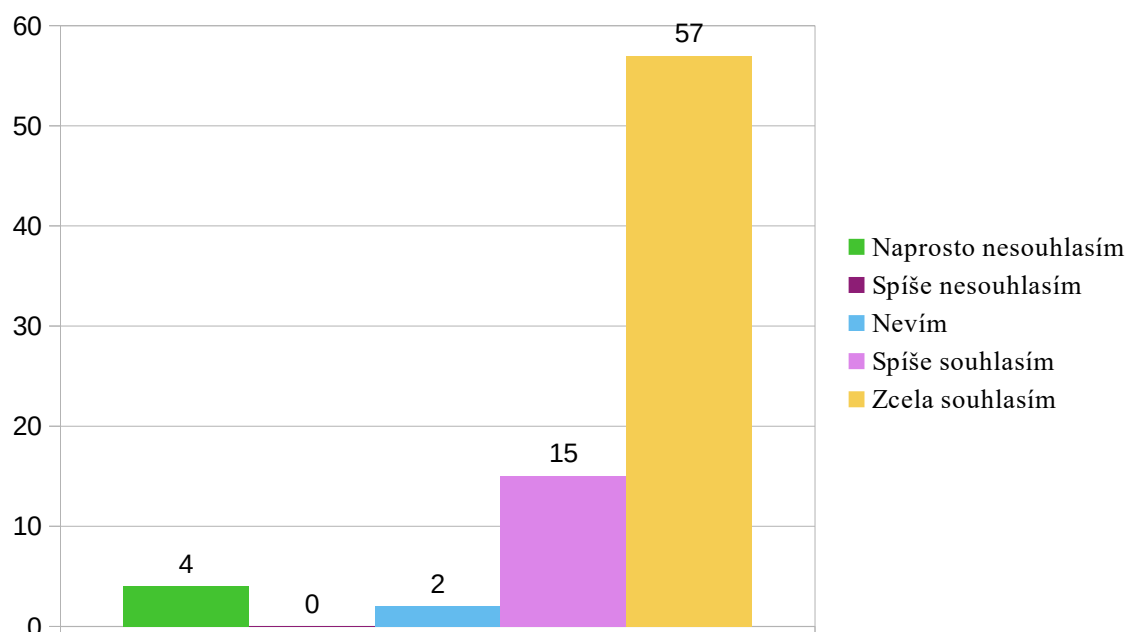
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 32 – Srozumitelná komunikace

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	4	5,1 %
2 – spíše nesouhlasím	0	0 %
3 – nevím	2	2,6 %
4 – spíše souhlasím	15	19,2 %
5 – zcela souhlasím	57	73,1 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 29 – Srozumitelná komunikace



Zdroj: vlastní

V našem výzkumu 78 respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění z celkových 151 uvedlo, že má alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. V této otázce respondenti hodnotili výrok: „Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně.“ 57 (73,1 %) respondentů označilo možnost „zcela souhlasím.“ S daným výrokiem spíše souhlasí 15 (19,2 %) respondentů. Jistých odpovědí si nejsou 2 (2,6 %)

respondenti. 0 (0 %) respondentů označilo odpověď „spíše nesouhlasím“ a zcela nesouhlasí 4 (5,1 %) respondenti.

### 12.2.9 Přístup záchranářů hodnotím jako citlivý

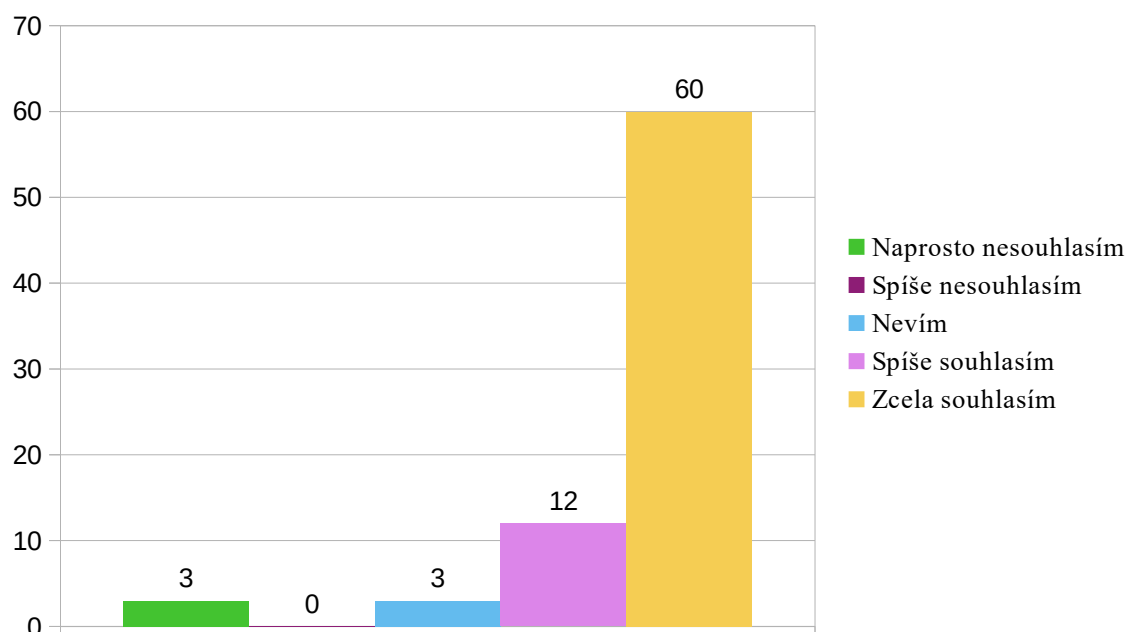
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 33 – Citlivý přístup

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	3	3,8 %
2 – spíše nesouhlasím	0	0 %
3 – nevím	3	3,8 %
4 – spíše souhlasím	12	15,4 %
5 – zcela souhlasím	60	76,9 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 30 – Citlivý přístup



Zdroj: vlastní

U výroku „Přístup záchranářů hodnotím jako citlivý“ označilo 60 (76,9 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění z celkových 78 (100 %) možnost „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 12 (15,4 %) respondentů. 3 (3,8 %) respondenti nedokázali na tuto otázku jednoznačně odpovědět a zvolili možnost

„nevím.“ 0 (0 %) respondentů s daným výrokem spíše nesouhlasí a 3 (3,8 %) respondentů zcela nesouhlasí.

### 12.2.10 Záchranáři ve mně vyvolávali pocity strachu nebo úzkosti

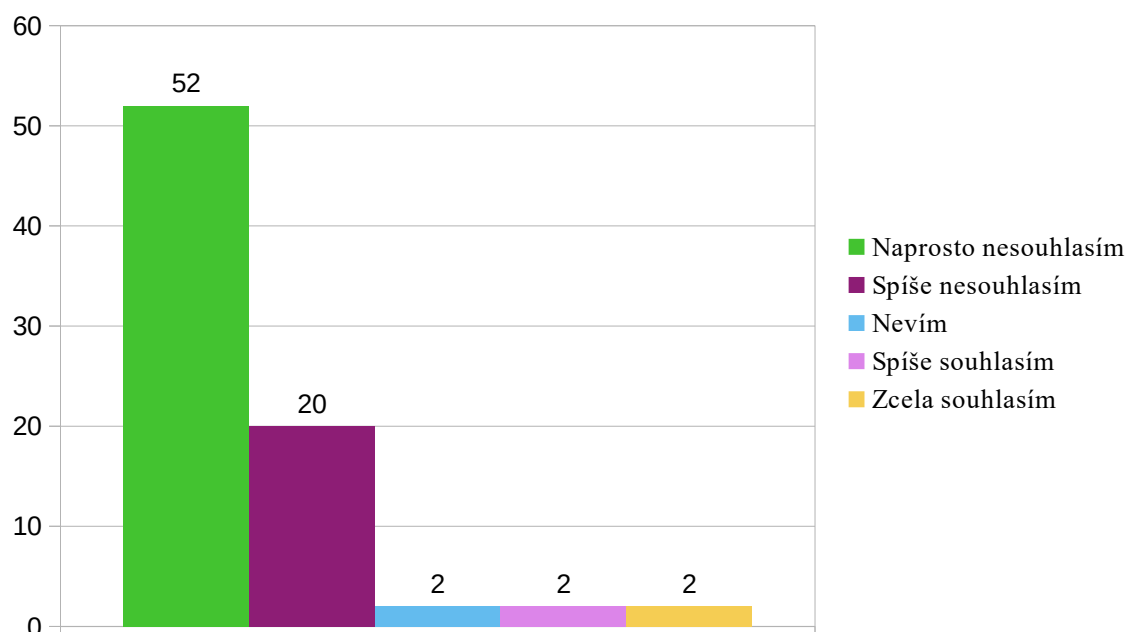
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 34 – Pocity strachu nebo úzkosti

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	52	66,7 %
2 – spíše nesouhlasím	20	25,6 %
3 – nevím	2	2,6 %
4 – spíše souhlasím	2	2,6 %
5 – zcela souhlasím	2	2,6 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 31 – Pocity strachu nebo úzkosti



Zdroj: vlastní

Na výrok „Záchranáři ve mně vyvolávali pocity strachu nebo úzkosti“ odpovídalo 78 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění, kteří mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. S daným výrokiem zcela souhlasí 2 (2,6 %) respondenti. 2 (2,6 %) respondenti spíše souhlasí. Možnost „nevím“ označili též 2

(2,6 %) respondenti. 20 (25,6 %) respondentů s tímto výrokem píše nesouhlasí a 52 (66,7 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

## Záchranáři na mě působili uklidňujícím dojmem

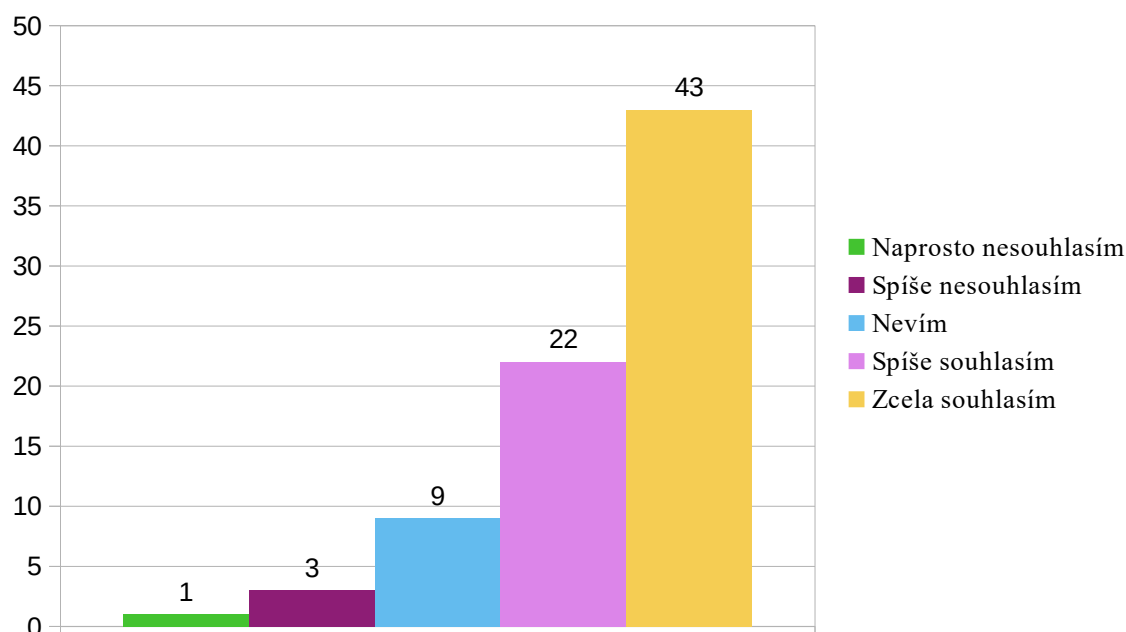
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 35 – Uklidňující dojem

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	1	1,3 %
2 – spíše nesouhlasím	3	3,8 %
3 – nevím	9	11,5 %
4 – spíše souhlasím	22	28,2 %
5 – zcela souhlasím	43	55,1 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 32 – Uklidňující dojem



Zdroj: vlastní

U výroku „Záchranáři na mě působili uklidňujícím dojmem“ označilo 43 (55,1 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění z celkových 78 (100 %) možností „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 22 (28,2 %) respondentů. 9 (11,5 %) respondentů nedokázalo na tuto otázku jednoznačně odpovědět a zvolilo možnost

„nevím.“ 3 (3,8 %) respondenti s daným výrokiem spíše nesouhlasí a 1 (1,3 %) respondent naprosto nesouhlasí.



### 12.2.11 Záchranáři ve mně vyvolávali pocity vzteku a agrese

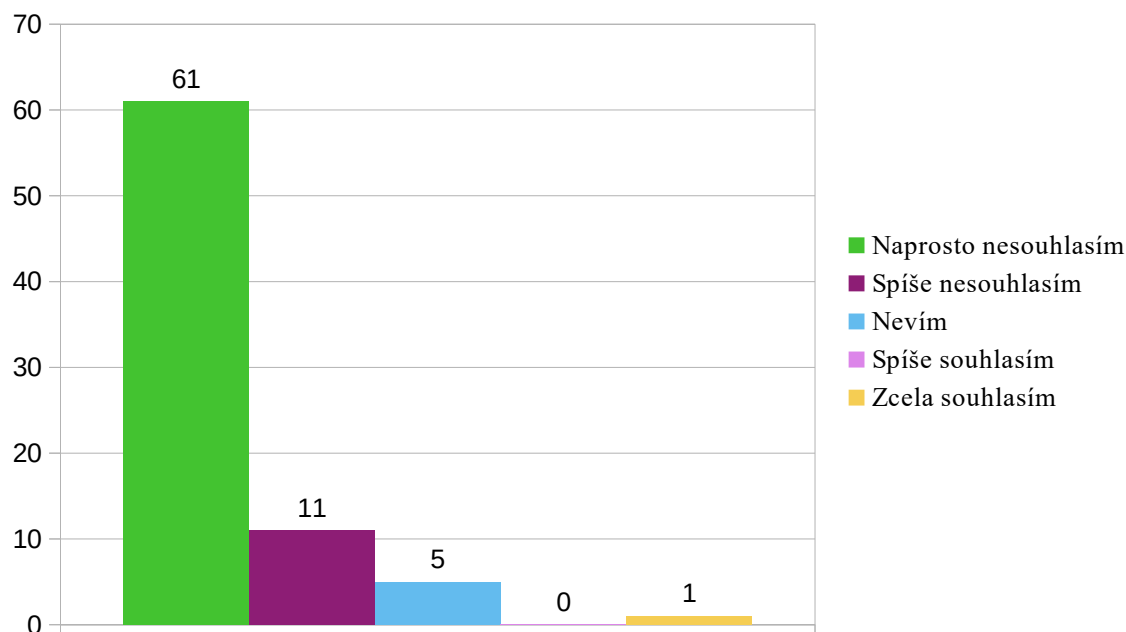
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 36 – Pocity vzteku a agrese

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	61	78,2 %
2 – spíše nesouhlasím	11	14,1 %
3 – nevím	5	6,4 %
4 – spíše souhlasím	0	0 %
5 – zcela souhlasím	1	1,3 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 33 – Pocity vzteku a agrese



Zdroj: vlastní

Na výrok „Záchranáři ve mně vyvolávali pocity vzteku a agrese“ odpovídalo 78 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění, kteří mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. S daným výrokiem zcela souhlasí 1 (1,3 %) respondent. 0 (0 %) respondenti spíše souhlasí. Možnost „nevím“ označilo 5 (6,4

%) respondentů. 11 (14,1 %) respondentů s tímto výrokem píše nesouhlasí a 61 (78,2 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

### 12.2.12 Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže

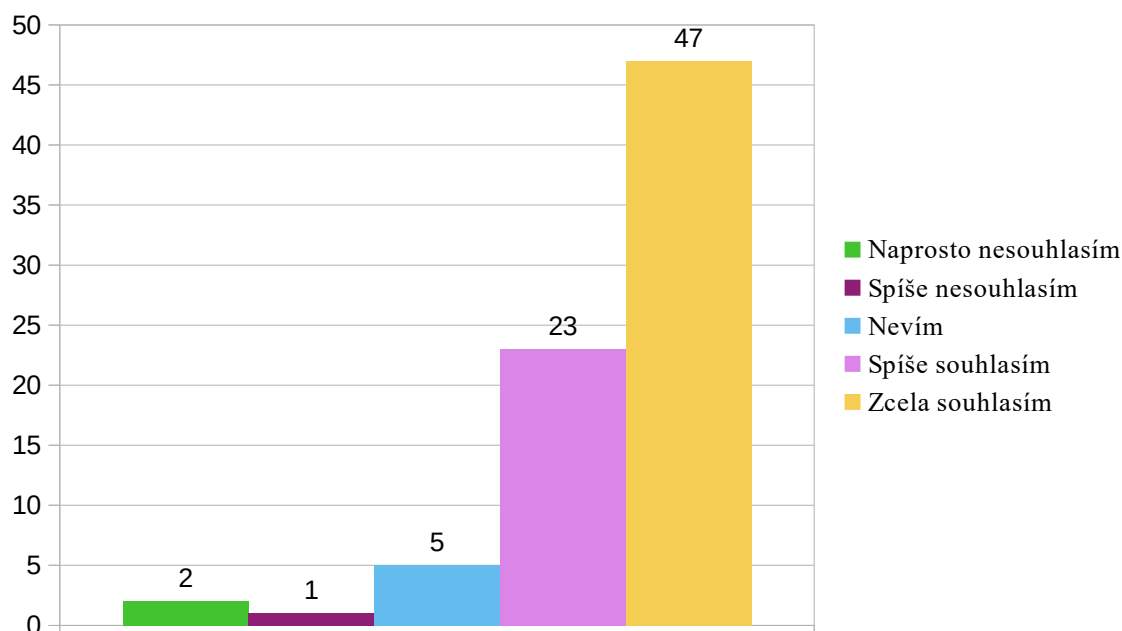
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 37 – Dostatek času na popsání obtíží

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	2	2,6 %
2 – spíše nesouhlasím	1	1,3 %
3 – nevím	5	6,4 %
4 – spíše souhlasím	23	29,5 %
5 – zcela souhlasím	47	60,3 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 34 – Dostatek času na popsání obtíží



Zdroj: vlastní

Z celkových 78 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění vyjadřujících se k výroku „Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže“ odpovědělo „zcela souhlasím“ 47 (60,3 %) respondentů. Spíše souhlasí 23 (29,5 %) respondentů. Možnost „nevím“ označilo 5 (6,4 %) respondentů. S daným výrokem spíše nesouhlasí 1 (1,3 %) respondent a naprosto nesouhlasí 2 (2,6 %) respondenti.

### 12.2.13 Houkání vozu zdravotnické záchranné služby ve mně vyvolávalo některý z následujících pocitů: strach, úzkost, vztek, panika

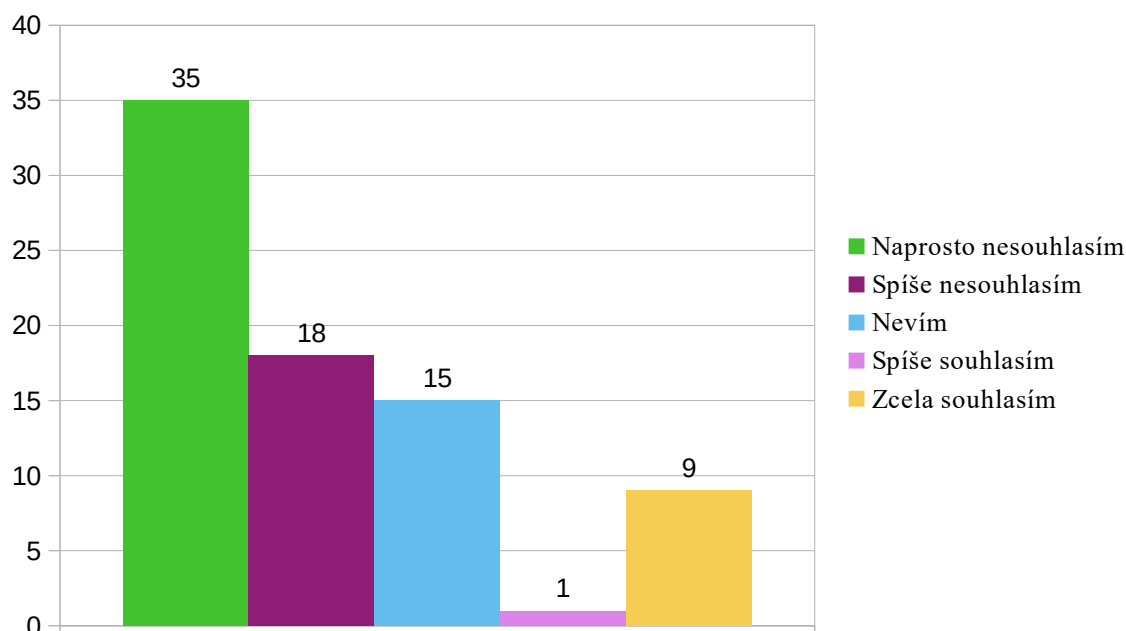
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 38 - Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	35	44,9 %
2 – spíše nesouhlasím	18	23,1 %
3 – nevím	15	19,2 %
4 – spíše souhlasím	1	1,3 %
5 – zcela souhlasím	9	11,5 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 35 – Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby



Zdroj: vlastní

Na výrok „Houkání vozu zdravotnické záchranné služby ve mně vyvolávalo některý z následujících pocitů: strach, úzkost, vztek, panika“ odpovídalo 78 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění, kteří mají alespoň jednu zkušenost se

zdravotnickou záchrannou službou. S daným výrokem zcela souhlasí 9 (11,5 %) těchto respondentů. 1 (1,3 %) respondent spíše souhlasí. Možnost „nevím“ označilo 15 (19,2 %) respondentů. 18 (23,1 %) respondentů s tímto výrokem píše nesouhlasí a 35 (44,9 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

### 12.2.14 Cítil/a jsem se dostatečně informován/a

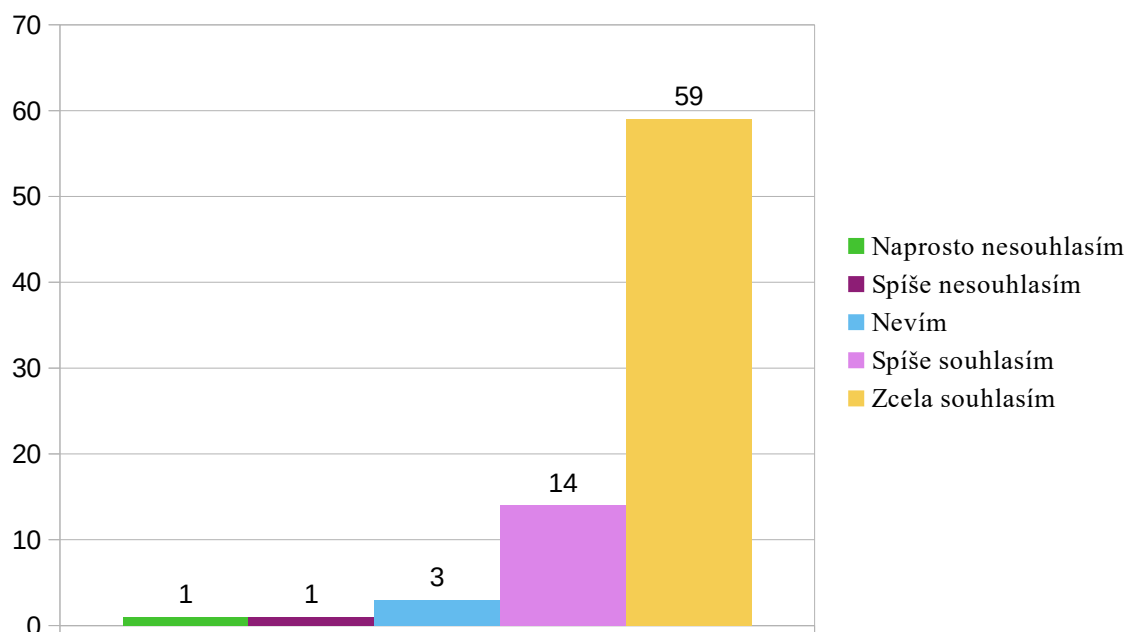
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 39 – Pocit dostatečné informovanosti

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	1	1,3 %
2 – spíše nesouhlasím	1	1,3 %
3 – nevím	3	3,8 %
4 – spíše souhlasím	14	17,9 %
5 – zcela souhlasím	59	75,6 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 36 – Pocit dostatečné informovanosti



Zdroj: vlastní

Z celkových 78 (100 %) respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění vyjadřujících se k výroku „Cítil/a jsem se dostatečně informován/a“ odpovědělo „zcela souhlasím“ 59 (75,6 %) respondentů. Spíše souhlasí 14 (17,9 %) respondentů. 3 (3,8 %) respondenti označili možnost „nevím.“ S daným výrokiem spíše nesouhlasí 1 (1,3 %) respondent a naprosto nesouhlasí 1 (1,3 %) respondent.

### 12.2.15 Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům

\* Např. Pokud máte dobrou zkušenost se zdravotnickým záchranářem v prostřední přednemocniční neodkladné péči, více pak důvěřujete i jiným zdravotnickým pracovníkům v prostředí lůžkové péče a naopak.

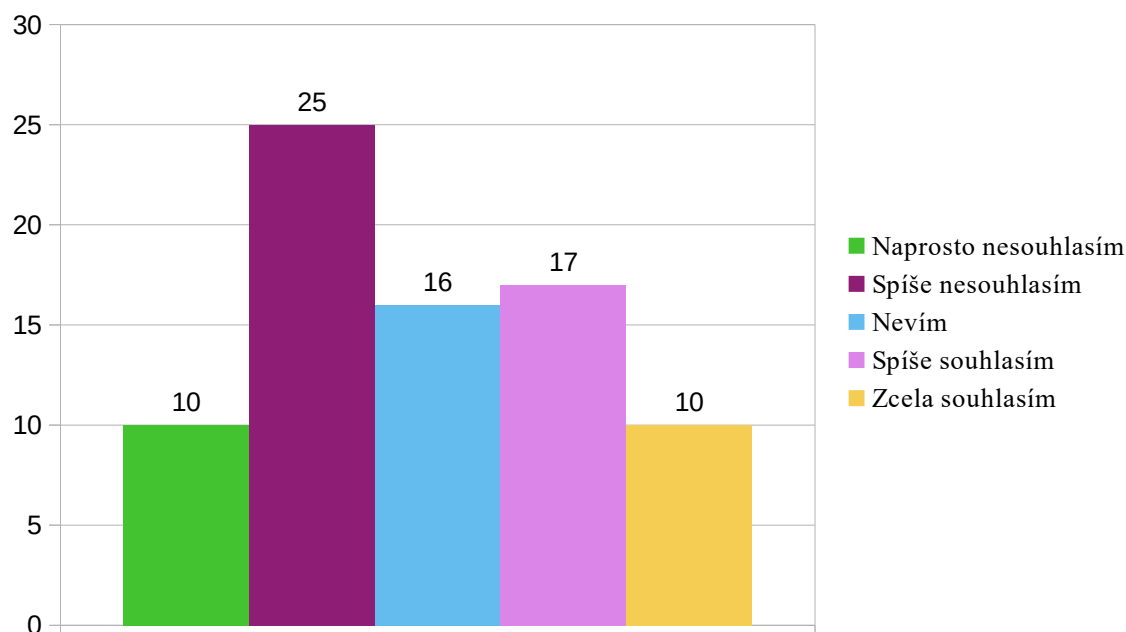
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 40 - Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – naprosto nesouhlasím	10	12,8 %
2 – spíše nesouhlasím	25	32,1 %
3 – nevím	16	20,5 %
4 – spíše souhlasím	17	21,8 %
5 – zcela souhlasím	10	12,8 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 37 – Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky



Zdroj: vlastní

U výroku „Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům“ označilo 10 (12,8 %) respondentů bez

diagnostikovaného duševního onemocnění z celkových 78 (100 %) možnost „zcela souhlasím.“ S tímto výrokem spíše souhlasí 17 (21,8 %) respondentů. 16 (20,5 %) respondentů nedokázalo na tuto otázku jednoznačně odpovědět a zvolilo možnost „nevím.“ 25 (32,1 %) respondentů s daným výrokem spíše nesouhlasí a 10 (12,8 %) respondentů naprosto nesouhlasí.



### 12.2.16 Celkově svou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou hodnotím jako:

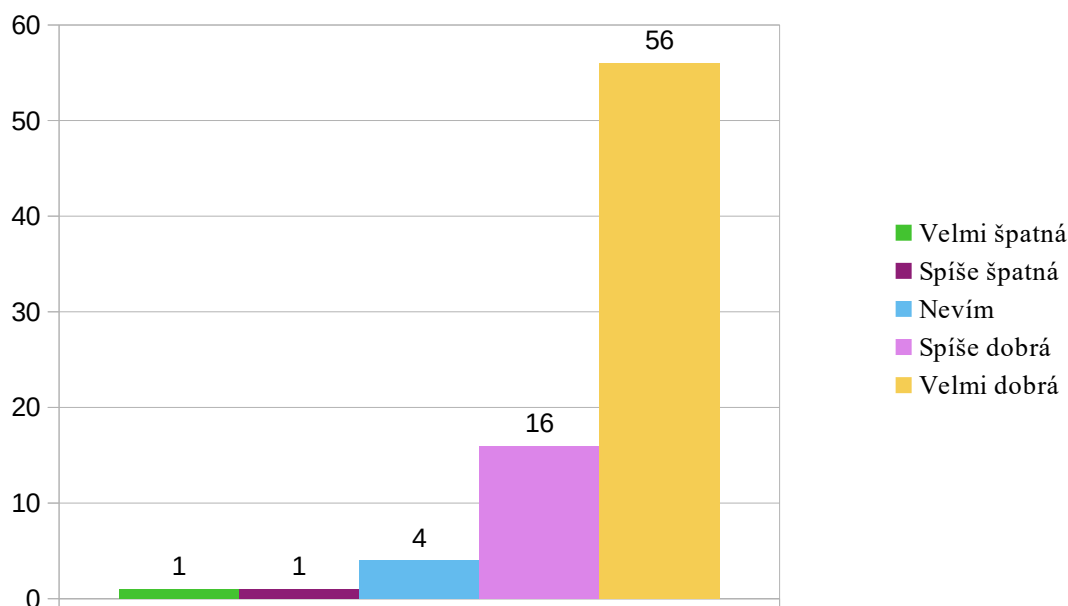
Zvolte odpověď na škále 1 – 5

Tabulka 41 – Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální zastoupení
1 – velmi špatná	1	1,3 %
2 – spíše špatná	1	1,3 %
3 – nevím	4	5,1 %
4 – spíše dobrá	16	20,5 %
5 – velmi dobrá	56	71,8 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Graf 38 – Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou



Zdroj: vlastní

Ze 78 (100 %) respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, hodnotí svou celkovou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou jako velmi dobrou 56 (71,8 %) respondentů. Pro 16 (20,5 %) respondentů byla jejich zkušenost spíše dobrá. 4 (5,1 %) respondenti označili možnost „nevím.“ Pro 1 (1,3 %) respondenta byla jeho zkušenost spíše špatná a též pro 1 (1,3 %) respondenta byla zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou velmi špatná.

## DISKUZE

Našeho výzkumu se účastnilo celkem 269 osob, z nichž 118 bylo diagnostikováno duševní onemocnění (dále jen skupina A) a 151 duševní onemocnění diagnostikováno nebylo (dále jen skupina B). Cílem našeho dotazníkového šetření bylo především zmapovat zkušenosti a pocity duševně nemocných osob ohledně využití zdravotnické záchranné služby. Tyto výsledky jsme následně mohli porovnat se skupinou respondentů, jimž duševní onemocnění diagnostikováno nebylo. Cílem tohoto srovnání bylo zjistit, zdali a do jaké míry je vnímání psychiatrického pacienta (pacienta s diagnostikovaným duševním onemocněním) v souvislosti se zdravotnickou záchrannou službou odlišné od vnímání většinové populace.

Prvním cílem naší práce bylo zmapovat pocity a zkušenosti lidí s diagnostikovaným duševním onemocněním s prostředním přednemocniční neodkladné péče. K tomuto cíli se váže hypotéza číslo 1.

### **H1 - Předpokládáme, že pacienti s duševním onemocněním bývají zatíženi stigmatem a ve většině případech zatajují informace ohledně svého duševního onemocnění.**

K hypotéze 1 se váže graf 7 a graf 8. Ze 118 respondentů skupiny A se k otázce o zatajování informací ohledně jejich duševního onemocnění vyjadřovalo 75 respondentů, kteří mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou. Z grafu 7 vyplývá, že 40 (60 %) respondentů zdravotnickým záchranářům nezatajilo žádné informace ohledně svého duševního onemocnění. Celkem 30 (40 %) respondentů některé nebo veškeré informace ohledně svého duševního onemocnění neposkytlo.

Zeptali jsme se těchto 30 respondentů, z jakého důvodu informace zdravotnickým pracovníkům neposkytli. K této otázce se vztahuje graf 8. Nejčastějšími důvody (dohromady pro 60 % těchto respondentů) jsou „Všeobecný strach a nedůvěra“ a „Stud/stigmatizace duševního onemocnění.“ Další respondenti některé informace neposkytli kvůli přístupu zdravotnických pracovníků, zapomenutí z důvodu stresující situace, ale i obavám z převozu do psychiatrického zařízení.

Ačkoli počet respondentů skupiny A, kteří některé informace ohledně svého duševního onemocnění zdravotnickým pracovníkům neposkytli, není nezanedbatelný,

nejedná se o většinu. Většina respondentů uvedla, že zdravotnickým záchranářům poskytla veškeré požadované informace, tudíž **hypotéza č. 1 nebyla potvrzena.**

Výsledek našeho šetření je v částečném rozporu se závěry výzkumné zprávy Národního ústavu duševního zdraví (2016) na téma „Stigmatizace v České republice“, která přišla se zjištěním, že stigmatizace osob s duševním onemocněním je prozatím v České republice poměrně výrazným problémem jak mezi laickou veřejností tak i veřejností odbornou.

Navzdory tomu, že náš výzkum neprokázal, že by většina jeho účastníků zatajovala vlivem stigmatizačních obav některé informace, podíl respondentů, kteří uvedli, že některé informace právě z těchto důvodů zatajili, byl poměrně významný. Zároveň dle našeho výzkumu (viz. graf 10) je stigmatizace jednou z nejčastějších obav respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním v souvislosti s využitím zdravotnické záchranné služby.

Následující hypotézy se váží ke druhému a třetímu cíli. Druhým cílem naší práce bylo zmapovat pocity a zkušenosti lidí bez diagnostikovaného duševního onemocnění s prostředím přednemocniční neodkladné péče. Třetí cíl vychází z výsledků plnění prvního a druhého cíle. Cílem číslo 3 bylo porovnat výsledky těchto skupin respondentů za účelem zjistit, jestli a jak se liší vnímání a emoční odpověď respondentů s duševním onemocněním na prostředí přednemocniční neodkladné péče oproti většinové populaci.

## **H2 - Předpokládáme, že pacienti s duševním onemocněním častěji pocít'ují výrazné obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby.**

K vyhodnocení této hypotézy jsme využili grafy 9, 10, 27 a 28. Z celkového počtu 118 respondentů skupiny A, 45 (38,1 %) respondentů uvedlo, že mají výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby a 27 (22,9 %) respondentů si nebylo jisto odpovědi.

Stejnou otázku jsme položili i skupině B. Ze 151 těchto respondentů, pouze 21 (13,9 %) odpovědělo, že mají výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby. Stejný počet (13,9 %) respondentů z této skupiny nedokázal na tuto otázku jednoznačně odpovědět. **Hypotéza číslo 2 byla tedy naším výzkumem potvrzena.**

V odborné literatuře jsme nenalezli žádné vyjádření vztahující se specificky k obavám duševně nemocných pacientů v prostředí přednemocniční neodkladné péče. Avšak jistou souvislost vnímáme mezi stigmatizací duševně nemocných jedinců a rozvojem

výrazných obav těchto jedinců všeobecně v prostředí zdravotní péče, jak uvádí NÚDZ (2016).

Obavy respondentů skupiny A jsou dle našeho výzkumu často jiného charakteru, než u respondentů skupiny B. Nejvýraznějšími obavami dle grafu 10 jsou pro respondenty skupiny A přístup zdravotnického personálu (69,4 %) a převoz na psychiatrické oddělení (69,4 %). Druhou nejčastější obavou je stigmatizace na základě duševního onemocnění (58,3 %).

Graf 28 se zaměřuje na specifikaci obav spojených s využitím zdravotnické záchranné služby u respondentů skupiny B. Dle našeho výzkumu, jsou pro tuto skupinu respondentů největšími obavami pobyt v nemocničním prostředí (59,5 %) a bolest (57,1 %). Další poměrně významnou obavou je u této skupiny respondentů obava o své zdraví a život (52,4 %). U respondentů skupiny A obavy, které nesouvisí s duševním onemocněním, ustupují dle našeho výzkumu do pozadí a jsou pro ně méně relevantní. Pobytu v nemocničním prostředí se výrazněji obává 40,3 % respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním, bolesti se bojí jen 16,7 % respondentů a obavami o své zdraví a svůj život trpí 15,3 %.

Z našeho výzkumu tedy vyplývá, že obavy jedinců, kterým bylo diagnostikováno duševní onemocnění (skupina A), jsou převážně odlišného charakteru než u jedinců, jimž duševní onemocnění diagnostikováno nebylo (skupina B). Domníváme se, že je tedy nanejvýš vhodné na toto zjištění v péči o duševně nemocné pacienty brát zřetel.

### **H3 - Předpokládáme, že u pacientů s duševním onemocněním snáze dochází k potížím v komunikaci mezi pacientem a záchranářem.**

Otázkami komunikace se v našem výzkumu zabývají grafy 11, 16, 19, 29, 34 a 36. Grafy č. 11, 16, 17 a 19 se vztahují k respondentům skupiny A a grafy 29, 34 a 36 k respondentům skupiny B. V těchto otázkách odpovídalo 75 respondentů skupiny A a 78 respondentů skupiny B. Všichni tito respondenti uvedli, že mají alespoň jednu zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou.

S prvním výrokem „Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně“ zcela souhlasí nebo spíše souhlasí 70,7 % respondentů skupiny A. Ze skupiny B zcela souhlasí nebo spíše souhlasí s tímto výrokem 92,3 %.

Další výrok, ve kterém porovnáváme pocity respondentů skupin A a B je: „Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže.“ Ze skupiny A označilo možnost zcela

souhlasím nebo spíše souhlasím celkem 48 % respondentů. Ze skupiny B označilo tyto možnosti dohromady 89,9 % respondentů.

„Cítil/a jsem se dostatečně informován/a. (Ohledně podávané medikace, následujícího postupu, převozu do zdravotnického zařízení apod.“) je dalším výrokem, ve kterém srovnáváme odpovědi respondentů skupiny A a B. Ze skupiny A dohromady 40 % respondentů označilo možnost zcela souhlasím nebo spíše souhlasím. Ze skupiny B tyto možnosti označilo celkem 93,5 % respondentů.

Ve všech těchto otázkách zaměřujících se na problematiku komunikace si můžeme povšimnout, že respondenti skupiny A méně často označovali možnosti souhlasím a spíše souhlasím než respondenti skupiny B. Můžeme tak říci, že dle našeho výzkumu respondenti skupiny B netrpěli tak často potížemi v komunikaci se zdravotnickými pracovníky jako respondenti skupiny A. **Na základě těchto výsledků tedy považujeme hypotézu číslo 3 naším výzkumem za potvrzenou.**

Považujeme za nutné ovšem zmínit, že v našem výzkumu 78,7 % respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním uvedlo, že zdravotnickou záchrannou službu využili kvůli zhoršení psychických obtíží (Graf 6). Petr et al. (2014) uvádějí, že duševní onemocnění v závislosti na svém charakteru má vliv na pacientovo vnímání, myšlení, prožívání i jednání. Dle Lena Bowerse (2013) a jeho výzkumného týmu z King's College v Londýně především v případě akutní fáze daného onemocnění, se tento vliv často ještě posiluje a komunikace tak může být pro pacienta velmi náročná. Duševně nemocný v psychické krizi nebo relapsu tak může mít potíže s udržením pozornosti a nevnímat, co mu zdravotnický záchranář říká, misinterpretovat jeho slova i řeč těla nebo jednat pod náporom velmi intenzivních emocí, což snadněji dovoluje vzniknout komunikačním potížím a následné frustraci na straně pacienta i zdravotnického pracovníka.

**H4 - Předpokládáme, že u duševně nemocných pacientů častěji dochází k přenosu zkušeností v prostředí zdravotní péče.**

*Tzn. Zkušenost pacienta s personálem zdravotnické záchranné služby má vliv na vnímání a přístup i k jiným zdravotnickým pracovníkům.*

K problematice přenesení zkušeností a postojů z užšího vzorku zdravotníků na vzorek širší se vyjadřují grafy 20 a 37. Na výrok „Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům.“ odpovídalo 75 respondentů skupiny A a 78 respondentů skupiny B.

Dohromady 74,7 % respondentů skupiny A označilo možnost zcela souhlasím nebo spíše souhlasím. Ze skupiny B tyto možnosti označilo pouze 34,6 % respondentů. Dle výsledků našeho průzkumu, dochází tedy u respondentů s duševním onemocněním častěji k aplikaci zkušeností s menším vzorkem zdravotníků na vzorek širší. **Hypotéza číslo 4 byla potvrzena.**

V žádné současné odborné literatuře jsme nenalezli zmínky týkající se přenosu zkušeností a z nich vycházejících předpokladů souvisejících se vztahem a důvěrou mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Tato hypotéza vznikla na podkladě role klasického podmiňování v lidském učení. Pugnerová (2019) uvádí, že podstatou podmiňování je asociace a reakce (emocionální nebo behaviorální) na dříve neutrální podnět. Příkladem dle Pugnerové (2019) může být napodmiňování negativní emoční reakce u dítěte v souvislosti se školním předmětem. Nepříjemný zážitek se spojuje s osobami, prostředím nebo činnostmi a toto dítě pak zažívá v kontaktu s tímto prostředím negativní emoce. Tyto negativní emoce následně ovlivňují i jeho jednání.

Tento princip ve své podstatě funguje i u dospělých jedinců. V souvislosti s vyšší citovou zranitelností pacientů s duševním onemocněním jsme si položili otázku, zdali tato vyšší zranitelnost má vliv na utváření napodmiňovaných (nejen) emočních reakcí v prostředí zdravotních služeb.

## ZÁVĚR

Lidé s duševním onemocněním jsou a nadále budou nezanedbatelnou součástí naší společnosti. V souvislosti se stále novými poznatky v oblasti psychiatrie, lepšími diagnostickými nástroji, procesem destigmatizace ale i se stále zvyšujícími se nároky společnosti a stresujícím životním stylem se předpokládá, že i nadále bude narůstat počet osob s diagnostikovaným duševním onemocněním. V současnosti se psychiatrie v naší zemi ubírá směrem deinstitucionalizace psychicky nemocných a rozvoje péče o tyto jedince v prostředí jejich komunity. Předpokládá se, že vlivem všech těchto faktorů se zdravotnický záchranář bude s duševně nemocnými v prostředí přednemocniční neodkladné péče setkávat stále častěji. Role zdravotnického záchranáře, jakožto mnohdy toho prvního zdravotnického pracovníka, který je v kontaktu s duševně nemocným v pro něj velmi těžké a stresující situaci, je významná. Často je to právě zdravotnický záchranář, který může do značné míry ovlivnit nejen rozpoložení nemocného, ale i ochotu dotyčného spolupracovat na zlepšení jeho zdravotního stavu.

Duševně nemocní mají mnohdy pověst problematických pacientů. Důvodem mohou být všelijaká komunikační úskalí, která přirozeně vznikají v souvislosti s duševními poruchami a také stále poměrně rozšířený problém stigmatizace. V této práci jsme se snažili především o hlubší pochopení myšlenkových pochodů u osob s nejčastěji diagnostikovanými duševními onemocněními (vyjma organických psychických poruch a poruch způsobených užíváním návykových látek) v souvislosti se systémem přednemocniční neodkladné péče. Zaměřili jsme se na komunikační techniky, které věříme, že skutečně mohou pomoci k větší efektivitě v komunikaci záchranář – pacient. Pro účely výzkumné části této práce se nám podařilo shromáždit a zanalyzovat nemalé množství dat. Tato data jsou obrazem zkušeností a obav jedné nezanedbatelné součástí naší společnosti – duševně nemocných. Námi stanovené cíle této práce, spočívající především ve shromáždění těchto údajů a jejich následném porovnání, se nám podařilo splnit.

Doufáme, že právě probíhající reforma psychiatrické péče s sebou přinese další zmírnění stigmatizačních postojů veřejnosti a napomůže ke snížení míry sebestigmatizace u duševně nemocných a umožní jejich lepší zapojení do většinové společnosti.

Výsledky tohoto výzkumného šetření bychom rádi prezentovali na odborné konferenci a mohou posloužit jakožto studijní materiál jak současným tak budoucím zdravotnickým záchranářům, kteří se zajímají o problematiku duševních poruch.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. 96/2001 Sb., *Úmluva o lidských právech a biomedicině*, Oviedo, Rada Evropy [online] © 1997,[cit. 10.1.2020] Dostupné z: [https://www.lker.cz/doc/cms\\_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf](https://www.lker.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf)
2. 2/1993 Sb., *Listina základních práv a svobod*, Česko, Česká národní rada [online] © 1992 [cit. 10.1.2020] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
3. 98/2012 Sb., *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*, Česko, Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]© 2012 [cit. 10.1.2020] Dostupné z: <https://zakony.judikaty.info/cz/predpis/vyhlaska-98/2012>
4. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*, Česko, Parlament České republiky [online] © 2011 [cit. 10.1.2020] Dostupné z: <https://zakony.judikaty.info/cz/predpis/zakon-372/2011>
5. 374/2011 Sb., *Zákon o zdravotnické záchranné službě*, Česko, Parlament České republiky [online] © 2011 [cit. 10.1.2020] Dostupné z: <https://zakony.judikaty.info/cz/predpis/zakon-374/2011>
6. American Psychiatric Association (ASA), 2019, *What Is Psychiatry?* [online]. © 2019. [cit. 26.11.2019]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry>
7. AÚ AV ČR[Archeologický ústav Akademie věd České republiky], 2014. *Pojem porucha a psychická porucha dle WHO* [online] Praha [cit. 29.04.2019]. Dostupné z: <https://www.ptejteseknihovny.cz/dotazy/pojem-porucha-a-psychicka-porucha-dle-who>
8. BOWERS, Len, 2013. *A model of de-escalation*, King's College, [online] [cit. 15.02.2020] Dostupné z: <http://www.safewards.net/images/pdf/De-escalation%20model.pdf>
9. ČERNOUŠEK, Michal, 1988. *Studie k dějinám psychiatrického myšlení II*. Praha: Novinář, ISBN neuvedeno
10. ČERNOUŠEK, Michal, 1990. *Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc*. Praha: Novinář, ISBN 80-85121-60-3
11. DOLEJŠÍ, Markéta, 2006. *Sebevražda*, bakalářská práce, Univerzita Karlova, Praha [online][cit. 28.02.2020] Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130124056>



12. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
13. European e-justice, 2019. *Právo členského státu – Česká republika*, oficiální stránky Evropské unie. [online][cit.26.02.2020] Dostupné z: [https://e-justice.europa.eu/content\\_member\\_state\\_law-6-cz-maximizeMS-cs.do?member=1](https://e-justice.europa.eu/content_member_state_law-6-cz-maximizeMS-cs.do?member=1)
14. FRANĚK, Ondřej, 2019. *Z deníčku soudního znalce: Záchranka a souhlas pacienta* [online][cit.26.02.2020] Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/z-denicku-soudniho-znalce-pece-bez-souhlasu-pacienta/>
15. GRAMBAL, Aleš, PRAŠKO, Ján a Petra KASALOVÁ, 2017. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5796-4
16. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-569-1.
17. Holocaust.cz, 2019. *Eutanázie (1939 - 1940)*[online] [cit. 4.11.2019]. Dostupné z: <https://www.holocaust.cz/dejiny/holocaust/historicky-kontext/eutanazie-1939---1941/>
18. HUMPL, Lukáš a Stanislav LUKŠ, 2008. *Hyperventilační syndrom, Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje* [online]. [cit. 27.02.2019] Dostupné z: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=4681>
19. KRYKYCHOVÁ, Lucie, 2017. *Psychiatrický pacient a jeho ošetření v rámci PNP*, bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno [online] [cit. 28.02.2019].Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/enml4/bak\\_prace\\_definitivne.pdf](https://is.muni.cz/th/enml4/bak_prace_definitivne.pdf)
20. LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*, Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4454-4
21. LINEHAN, Marsha, 1993. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. ISBN 0-89862-034-1 .
22. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019. *Co je reforma?*, Reforma péče o duševní zdraví [online]. [cit. 4.11.2019]., Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/proc\\_reformujeme/](http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/)
23. Nejsem psychopat, 2020. *Práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti; rozhovor s ředitelkou organizace Kaleidoskop Renatou Tumlířovou; Nejsem psychopat z. s.* [online]. Dostupné z: <https://nejsempsychoapat.weebly.com/blog-hpo/rozhovor-prace-s-lidmi-s-hranicni-poruchou-osobnosti-z-pohledu-psychotherapeutky>
24. NÚDZ [Národní ústav duševního zdraví] , 2016. *Stigmatizace v České republice - Výzkumná zpráva*. [online] [cit. 05.01.2020] Dostupné z:

- [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR\\_zprava\\_NUDZ.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf)
25. PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.
  26. POLÁCH, Ladislav, 2015. *Nedobrovolná hospitalizace, U psychiatra – právo v psychiatrii*. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/nedobrovolna-hospitalizace/>
  27. PORTER, Roy, 2006. *Madmen: A Social History of Madhouses, Mad Doctors & Lunatics*. Gloucestershire: Tempus, ISBN 0-7524-3730-5.
  28. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén, spol. s.r.o. [online] [cit. 05.01.2020] Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pr\\_uvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pr_uvodce_final.pdf)
  29. PUGNEROVÁ, Michaela a kolektiv, 2019. *Psychologie pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada. Publishing ISBN 978-80-271-0532-8
  30. Safewards, 2013, *Talk Down, Interventions*, English. *Safewards* [online][cit. 15.02.2020]. Dostupné z: <http://www.safewards.net/interventions/talk-down>
  31. Sociologický ústav AV ČR, 2017. *Sociologická encyklopedie - Démonologie* [online] [cit. 24.10.2019] Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/D%C3%A9monologie>
  32. Stopstigma, 2017. *Somatoformní poruchy*. [online] Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 01.05.2019]. Dostupné z: <http://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/neuroticke-poruchy/somatoformni-poruchy/>
  33. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0976-8.
  34. ŠLEPECKÝ M., PRAŠKO J., a kol., 2018, *Třetí vlna v kognitivně behaviorální terapii (nové směry)*, Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1340-6
  35. ÚZIS [Ústav zdravotnických informací a statistiky] ČR, 2017. *Tabelární část MKN-10* [online] Praha: ÚZIS [cit. 29.04.2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
  36. VAN HEUGTEN-VAN DER KLOET, Dalena a Ton VAN HEUGTEN, 2015. *The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level* [online]. vol. 6, s. 1108, Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.01108/abstract> ISSN 1664-1078.

37. VENCOVSKÝ, Eugen, 1983. *Čtení o psychiatrii*. Praha: Avicentrum, ISBN neuvedeno
38. VESELÝ, Ondřej, 2012. *Poruchy koncentrace iontů vápníku v plazmě – hypokalcémie a hyperkalcémie*, Ústav patologické fyziologie LF UP Olomouc [online][cit. 27.02.2020]
39. WHO (World health organization), 2008. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 - desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency . sv. ISBN 978-80-904259-0-3.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 - Základní rozdělení duševních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

Příloha 2 - Dotazník: Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči

Příloha 3 - Dotazník: Pacient v přednemocniční neodkladné péči

Příloha 4 – Souhlas s poskytnutím informací

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 - Základní rozdělení duševních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí duševní poruchy do jedenácti skupin.

*Tabulka 42 - Rozdělení poruch duševních a poruch chování dle MKN-10*

Kódové označení	Skupina poruch
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 - F49	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 dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Zdroj: WHO, 2008

## **Příloha 2 - Dotazník: Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči**

Jsem studentkou Západočeské univerzity oboru zdravotnický záchranář. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem „Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči“.

Cílem tohoto dotazníku je zmapovat zkušenosti duševně nemocných se zdravotnickou záchrannou službou. Dotazník je anonymní a celá bakalářská práce bude po závěrečné obhajobě k dispozici online včetně výsledků mého průzkumu. Vyplněním tohoto dotazníku, souhlasíte s použitím Vámi poskytnutých dat pro výzkumné šetření.

### **1. Jakého jste pohlaví?**

- a) žena
- b) muž

### **2. Kolik je vám let?**

- a) 18 - 25
- b) 26 - 35
- c) 36 - 45
- d) 46 - 55
- e) 56 - 65
- f) více než 65 let

### **3. S jakým duševním onemocněním se léčíte?**

(Uveďte, prosím, název diagnózy nebo její kódové označení. V případě, že máte diagnóz více, uveďte je všechny)

---

### **4. Využil/a jste někdy služeb zdravotnické záchranné služby?**

(Zaškrtněte možnost "Ano" pouze v případě, že vy sám/sama jste byl/a z jakéhokoli důvodu pacientem. Pokud jste např. volal/a zdravotnickou záchrannou službu příbuznému, zaškrtněte možnost "Ne")

- a) Ano, jednou (pokračujte následující otázkou)
- b) Ano, více než jednou (pokračujte následující otázkou)
- c) Ne (pokračujte otázkou č. 9)

**5. Z jakého důvodu jste využil/a služeb zdravotnické záchranné služby?**

- a) Zhoršení psychických obtíží (např. panické ataky, záchvaty úzkosti, stresová hyperventilace, sebepoškození, sebevražedné myšlenky/pokusy, psychotická dekompenzace apod.)
- b) Jiný akutní stav (např. tělesný problém typu úraz, astma, epileptický záchvat apod.)
- c) jiné \_\_\_\_\_

**6. Zatajil/a jste záchranářům nějaké informace ohledně svého duševního onemocnění?**

- a) Ano, o mém duševním onemocnění jsem jim vůbec neřekl/a *(pokračujte následující otázkou)*
- b) Ano, nesdělil/a jsem, že užívám léky *(pokračujte následující otázkou)*
- c) Ano, nesdělil/a jsem jim některé jiné informace *(pokračujte následující otázkou)*
- d) Ne, poskytl/a jsem jim veškeré informace *(pokračujte otázkou č. 8)*

**7. Z jakého důvodu jste některé informace neposkytl/a?**

Popište vlastními slovy

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

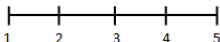
---

**8. Ohodnot'te následující výroky**

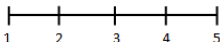
zvolte odpověď na škále 1 - 5

(1 - naprosto nesouhlasím, 2 - spíše nesouhlasím, 3 - nevím, 4 - spíše souhlasím, 5 - zcela souhlasím )

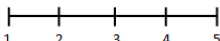
8a) Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

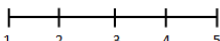
8b) Přístup záchranářů hodnotím jako citlivý

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

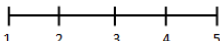
8c) Záchranáři ve mně vyvolávali pocity strachu nebo úzkosti

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

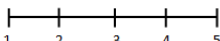
8d) Záchranáři na mě působili uklidňujícím dojmem

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

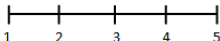
8e) Záchranáři ve mně vyvolávali pocity vzteku a agresi

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

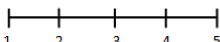
8f) Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

8g) Cítil/a jsem nepřijetí ze strany záchranářů kvůli svému duševnímu onemocnění

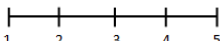
naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

8h) Houkání vozu zdravotnické záchranné služby ve mně vyvolávalo některý z následujících pocitů: strach, úzkost, vztek, panika

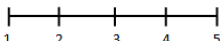
naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

8i) Cítil/a jsem se dostatečně informován/a

*(Ohledně následujícího postupu, převozu do zdravotnického zařízení, podávané medicíny apod.)*

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

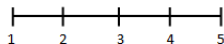
8j) Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím



8k) Celkově svou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou hodnotím jako

velmi špatná



velmi dobrá

**9. Máte nějaké výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby?**

- a) Ano (*pokračujte následující otázkou*)
- b) Ne (*pokračujte otázkou č. 11*)
- c) Nevím (*pokračujte následující otázkou*)

**10. Týkají se vaše obavy některé z následujících možností?**

Můžete zvolit více možností

- a) Nemocniční prostředí
- b) Personál (sestry, záchranáři, lékaři)
- c) Stigmatizace duševního onemocnění
- d) Obavy o své zdraví a svůj život
- e) Vyšetření, léčebné procedury
- f) Bolest
- g) Převoz na psychiatrické oddělení
- h) Osamocení - odloučení od rodiny, přátel nebo jiných blízkých osob
- i) Jiné \_\_\_\_\_

**11. Vaše připomínky**

Zde můžete uvést Vaše připomínky a podělit se o Vaše pocity a zkušenosti s využitím zdravotnické záchranné služby, anebo doplnit cokoliv, co vás napadá, ale v dotazníku nebyla možnost to zmínit.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Děkuji za Váš čas

### **Příloha 3 - Dotazník: Pacient v přednemocniční neodkladné péči**

Jsem studentkou Západočeské univerzity oboru zdravotnický záchranář. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem „Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči“. Tento dotazník je určen osobám bez diagnostikovaného duševního onemocnění. Cílem tohoto dotazníku je zmapovat zkušenosti veřejnosti se zdravotnickou záchrannou službou.

Dotazník je anonymní a celá bakalářská práce bude po závěrečné obhajobě k dispozici online včetně výsledků mého průzkumu. Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s použitím Vámi poskytnutých dat pro výzkumné šetření.

#### **1. Jakého jste pohlaví?**

- a) žena
- b) muž

#### **2. Kolik je vám let?**

- a) 18 - 25
- b) 26 - 35
- c) 36 - 45
- d) 46 - 55
- e) 56 - 65
- f) více než 65 let

#### **3. Bylo Vám diagnostikováno nějaké duševní onemocnění?**

- a) Ano (*Tento dotazník je určen osobám bez diagnostikovaného duševního onemocnění. Bylo-li vám duševní onemocnění diagnostikováno a máte zájem se účastnit tohoto výzkumu, kontaktujte, prosím, autorku této práce*)
- b) Ne
- c) Nevím

#### **4. Využil/a jste někdy služeb zdravotnické záchranné služby?**

Zaškrtněte možnost "Ano" pouze v případě, že vy sám/sama jste byl/a z jakéhokoli důvodu pacientem. Pokud jste např. volal/a zdravotnickou záchrannou službu příbuznému, zaškrtněte možnost "Ne"

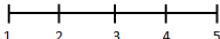
- a) Ano, jednou (*pokračujte následující otázkou*)
- b) Ano, více než jednou (*pokračujte následující otázkou*)
- c) Ne (*pokračujte otázkou č. 5*)

## 5. Ohodnořte následující výroky

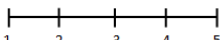
zvolte odpověď na škále 1 - 5

(1 - naprosto nesouhlasím, 2 - spíše nesouhlasím, 3 - nevím, 4 - spíše souhlasím, 5 - zcela souhlasím )

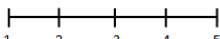
5a) Záchranáři se mnou komunikovali srozumitelně

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

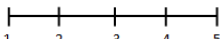
5b) Přístup záchranářů hodnotím jako citlivý

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

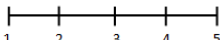
5c) Záchranáři ve mně vyvolávali pocity strachu nebo úzkosti

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

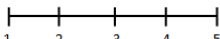
5d) Záchranáři na mě působili uklidňujícím dojmem

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

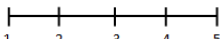
5e) Záchranáři ve mně vyvolávali pocity vzteku a agresi

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

5f) Cítil/a jsem, že mám dostatek času popsat své obtíže

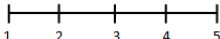
naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

5g) Houkání vozu zdravotnické záchranné služby ve mně vyvolávalo některý z následujících pocitů: strach, úzkost, vztek, panika

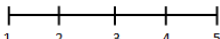
naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

5h) Cítil/a jsem se dostatečně informován/a

*(Ohledně následujícího postupu, převozu do zdravotnického zařízení, podávané medicíny apod.)*

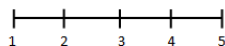
naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

5i) Má zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou ovlivňuje/ovlivnila můj přístup i k dalším zdravotnickým pracovníkům

naprosto nesouhlasím  zcela souhlasím

5j) Celkově svou zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou hodnotím jako

velmi špatná



velmi dobrá

**6. Máte nějaké výraznější obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby?**

- a) Ano (*pokračujte následující otázkou*)
- b) Ne (*pokračujte otázkou č. 8*)
- c) Nevím (*pokračujte následující otázkou*)

**7. Týkají se vaše obavy některé z následujících možností?**

Můžete zvolit více možností

- a) Nemocniční prostředí
- b) Personál (sestry, záchranáři, lékaři)
- c) Obavy o své zdraví a svůj život
- d) Vyšetření, léčebné procedury
- e) Bolest
- f) Osamocení - odloučení od rodiny, přátel nebo jiných blízkých osob
- g) Jiné \_\_\_\_\_

**8. Vaše připomínky**

Zde můžete uvést Vaše připomínky a podělit se o Vaše pocity a zkušenosti s využitím zdravotnické záchranné služby, anebo doplnit cokoliv, co vás napadá, ale v dotazníku nebyla možnost to zmínit.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Děkuji za Váš čas

## **Příloha 4 – Souhlas s poskytnutím informací**

### **Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce**

**Jméno a příjmení studentky/a (žadatele):** Julie Freyburgová

**Kontakt na žadatele:** tel: 606 591 690, email: Freyburgova@gmail.com

**Úplný název vysoké / vyšší odborné školy:** Západočeská univerzita

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií / Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

**Studijní obor / ročník:** Zdravotnický záchranář / 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Psychiatrický pacient v přednemocniční neodkladné péči

**Vedoucí práce:** Mgr. Stanislava Reichertová

**Kontakt na vedoucího práce:** e-mail: sreich@kaz.zcu.cz, tel: 377 633 810

---

#### **Specifika výzkumu:**

**Období sběru dat:** 10. 11. 2019 - 15. 02. 2020

**Cíl výzkumného šetření:** Zmapovat zkušenosti psychiatrických pacientů s přednemocniční neodkladnou péčí (zdravotnickou záchrannou službou)

**Metoda sběru dat:** dotazník

**Cílová skupina výzkumu:** pacienti s diagnostikovaným duševním onemocněním

---

**Místo výzkumu:**

Název společnosti / zdravotnického zařízení: PhDr. René Zahradníková s.r.o.

Oddělení (úsek) společnosti / zdravotnického zařízení: Privátní ordinace klinického psychologa

Adresa: Husovo nám. 37/24, 266 01 Beroun

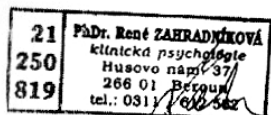
IČO: 26359839

Telefon: 603 816 245

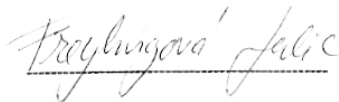
E-mail: rene.zahradnikova@gmail.com

Odpovědný pracovník: PhDr. René Zahradníková

Datum: 8.11.2019



Podpis odpovědného pracovníka



Podpis žadatele

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Počet respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním.....	53
Graf 2 - Pohlaví respondentů.....	55
Graf 3 – Věk respondentů.....	56
Graf 4 – Zastoupení duševních poruch u respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním.....	57
Graf 5 - Zkušenosti s využitím zdravotnické záchranné služby.....	59
Graf 6 – Důvod využití zdravotnické záchranné služby.....	60
Graf 7 – Zatajování informací o duševních obtížích.....	61
Graf 8 - Důvod zatajení informací o duševních obtížích.....	63
Graf 9 – Obavy ohledně využití zdravotnické záchranné služby.....	65
Graf 10 – Specifikace obav ohledně využití zdravotnické záchranné služby.....	66
Graf 11 – Srozumitelná komunikace.....	68
Graf 12 – Citlivý přístup.....	70
Graf 13 – Pocity strachu a úzkosti.....	72
Graf 14 – Uklidňující dojem.....	73
Graf 15 – Pocity vzteku a agrese.....	74
Graf 16 – Dostatek času na popsání obtíží.....	76
Graf 17 – Pocit nepřijetí duševního onemocnění ze strany záchranářů.....	77
Graf 18 – Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby.....	79
Graf 19 – Pocit dostatečné informovanosti.....	81
Graf 20 - Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky.....	83
Graf 21 – Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou.....	85
Graf 22 – Počet respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění.....	87
Graf 23 - Pohlaví respondentů.....	88
Graf 24 – Věk respondentů.....	89
Graf 25 – Diagnostika duševního onemocnění.....	90
Graf 26 – Využití služeb zdravotnické záchranné služby.....	91
Graf 27 - Obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby.....	92
Graf 28 – Specifikace obav spojených s využitím zdravotnické záchranné služby.....	93
Graf 29 – Srozumitelná komunikace.....	95
Graf 30 – Citlivý přístup.....	97

Graf 31 – Pocity strachu nebo úzkosti.....	99
Graf 32 – Uklidňující dojem.....	101
Graf 33 – Pocity vzteku a agrese.....	103
Graf 34 – Dostatek času na popsání obtíží.....	105
Graf 35 – Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby.....	106
Graf 36 – Pocit dostatečné informovanosti.....	108
Graf 37 - Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky.....	109
Graf 38 - Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou.....	111



## SEZNAM TABULEK

Tabulka_1 Shrnutí jednotlivých bodů 4P komunikace .....	45
Tabulka_2 Příklad užití techniky 4P.....	46
Tabulka_3 Schéma modelu deeskalace krizové situace.....	49
Tabulka_4 Počet respondentů.....	53
Tabulka_5 Pohlaví respondentů.....	55
Tabulka_6 Věk respondentů.....	56
Tabulka_7 Zastoupení duševních poruch u respondentů s diagnostikovaným duševním onemocněním.....	57
Tabulka_8 Zkušenosti s využitím zdravotnické záchranné služby.....	59
Tabulka_9 Důvod využití zdravotnické záchranné služby.....	60
Tabulka_10 Zatajování informací o duševních obtížích.....	61
Tabulka_11 Důvod zatajení informací o duševních obtížích.....	63
Tabulka_12 Obavy ohledně využití zdravotnické záchranné služby.....	65
Tabulka_13 Specifikace obav ohledně využití zdravotnické záchranné služby.....	66
Tabulka_14 Srozumitelná komunikace.....	68
Tabulka_15 Citlivý přístup.....	70
Tabulka_16 Pocity strachu a úzkosti.....	72
Tabulka_17 Uklidňující dojem.....	73
Tabulka_18 Pocity vzteku a agrese.....	74
Tabulka_19 Dostatek času na popsání obtíží.....	76
Tabulka_20 Pocit nepřijetí duševního onemocnění ze strany záchranářů.....	77
Tabulka_21 Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby.....	79
Tabulka_22 Pocit dostatečné informovanosti.....	81
Tabulka_23 Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky.....	83
Tabulka_24 Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou.....	85
Tabulka_25 Počet respondentů .....	87
Tabulka_26 Pohlaví respondentů .....	88
Tabulka_27 Věk respondentů .....	89
Tabulka_28 Diagnostika duševního onemocnění.....	90
Tabulka_29 Využití služeb zdravotnické záchranné služby .....	91
Tabulka_30 Obavy spojené s využitím zdravotnické záchranné služby.....	92

Tabulka_31	Specifikace obav spojených s využitím zdravotnické záchranné služby .....	93
Tabulka_32	Srozumitelná komunikace.....	95
Tabulka_33	Citlivý přístup.....	97
Tabulka_34	Pocity strachu nebo úzkosti.....	99
Tabulka_35	Uklidňující dojem.....	101
Tabulka_36	Pocity vzteku a agrese.....	103
Tabulka_37	Dostatek času na popsání obtíží.....	105
Tabulka_38	Pocity strachu, úzkosti, vzteku nebo paniky na podkladě houkání vozu zdravotnické záchranné služby.....	106
Tabulka_39	Pocit dostatečné informovanosti.....	108
Tabulka_40	Extrapolace zkušeností se zdravotnickými pracovníky.....	109
Tabulka_41	Hodnocení celkové zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou.....	111
Tabulka_42	Rozdělení poruch duševních a poruch chování dle MKN-10.....	116