

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Mgr. Martina Kacerovská**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

**Mgr. Martina Kacerovská**

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**VÝSKYT AKUTNÍCH PSYCHÓZ V PŘEDNEMOCNIČNÍ  
NEODKLADNÉ PÉČI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Petra Elizabeth Váchová

PLZEŇ 2012

**Prohlášení:**

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí bakalářské práce MUDr. et Mgr. Petře Elizabeth Váchové za odborné konzultace, čas a trpělivost při vypracování této bakalářské práce. Její rady a připomínky pro mě byly v průběhu zpracování práce velice přínosné. Dále děkuji ZZS Pk a ZZS Sčk za ochotnou pomoc a poskytnuté informace při provádění výzkumu a dotazníkového šetření na výjezdových stanovištích.

## Anotace

**Příjmení a jméno:** Kacerovská Martina, Mgr.

**Katedra:** Záchranářství a technických oborů

**Název práce:** Výskyt akutních psychóz v přednemocniční neodkladné péči

**Vedoucí práce:** MUDr. et Mgr. Petra Elizabeth Váchová

**Počet stran:** číslované 70, nečíslované 8

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 9 knih, 8 periodik, 3 internetové zdroje

**Klíčová slova:** Psychóza – Bludy – Halucinace – Iluze - Schizofrenie - Poruchy schizotypní - Poruchy s bludy - Psychotický syndrom - Pozitivní příznaky - Negativní příznaky - Zdravotnický záchranář – Dopamin - Antipsychotika

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou psychóz v přednemocniční neodkladné péči. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části je definován pojem psychóza, příčiny, vznik, průběh a léčba tohoto onemocnění. Podrobněji jsou rozebrány psychózy schizofrenního typu a psychózy vyvolané intoxikací psychoaktivními látkami. V praktické části jsou zpracována data týkající se výskytu psychóz schizofrenního typu a psychóz vyvolaných intoxikací psychoaktivními látkami v Plzeňském kraji v roce 2011. Dále tato část obsahuje vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření prováděného mezi zdravotnickými záchranáři Středočeského a Plzeňského kraje. Toto šetření bylo zaměřeno na připravenost zdravotnického záchranáře na kontakt s psychotickým pacientem a zjištění rizik, která psychotický pacient pro zdravotnického záchranáře představuje.

## Annotation

**Surname and name:** Kacerovská Martina, Mgr.

**Department:** Department of paramedical rescue work and technical studies

**Title of thesis:** Occurrence of acute psychoses in pre-hospital emergency care

**Consultant:** MUDr. et Mgr. Petra Elizabeth Váchová

**Number of pages:** numbered 70, unnumbered 8

**Number of appendices:** 5

**Number of literature items used:** 9 books, 8 periodicals, 3 internet source

**Key words:** Psychosis – Delusions – Hallucination – Illusions – Schizophrenia - Schizotypal disorder - Delusional disorder - Psychotic syndrome - Positive symptoms - Negative symptoms – Paramedic – Dopamine - Antipsychotics

### Summary:

This bachelor thesis deals with the problem of psychosis in prehospital emergency care. The thesis consists of two parts. The definition of psychosis, causes, emergence, course of disease and course of treatment are described in the theoretical part of my thesis. The detailed explanation of schizophrenic-type psychosis and psychosis occurring through psychoactive substance-induced intoxication is provided here. In the practical part there are compiled facts and figures concerning the occurrence of schizophrenic-type psychosis as well as psychosis occurring through psychoactive substance-induced intoxication within the Central Bohemian and Pilsen Regions in 2011. Further on the evaluation of the questionnaire survey conducted among paramedics in the Central Bohemian and Pilsen Regions is included in this part. This questionnaire survey focused on preparedness of a paramedic dealing with a psychotic patient and identification of risks which a psychotic patient may pose to a paramedic.

## **OBSAH**

ÚVOD .....	11
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
1 PSYCHÓZA .....	12
1.1 Příznaky psychózy.....	12
1.2 Příčiny vzniku psychóz .....	15
1.3 Průběh psychózy .....	15
1.4 Akutní psychotický stav .....	16
1.5 Klasifikace psychóz .....	16
2 SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPNÍ A PORUCHY S BLUDY .....	18
2.1 Schizofrenie.....	18
2.1.1 Výskyt schizofrenie .....	19
2.1.2 Etiologie schizofrenie .....	19
2.1.3 Příznaky schizofrenie .....	21
2.1.4 Průběh schizofrenie .....	21
2.1.5 Podtypy schizofrenie .....	21
2.1.6 Terapie schizofrenie.....	23
2.1.7 Schizofrenie s časným začátkem.....	24
2.1.8 Prognóza schizofrenie.....	25
2.2 Schizotypní porucha .....	26
2.3 Poruchy s trvalými bludy.....	26
2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy .....	27
2.5 Indukovaná porucha s bludy.....	28
2.6 Schizoafektivní poruchy.....	28
3 PSYCHÓZY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....	30
3.1 Psychotická porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek .....	30
3.2 Psychotická porucha reziduální s pozdním začátkem způsobená užíváním psychoaktivních látek.....	31
4 PÉČE O PSYCHOTICKÉHO PACIENTA .....	32
5 TERAPIE PSYCHÓZ .....	33
5.1 Antipsychotika .....	33
5.2 Léčba dalších příznaků psychóz.....	35

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

6	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	37
6.1	Cíle práce .....	37
6.2	Hypotézy .....	37
7	METODY VÝZKUMU .....	38
7.1	Metodika.....	38
7.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
8	VÝSLEDKY.....	40
9	DISKUZE .....	66
	ZÁVĚR .....	70

SEZNAM LITERATURY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM PŘÍLOH



## ÚVOD

Co je to vlastně psychóza? Tento pojem bývá laickou veřejností často používán pro jedince, jejichž chování se nějakým způsobem vymyká zavedené normě. Psychotické poruchy jsou ale závažným psychiatrickým onemocněním, která tvoří nemalou část výjezdů zdravotnické záchranné služby. Vyznačují se poruchami vnímání a myšlení, které mohou představovat riziko jak pro samotného pacienta, tak pro osoby vyskytující se okolo, zdravotnické záchranáře nevyjímaje. Stejně jako všechny stavy v medicíně, i psychózy mají svá specifika, tudíž psychotický pacient vyžaduje určitý specifický způsob zacházení, ošetřování a léčby, se kterým je zapotřebí vždy počítat.

Po absolvování studia bych se ráda stala členem posádky zdravotnické záchranné služby. Zajímalo mě tedy, jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s psychotickými pacienty, zda jsou na kontakt s nimi připraveni a jak velké riziko představuje psychotický pacient pro osobu zdravotnického záchranáře. Tyto otázky jsem se rozhodla zodpovědět v rámci této bakalářské práce.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám definováním pojmu psychóza, konkrétně psychózami schizofrenního typu a psychózami vyvolanými intoxikací psychoaktivními látkami. Dále příčinami vzniku těchto poruch, typickými příznaky, možnostmi léčby a změnami života a životního stylu, které tyto poruchy pro pacienta znamenají.

V praktické části jsou popsány dva výzkumy. První je výzkum četnosti akutních psychóz zmíněných typů v Plzeňském kraji v roce 2011. Druhým je dotazníkové šetření, na základě kterého je zjišťována připravenost zdravotnických záchranářů na kontakt s psychotickým pacientem a dále jsou definována rizika, která psychotický pacient pro zdravotnického záchranáře znamená.

# 1 PSYCHÓZA

Termín psychóza poprvé použil v roce 1847 Ernst von Feuchtersleben, který jím označil onemocnění dříve zvaná šílenství.<sup>1</sup> Název je složeninou řeckého psyché neboli duše a koncovky –óza, která se používá k označení pro nemoc.<sup>2</sup>

Jde o skupinu patologických jevů, pro které je charakteristická porucha kontaktu s realitou. Dochází ke změně vnímání a prožívání postiženého člověka. Pacientova mysl je deformována bludy a halucinacemi, které ho odtrhávají od reálného světa. Trpí narušeným vztahem k sobě i ke svému okolí a často se tak dostává do sociální izolace.<sup>3</sup>

## 1.1 Příznaky psychózy

Obecně lze říci, že pacient trpící psychózou žije svůj vlastní vnitřní svět, který je charakteristický odlišným vnímáním a myšlením.

Porucha vnímání zahrnuje falešné vjemy, které mohou být různé povahy. Nazývají se **halucinace** a jsou to patologické vjemy, které vznikají bez reálného podkladu. Můžeme je rozdělit podle tří kritérií, a to kritičnosti, složitosti a lokalizace (viz Tabulka 1).<sup>4</sup>

U psychotických pacientů mohou být také přítomny vjemy, které naopak mají základ v realitě, ale tato realita je v mysli pacienta přetvořena. Takové vjemy se nazývají **iluze**.

---

1, 4 viz seznam literatury č. 3

2, 3 viz seznam literatury č. 4

**Tabulka č. 1: Dělení halucinací**

	Druhy	Příznaky
<b>Podle kritičnosti</b>	Pravé halucinace	pacient si neuvědomuje nereálnost vjemů
	Pseudohalucinace	pacient si uvědomuje nereálnost vjemů
<b>Podle složitosti</b>	Elementární	jednotlivé smyslové podněty zrakové (barvy, blesky), sluchové (tóny, hlásky), čichové(vůně), chuťové (chutě)
	Komplexní	zahrnují komplexní vjemy postav, zvířat, událostí, rozhovorů
	Kombinované	halucinace více smyslů dohromady (zrak a sluch, zrak a vůně)
<b>Podle lokalizace</b>	Sluchové	akoazmata (pískání, šelesty), slovní, imperativní (rozkazovací), teologické (s náboženskou tematikou), antagonistické (proti pacientovi)
	Zrakové	fotomy (záblesky), zoopasie (zvířata), mikropsie / makropsie (objekty vnímány menší / větší než jsou ve skutečnosti), autoskopie (vidění vlastní osoby)
	Čichové	
	Chuťové	
	Tělové	hmatové, tělové, orgánové
	Intrapsychické	pocit vkládání, vyjímání, ozvučování vlastních myšlenek
	Inadekvátní	halucinace jiným než příslušným čidlem (čichání nohama, ...)

Poruchy myšlení můžeme rozdělit na poruchu formy a poruchu obsahu. Porucha formy znamená poruchu **pravidel**, která myšlení řídí za normálních okolností.

Porucha obsahu je typická přítomností **bludů**, což je patologicky předělaný obsah myšlení pacientem. Jde o kvalitativní změnu schopnosti rozumět světu. Pacient je mylně přesvědčen o skutečnosti přetvořené reality.

Bludy můžeme charakterizovat několika příznaky. Jsou pro okolí zjevně nepravdivé a nesmyslné. Dalším příznakem je nevývratnost, což znamená, že je nelze pacientovi vyvrátit logickými argumenty.

Bludy mají obrovský vliv na jednání člověka, protože se stávají centrem jeho pozornosti. V neposlední řadě jde o příznak duševní choroby, to znamená, že blud vznikl na podkladě nějakého patologického procesu.<sup>5</sup>

Můžeme je rozdělit do skupin dle obsahu a podle vzniku (viz Tabulka č. 2).<sup>6</sup>

<sup>5, 6</sup> viz seznam literatury č. 3

Tabulka č. 2: Dělení bludů

	Druhy	Poddruhy	Příznaky
Podle obsahu	Expanzivní	Extrapotenční	přesvědčení o nadání, schopnostech, vlastnostech
		Megalomanické	přesvědčení a zvláštním významu vlastní osobnosti
		Originární	přesvědčení o vznešeném původu
		Inventorní	přesvědčení o učinění významného objevu
		Reformátorský	přesvědčení a provedení významných změn
		Religiózní	přesvědčení o tom, že pacient je spasitel
		Erotomanický	přesvědčení o neodolatelnosti
	Depresivní	Insuficienční	přesvědčení o vlastní neschopnosti
		Autoakuzační	chorobné sebeobviňování
		Mikromanický	chorobné podceňování
		Obavný	chorobné obavy z katastrof
		Ruinační	obavy ze zchudnutí
		Negační	bludné přesvědčení o vlastní špatnosti
		Enormity	přesvědčení o přivození neštěstí vlastní osobou
		Eternity	přesvědčení o nutnosti věčně trpět
		Hypochondrický	přesvědčení o trpění nevyléčitelnou nemocí
		Dysmorfobický	přesvědčení o znetvoření části těla
	Paranoidní	Paranoidní	připisování významu věcem, lidem, situacím, které nemají
		Perzekuční	připisování významu věcem, lidem, situacím, které nemají
		Kverulační	neustálé stěžování, podávání žalob, odvolávání se k vyšším institucím
		Emulační	chorobná žárlivost, přesvědčení o nevěře
		Transformační	chorobný pocit ze změny osobnosti
		Metamorfózy	chorobný pocit ze změny v jinou bytost
	Podle vzniku	Primární	vznik v důsledku poruchy myšlení, nezávislý na náladě
		Sekundární	vznik v důsledku poruchy nálady

Bludy jsou společně s halucinacemi považovány za klíčové příznaky psychóz.

## 1.2 Příčiny vzniku psychóz

Za hlavní příčinu vzniku psychóz považujeme poruchu neurotransmise dopaminu v limbické části mozku. Ten má na starosti prožívání emocí a jejich ukládání do paměti. Umožňuje také připsat jim určitý význam, který může být pro život člověka důležitý.

Dopamin funguje jako neurotransmitter mezi nervovými buňkami. Nedostatečné množství dopaminu způsobuje špatnou interpretaci okolních dějů a následný vznik psychózy.

Roli při vzniku hraje genetika. Jaké geny se na vzniku podílejí zatím věda ještě neodhalila. Větší výskyt psychóz byl zaznamenán u dětí, jejichž matky onemocněly ve druhém trimestru těhotenství virovým onemocněním, například chřipkou. Dále byl zvýšený výskyt zaznamenán u jedinců, u kterých se během porodu vyskytly komplikace, nebo kteří trpěli brzy po porodu zánětlivým onemocněním mozku.<sup>7</sup>

Na vzniku onemocnění se samozřejmě podepisuje i celá řada biologických, psychických a sociálních faktorů.

Existuje procento predisponovaných jedinců, kteří se separují hlavně z řad rodinných příslušníků psychoticky nemocných pacientů. Proč se u některých jedinců psychóza projeví a u některých ne, není zcela jasné. Existuje názor, že psychóza se neprojeví, pokud se pacient „nesetká“ se specifickým spouštěcím faktorem. Jedním ze spouštěčů může být marihuana, a to hlavně u mladých lidí.<sup>8</sup>

## 1.3 Průběh psychózy

Průběh psychózy lze rozčlenit do čtyř stádií, kterými jsou období varovných příznaků, ataka, remise a relaps.

Období varovných příznaků trvá obvykle týdny až měsíce. Pacient mívá pocit, že se s ním nebo kolem něj něco děje. Často trpí poruchami spánku, snížením zájmu o činnosti, které ho dříve bavily, méně komunikuje, atd.

---

7, 8 viz seznam literatury č. 20

Po tomto období následuje ataka. Zde se objevují pozitivní (bludy, halucinace), negativní (ztráta zájmu) a často i kognitivní (poruchy pozornosti, paměti, ztráta schopnosti řešit problémy) příznaky. Období ataky může trvat různě dlouho a je pro pacienta velice zatěžující.

Po odeznění ataky nastává období remise. Jeho délka je také velmi individuální. Asi jedna třetina prodělá jednu ataku, po které následuje trvalá remise. Druhá třetina absolvuje více atak prokládaných dlouhými remisemi a polední třetina pacientů zůstává v atace mnoho let a remise jsou velmi ojedinělé.

Posledním obdobím je relaps. Jde o opětovné vypuknutí akutních příznaků nemoci, ke kterému dochází i u léčených pacientů. Důvodem je kolísání hladin neurotransmiteru dopaminu. To může být způsobeno samotnou nemocí, nerovnováhu ve vylučovaném množství urychluje stres, drogy, alkohol.<sup>9</sup>

## **1.4 Akutní psychotický stav**

Akutní psychotický stav neboli akutní psychóza je onemocnění, u kterého dojde k velmi rychlému rozvoji psychopatologických příznaků. Většinou nástup příznaků, často ještě nepsychotických, bývá do 48 hodin, nejdéle však do dvou týdnů od jejich prvních projevů.<sup>10</sup>

Tento stav bývá spojen s první epizodou nebo s relapsem daného psychotického onemocnění. Projevuje se změnou myšlení a vnímání spojenou s bludy a halucinacemi.<sup>11</sup>

Pacient se může projevovat excitovaně, neklidně. Tyto projevy mohou doplňovat poruchy chování, jako např. ztrátu zájmu dodržovat běžné normy společenského života i ztrátu zájmu péče o sebe sama.<sup>12</sup>

## **1.5 Klasifikace psychóz**

Psychózy bývaly dříve děleny do dvou skupin na funkční a organické. Toto rozdělení vycházelo z předpokladu, že u organických psychóz je původcem patologický nález v mozkové tkáni, zatímco u funkčních nikoliv.<sup>13</sup>

---

9 viz seznam literatury č. 20

10, 11 viz seznam literatury č. 15

12 viz seznam literatury č. 18

13 viz seznam literatury č. 3

Mezi organické psychózy se řadily stavy způsobené zánětlivým onemocněním, nádory nebo atrofie a stavy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. Do skupiny funkčních psychóz patřila schizofrenie, schizoafektivní porucha, paranoia, afektivní psychózy.

Toto dělení je v dnešní době nedostačující. Bylo zjištěno, že i u psychóz označovaných jako funkční byly detekovány organické morfologické změny.

Dalším možným dělením psychóz bylo rozdělení na primární a sekundární. Skupina primárních psychóz byla charakterizována selháním neuronálních mechanismů psychiky a skupina sekundárních zase vznikem na podkladě dysfunkce jiné části organismu. Toto dělení už je také nepřesné, neboť nervový systém je úzce spojen se zbytkem organismu a nelze je od sebe oddělit.

Kompromisem může být způsob nahlížení na tato onemocnění, kdy nebudeme klasifikovat psychózu jako jedno konkrétní onemocnění, ale jako soubor reakcí organismu na různé typy poškození, který se označuje **psychotický syndrom**. Pro tento syndrom je typická specifická porucha zpracování informací v důsledku reakcí psychiky na určité podmínky.

Onemocnění je věkově variabilní a jeho příčiny mohou být různé.<sup>14</sup>

Dle MKN-10 se psychózy rozdělují do kategorií podle vyvolávající příčiny. Takovými stavy jsou psychózy vzniklé na základě organického onemocnění, psychózy schizofrenního okruhu a psychotické poruchy vzniklé na základě intoxikace psychoaktivními látkami. V následujících kapitolách budou podrobně rozebrány psychózy schizofrenního okruhu a psychózy vzniklé na základě intoxikace psychoaktivními látkami.

---

<sup>14</sup> viz seznam literatury č. 3

## 2 SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPNÍ A PORUCHY S BLUDY

Jedná se o největší skupinu psychotických poruch, které jsou v MKN-10 označeny F20-29 viz Tabulka č. 3.<sup>15</sup>

Tato onemocnění spojuje výskyt psychotických příznaků, které nevzniknou důsledkem intoxikace ani organických, infekčních nebo traumatických příčin.<sup>16</sup>

**Tabulka č. 3: MKN-10, F20-F29: Schizofrenie, poruchy schizotypní a poruchy s bludy**

Kód	Název psychózy
F20	Schizofrenie
F21	Schizotypní porucha
F22	Trvalé duševní poruchy s bludy
F23	Akutní a přechodné psychotické poruchy
F24	Indukovaná porucha s bludy
F25	Schizoafektivní poruchy
F28	Jiné neorganické psychotické poruchy
F29	Neurčené neorganické psychózy

### 2.1 Schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění projevující se narušením vnímání a myšlení, dysforickými stavy nebo neadekvátní emotivní odpovědí na různé situace. Pacient se potýká s významným funkčním postižením organismu a změnami osobnosti. Může dojít i k lehkému kognitivnímu deficitu.

Snižuje se kvalita jeho života a pracovní schopnost. Může dojít až k trvalé invaliditě. Všechny tyto faktory mají samozřejmě silný dopad na pacientův rodinný a společenský život.

Léčba tohoto onemocnění je nákladná, což ve spojení s invalidizací pacienta může vést k vážným finančním problémům postiženého.<sup>17</sup>

O tomto onemocnění se dozvídáme již v období Antiky, kdy v tamější literatuře najdeme popis onemocnění, které připomíná schizofrenii.

---

<sup>15</sup> viz seznam literatury č. 19

<sup>16</sup> viz seznam literatury č. 14

<sup>17</sup> viz seznam literatury č. 3



Termín schizofrenie pochází z řečtiny a jde o složeninu slov schizis = rozštěp a frén = mysl. Vyjadřuje rozštěp psychiky nemocného, jehož vnímání, myšlení, city, vůle a vnější projevy jsou chorobně změněny takovým způsobem, že jsou pro okolí velmi těžko chápatelné a akceptovatelné.<sup>18</sup>

Prvním, kdo použil tento termín v praxi, byl v roce 1911 Eugen Bleuler. Jako „skupinu schizofrenií“ (Gruppe der Schizophrenien) označil psychotická onemocnění charakterizovaná časným začátkem a dlouhotrvajícím deteriorizujícím průběhem s halucinacemi a bludy, která byla do té doby nazývána „dementia praecox“. Jako schizofrenii označil schizma (rozštěp) mezi myšlením, emocemi a projevy chování.<sup>19</sup>

### 2.1.1 Výskyt schizofrenie

Prevalence onemocnění schizofrenií je v celkové populaci asi 0,5 až 1%. Vyskytuje se stejně často u mužů jako u žen, ale věkově se onemocnění u jednotlivých pohlaví liší.<sup>20</sup> U mužů je nástup ranější a to mezi 15. a 25. rokem věku. U žen bývá začátek onemocnění mezi 25. až 35. rokem věku.<sup>21</sup>

### 2.1.2 Etiologie schizofrenie

Etiologie schizofrenie není stále zcela objasněna a na vzniku tohoto onemocnění se podílí kombinace faktorů biologických, psychologických a sociálních.

Mezi biologické faktory patří genetika, neurovývojové změny a poruchy neurotransmiterových systémů.<sup>22</sup>

Schizofrenie je dědičně podmíněné onemocnění. Pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, pravděpodobnost onemocnění dítěte je 16%. Pokud jsou nemocní oba rodiče, pravděpodobnost onemocnění dítěte se zvyšuje až na 46%.<sup>23</sup> To dokazuje Hestonova studie, ve které jsou zkoumány děti schizofrenních matek, které byly po porodu matkám odebrány a vychovávány v adoptivních rodinách. Srovnávanou skupinou byla skupina dětí, jejichž matky schizofrenií netrpěly, ale děti jim byly z různých důvodů po porodu také odňaty a vychovávány v adoptivním prostředí.

---

18 viz seznam literatury č. 6

19, 21 viz seznam literatury č. 3

20, 23 viz seznam literatury č. 2

22 viz seznam literatury č. 8

Studii bylo zjištěno, že ani jedno z dětí zdravých matek schizofrenií neonemocnělo, ale naopak u dětí schizofrenních matek bylo riziko výskytu zvýšeno o 16%. Zajímavým jevem jsou studie jednovaječných dvojčat. Těmi se zabývali pánové Gottesman a Schields. Ve své studii udávají, že druhé dvojče onemocní s pravděpodobností 46%. Jedná-li se o dvojčata dvojvaječná, pokud jedno onemocní schizofrenií, u druhého se s pravděpodobností 14% objeví také.<sup>24</sup>

Dalším biologickým faktorem jsou neurovývojové změny v limbickém systému mozku. Na těchto změnách se mohou podílet infekční onemocnění, prenatální nebo perinatální traumata nebo jiné vývojové anomálie. Tyto faktory ovlivňují zrání CNS a tím může dojít k narušení integrity psychických funkcí.

Mezi biologické faktory patří také porucha neurotransmiterových systémů, konkrétně dopaminergního, serotoninergního a GABA-ergního.

Významný vliv mají faktory sociální. Schizofrenie se vyskytuje ve všech sociálních třídách, ale větší procento se vyskytuje u nižších společenských vrstev. Toto onemocnění nejenže svého nosiče stigmatizuje, ale také díky nižší schopnosti uplatnění a zařazení se do společnosti vede k sestupu na společenském žebříčku.<sup>25</sup> Někteří autoři uvádějí souvislost tohoto onemocnění s imigrací.

Příkladem psychologických faktorů mohou být nevyvážené rodinné vztahy, které mohou mít zásadní vliv na rozvoj schizofrenie u jedince. Zajímavá je teorie hyperprotektivní matky nebo schizofrenogenních rodičů. Termín hyperprotektivní (schizofrenogenní) matka použila v roce 1948 F. Fromm Reichmannová, která ji definovala jako agresivní, dominantní a přitom nejistou osobu, která svým chováním negativně ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Teorii schizofrenogenních rodičů vyslovili vědci Bateson a Jackson. Schizofrenogenní rodiče používají v komunikaci „double bind“ neboli podvojnou komunikační vazbu. To znamená, že verbálně je vyjadřováno něco, co je nonverbálně popíráno nebo myšleno jinak.<sup>26</sup> Tyto teorie v dnešní době ustoupily do pozadí.<sup>27</sup> Vliv ale mohou mít například komunikační problémy v rodině, manželská asymetrie nebo manželský rozkol.<sup>28</sup>

---

24, 26 viz seznam literatury č. 5

25, 27 viz seznam literatury č. 8

28 viz seznam literatury č. 2

### 2.1.3 Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie se dělí na dvě skupiny, a to na **pozitivní** a **negativní**.

Mechanismy, které vyvolávají vznik pozitivních nebo negativních příznaků, jsou dle britského psychiatra Timothy J. Crowa pravděpodobně různé. Vznik pozitivních příznaků je podmíněn nerovnováhou neurotransmiterů, zatímco negativní příznaky souvisí s narušením specifických oblastí mozku.<sup>29</sup>

**Tabulka č. 4: Příznaky schizofrenie**

Skupina příznaků	Příznaky
<b>Pozitivní příznaky</b>	bludy, halucinace, dezorganizace řeči, rozvolněné asociace, poruchy kontroly chování
<b>Negativní příznaky</b>	oploštění emotivity, afektu, citové, sociální stažení, ochuzení řeči, zárazy myšlení, alogie, abulie, anhedonie

### 2.1.4 Průběh schizofrenie

Schizofrenie může probíhat buď chronicky nebo v epizodách.

V prvním případě nedochází k žádnému přechodnému zlepšení. V případě epizodického průběhu se střídají období atak a remisí.<sup>30</sup>

### 2.1.5 Podtypy schizofrenie

Schizofrenie lze podle převahy určitých příznaků rozdělit na tyto podtypy (viz Tabulka č.5).<sup>31</sup>

**Tabulka č. 5: Podtypy schizofrenie**

Kód	Podtypy schizofrenie
<b>F20.0</b>	Paranoidní schizofrenie
<b>F20.1</b>	Hebefrenní schizofrenie
<b>F20.2</b>	Katatonní schizofrenie
<b>F20.3</b>	Nediferencovaná schizofrenie
<b>F20.4</b>	Postschizofrenní deprese
<b>F20.5</b>	Reziduální schizofrenie
<b>F20.6</b>	Simplexní schizofrenie
<b>F20.8</b>	Jiné schizofrenie

<sup>29</sup> viz seznam literatury č. 16

<sup>30</sup> viz seznam literatury č. 8

<sup>31</sup> viz seznam literatury č. 19

Paranoidní schizofrenie je nejčastější formou schizofrenie.

Typická je přítomnost halucinací a bludů. Nejvíce se objevují halucinace sluchové. Pacient slyší hlas nebo hlasy, které mohou být nejčastěji imperativního nebo teologického rázu. Mohou komentovat chování pacienta nebo mohou konverzovat mezi sebou.

Dále se vyskytují halucinace zrakové, čichové, chuťové, tělesné, taktilní, intrapsychické, kdy má pacient pocit, že mu někdo myšlenky vkládá (implantuje) do hlavy nebo naopak z hlavy odebírá (amputuje).<sup>32</sup>

Hebefrenní schizofrenie je forma typická pro adolescentní věk. Obvykle začíná mezi 15. až 25. rokem věku a její prognóza není příznivá.<sup>33</sup> Začátky onemocnění jsou těžko odlišitelné od bouřlivě probíhající puberty. Typicky se objevují změny afektivity, emotivity, poruchy chování.<sup>34</sup> Bludy a halucinace se objevují jen ve velmi omezené míře.<sup>35</sup>

Katatonní schizofrenie je u nás dnes vzácnou formou schizofrenie, která se projevuje především psychomotorickými poruchami jako excitovanost, hyperkineze, neúčelné pohyby, stupor, který může přejít ve flexibilitas cerea. V tomto případě při pokusu o změnu polohy končetiny kladou pacienti plastický odpor. Tato forma bývá spojena s negativismem, mutismem (neschopnost mluvení) a nástavami (zaujímání a udržování nezvyklých poloh končetinami nebo celým tělem).<sup>36</sup> Typickým příznakem u pozdních stádií je flexibilitas cerea (vosková ohebnost, psychická poduška). Jedná se o takovou formu pasivity, kdy lze nastavit části pacientova těla do různé polohy, ve které setrvávají dlouhou dobu.<sup>37</sup>

Nediferencovaná schizofrenie je stav, který z diagnostického hlediska splňuje kriteria pro schizofrenii, ale žádné symptomy nepřevažují natolik, aby se dal zařadit do jednoho z předchozích typů.<sup>38</sup>

Postschizofrenní deprese zahrnuje přítomnost depresivních příznaků po odeznění schizofrenní ataky. Některé pozitivní nebo negativní schizofrenní příznaky mohou být stále přítomny, ale ustupují do pozadí. Pacienti s tímto podtypem mají vyšší sklony k suicidálnímu jednání.

---

32, 34, 36 viz seznam literatury č. 3

33 viz seznam literatury č. 7

35 viz seznam literatury č. 8

37 viz seznam literatury č. 9

38 viz seznam literatury č. 19

Reziduální schizofrenie je přesun onemocnění do chronické formy. Jsou přítomny hlavně negativní příznaky jako psychomotorické zpomalení, hypoaktivita, oploštělá afektivita, pasivita, ztráta iniciativy, ochuzená řeč, sociální stažení, zanedbávání zevnějšku.<sup>39</sup>

Simplexní schizofrenie je vzácným typem, který nebývá diagnosticky snadný. Nemoc se vyvíjí pozvolna a je pro ni typická přítomnost pouze negativních příznaků jako je pokles výkonnosti, sociální stažení, emoční otupělost, autismus (nadměrné chorobné zaměření na vlastní osobu, ztráta kontaktu s realitou). Bludy a halucinace nejsou přítomny.

Jiná schizofrenie je skupina poruch, do které se řadí například cenestopatická Hubertova schizofrenie. Pacient si dlouhodobě stěžuje na zdravotní potíže, ale jak klinický, tak laboratorní nález bývá negativní. Lékař zpravidla odhalí přítomnost schizofrenie až v momentě, kdy se začne stupňovat bizarnost příznaků a stesků, které pacient uvádí a pacient začne vykazovat některé příznaky schizofrenie.<sup>40</sup>

### **2.1.6 Terapie schizofrenie**

Léčba schizofrenie se skládá z několika částí a její úspěšnost je závislá na určitých faktorech.

Při léčbě tohoto onemocnění se uplatňuje jednak odborná psychiatrická léčba psychofarmaky v kooperaci s individuální a skupinou psychoterapií. Důležitou roli hraje také rodinná terapie.<sup>41</sup>

Mezi používaná psychofarmaka patří léky ze skupiny antipsychotik.

Tradičním lékem jsou klasická antipsychotika, která blokují dopaminové D2 receptory nebo antagonisté více receptorů. Jejich účinnost je prokázána, působí hlavně na negativní příznaky, ale objevuje se řada nežádoucích účinků, které znesnadňují jejich užívání. Mezi typické nežádoucí účinky patří neurologické a endokrinní poruchy, extrapyramidové účinky jako parkinsonismus, dystonie, dyskineze atd. Dalšími nežádoucími účinky jsou galaktorea, poruchy menstruačního cyklu, sexuální dysfunkce, neuroleptický maligní syndrom, jehož hlavními příznaky jsou rigidita a hypertermie.

---

39 viz seznam literatury č. 3

40 viz seznam literatury č. 8

41 viz seznam literatury č. 6

Na druhou stranu jde o léky dobře dostupné s vysokou účinností u agresivních a agitovaných pacientů.

Druhou skupinou jsou antipsychotika 2. generace. Jsou dobře pacienty snášena, působí na pozitivní i negativní příznaky a jejich účinek je zaznamenán i u terapeuticky rezistentních pacientů. Možnými nežádoucími účinky mohou být poruchy glukózové tolerance, rozvoj diabetu nebo porucha metabolismu lipidů.<sup>42</sup>

Mezi ostatní užívaná psychofarmaka při terapii schizofrenie patří antidepresiva, benzodiazepiny, které mohou podněcovat účinek psychofarmak. Dále jsou to stabilizátory nálady jako lithium, carbamazepin nebo anticholinergika, která jsou užívána ke kontrole nežádoucích účinků antipsychotické medikace, dále beta blokátory.

Platí, že včasná léčba zvyšuje terapeutickou odpověď, a dávky antipsychotik jsou obecně nižší než u chronických nemocných. První ataka onemocnění by měla být zachycena a léčena ve zdravotnickém zařízení.

Vysoká pozornost by měla být věnována léčbě tohoto onemocnění během těhotenství a laktace. Antipsychotika přestupují přes placentární membránu a vylučují se do mateřského mléka. Pokud nelze léčbu zcela vysadit, měla by být alespoň v prvním trimestru snížena na nejmenší možnou dávku.

Elektrokonvulzivní terapie je metodou používanou převážně u terapeuticky rezistentních pacientů. Metodou volby bývá u katatonních nebo depresivních pacientů a specifických případů, jakým je například neuroleptický maligní syndrom.<sup>43</sup>

### **2.1.7 Schizofrenie s časným začátkem**

Jde o schizofrenii vzniklou před 18. rokem věku. Dělí se na dvě podobdobí. Schizofrenie s časným začátkem je onemocnění vzniklé mezi 13. až 18. rokem věku. Schizofrenie s velmi časným začátkem propuká před dosažením 13. roku věku.

V dětském věku se toto onemocnění objevuje vzácně. Před 10. rokem je incidence 0,1 až 1%, před 15. rokem asi 4%, do 21. roku se projeví u 20% všech schizofrenních onemocnění. Před 5. rokem se vyskytuje velmi vzácně. Nejmladší zaznamenané případy byly ve věku 3, 5 a 7 let.

---

42, 43 viz seznam literatury č. 3

U chlapců se vyskytuje častěji než u dívek v poměru 2:1, ale s rostoucím věkem se poměr vyrovnává.

Diagnóza onemocnění je velice obtížná. Hlavní příčinou je neustálý vývoj jedince. Musí být přítomny alespoň jeden měsíc trvající příznaky (dle MKN 10).<sup>44</sup>

Typy schizofrenie s časným začátkem jsou stejné jako u dospělých.

Z příznaků jsou nejčastěji přítomny sluchové halucinace perzekuční a imperativní. Pacient slyší dialogizující a komentující hlasy. Trpí jimi asi 80% pacientů. Dále je typická oploštělá a neadekvátní aktivita.

Začátek choroby bývá plíživý a nespecifický.<sup>45</sup>

Mezi první příznaky patří afekt, sociální stažení, školní problémy, nezvyklé antisociální chování. Příznaky mohou trvat i měsíce, než se objeví plný klinický obraz. Po celou dobu je narušen psychosociální vývoj jedince ve smyslu kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti, temperamentu a sociálních funkcí. Asi dva roky před klinickým začátkem dochází k poklesu intelektu. Ten se zastaví zpravidla dva roky po propuknutí klinických příznaků.

Prognóza pacientů s tímto typem schizofrenie je obecně horší než u pacientů, u kterých propukla v dospělosti. Zvláště nepříznivá je u pacientů s plíživým začátkem nemoci.<sup>46</sup>

Terapie je stejná jako u dospělých pacientů. Podávají se antipsychotika. Důležitá je také psychoterapie, rodinná terapie a rehabilitace. Elektrokunvulzivní terapie se využívá u farmakorezistentních forem a katatonních příznaků.<sup>47</sup>

### **2.1.8 Prognóza schizofrenie**

Prognózu schizofrenie zlepšuje včasná diagnóza a okamžitá léčba. Asi jedna čtvrtina případů má velmi dobré léčebné výsledky a je schopná se dobře vrátit do života. U méně než poloviny případů je dlouhodobý výsledek slabý.

Existují faktory, které podle některých studií zlepšují prognózu onemocnění. Například u žen je prognóza příznivější než u mužů. Vyšší věk nástupu a dobrá odpověď na léčbu, fungující sexuální život, pacienti, u nichž se nevyskytly kognitivní poruchy, nebo tam, kde nebylo zjištěno rozšíření mozkových komor, všechny tyto faktory zlepšují průběh onemocnění.<sup>48</sup>

---

44, 45, 46, 47 viz seznam literatury č. 12

48 viz seznam literatury č. 7

## 2.2 Schizotypní porucha

Toto onemocnění je nápadné poruchou chování a myšlení připomínající schizofrenii.

Mezi příznaky patří chladné nepřiměřené afekty, anhedonie, podivínské nápadné chování, izolace od společnosti, paranoidní a bizarní nápady. Občas se mohou vyskytnout psychotické ataky s intenzivními iluzemi, sluchovými halucinacemi a myšlenkami podobnými bludům.<sup>49</sup>

Onemocnění vzniká bez zevní provokace. Přesný začátek nemoci se dá jen velice těžko odhadnout.<sup>50</sup> V příbuzenstvu pacienta se zpravidla vyskytuje jedinec trpící schizofrenií.

K určení této diagnózy je zapotřebí trvání příznaků alespoň v délce dvou let.<sup>51</sup>

## 2.3 Poruchy s trvalými bludy

Starším názvem tohoto onemocnění je paranoia nebo paranoický vývoj.

Jde o poruchu, kde nejvýznamnějším klinickým příznakem jsou dlouhotrvající bludy.<sup>52</sup> Vznik bludu bývá zpravidla podmíněn nějakou traumatickou událostí. Ostatní psychika pacienta nebývá narušena.<sup>53</sup>

Dle MKN-10 má toto onemocnění několik podtypů, které se liší podle přetrvávajících příznaků. Nejvýznamnější jsou zde uvedeny (viz Tabulka č.6).<sup>54</sup>

**Tabulka č. 6: Podtypy poruch s trvalými bludy**

Kód	Podtypy
F22.0	Porucha s bludy
F22.8	Ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy

Porucha s bludy je charakteristická rozvojem jednoho nebo více souvisejících bludů, které mohou přetrvávat celý život. Obsahem bludů může být téměř prakticky cokoliv.

V případě ostatních poruch s přetrvávajícími bludy jde o poruchu, kde jsou bludy doprovázeny halucinatorními hlasy nebo schizofrenními příznaky, které ale nejsou pravým příznakem schizofrenie.<sup>55</sup>

---

49, 50, 52, 54, 55 viz seznam literatury č. 19

51, 53 viz seznam literatury č. 8



Hlavními zástupci této skupiny jsou kverulanti, kteří se typicky projevují podáváním často nesmyslných stížností a žalob.<sup>56</sup>

## 2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Jedná se o různorodou skupinu poruch, u kterých nebyl prokázán organický původ.<sup>57</sup>

Psychotické symptomy jako bludy, halucinace, prudké poruchy vnímání nebo běžného chování se vyskytují náhle. Klinický obraz se rozvine obvykle do dvou týdnů.<sup>58</sup> Zpravidla jeden nebo dva týdny před vypuknutím ataky předchází stresová událost typu úmrtí v rodině, přepadení, ztráta zaměstnání atd.<sup>59</sup> Velký výskyt onemocnění bývá zaznamenán v obdobích velkých emočních zátěží, např. velké společenské změny nebo přírodní katastrofy.<sup>60</sup>

Tyto poruchy se podle MKN-10 dělí na podtypy dle převažujících symptomů (viz Tabulka č. 7).

**Tabulka č. 7: Akutní a přechodné psychotické poruchy<sup>61</sup>**

Kód	Podtypy
<b>F23.0</b>	Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů
<b>F23.1</b>	Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie
<b>F23.2</b>	Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii
<b>F23.3</b>	Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy

Akutní polymorfní psychotická porucha je nejčastějším zástupcem této skupiny.<sup>62</sup>

Porucha začíná náhle během jednoho dne a rozvíjí se v řádu hodin. Typická je přítomností halucinací, bludů a poruch vnímání. Tyto příznaky jsou velice variabilní a rychle se mění. Nejčastějšími příznaky jsou silné emoce zahrnující pocity štěstí, extáze, podrážděnost až úzkost.<sup>63</sup> Příznaky v průběhu týdne odezní. Bludy a halucinace nejsou příliš časté.<sup>64</sup>

Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie je charakteristická proměnlivým klinickým obrazem s přítomností symptomů typických pro schizofrenii.

<sup>56, 59</sup> viz seznam literatury č. 8

<sup>57, 58, 61, 63</sup> viz seznam literatury č. 19

<sup>60, 62, 64</sup> viz seznam literatury č. 14

Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii se vyznačuje přítomností stabilních psychotických příznaků, které ale netrvaly déle než jeden měsíc.

Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy zahrnují akutní stavy, u kterých jsou přítomny relativně stabilní bludy a halucinace, které ale neopravňují k diagnóze schizofrenie.<sup>65</sup>

Ke kompletnímu uzdravení dochází během měsíců, týdnu, dní. Pokud klinické příznaky trvají déle než měsíc, přechází se k diagnóze schizofrenie.<sup>66</sup>

## 2.5 Indukovaná porucha s bludy

Jedná se o poměrně vzácné onemocnění typické přítomností bludů. Trpí jí zpravidla dvě a více osob, které jsou v těsné emoční vazbě a často i v sociální izolaci.<sup>67</sup>

„Pravou“ psychickou poruchou trpí pouze jedna osoba a u druhé jsou bludy vyvolány právě emoční vazbou nebo společným soužitím s nemocnou osobou. Po odloučení bludy u indukované osoby zpravidla zmizí.<sup>68</sup>

## 2.6 Schizoafektivní poruchy

Jde o poruchy, kde jsou přítomny afektivní symptomy, tedy manické a depresivní, a navíc symptomy schizofrenie.<sup>69</sup>

Nemoc probíhá v epizodách, které se střídají často s úplnými remisemi.

I když se jedná o často diagnostikované onemocnění, bývá někdy výsledkem lékařových diagnostických rozpaků a uspěchanosti.<sup>70</sup>

**Tabulka č. 8: Typy schizoafektivních poruch<sup>71</sup>**

Kód	Podtypy
F25.0	Schizoafektivní porucha, manický typ
F25.1	Schizoafektivní porucha, depresivní typ
F25.2	Schizoafektivní porucha, smíšený typ

Manický typ schizoafektivní poruchy je charakteristický přítomností jak schizofrenních, tak manických symptomů. U tohoto onemocnění se objevují příznaky typu expanzivní nálady, zvýšeného sebevědomí, agresivity nebo megalomaničké a perzekuční bludy, halucinace.<sup>72</sup>

65, 68, 69, 71 viz seznam literatury č. 19

66, 67, 72 viz seznam literatury č. 8

69, 70 viz seznam literatury č. 14

Pro depresivní typ s výskytem schizofrenních a depresivních příznaků<sup>73</sup> je typická dysforická až depresivní, popřípadě úzkostná nálada, snížení životního elánu, mnohdy až abulie, sebeobviňování, sebepodceňování, autoakuační, perzekuční bludy nebo bludy kontrolovanosti. U pacientů trpících touto poruchou hrozí vysoké riziko tentamentu suicida. To hlavně z důvodu přítomnosti halucinací, kdy pacient slyší hlasy, které o něm mluví nepříznivě, vysmívají se mu, mohou ho odsuzovat, někdy mu vyhrožují.<sup>74</sup>

Smíšený typ je kombinací dvou předešlých typů.

---

73 viz seznam literatury č. 19

74 viz seznam literatury č. 8

### 3 PSYCHÓZY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Jiným typem psychóz jsou stavy vzniklé na podkladě intoxikace psychoaktivní látkou.

Dle MKN-10 jsou zařazeny mezi poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek s kódem F10-F19.

Jedná se o duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním alkoholu, opiátů, kanabinoidů, sedativ a hypnotik, kokainu nebo jiných stimulantů včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, prchavých rozpouštědel nebo různých kombinací těchto látek. Pokud dle kódového systému přidáme za hlavní diagnózu číslo 5 nebo 7, vznikne kódové označení F1x.5 nebo F1x.7, které hovoří o přítomnosti psychotických příznaků.

**Tabulka č. 9: Psychózy způsobené užíváním psychoaktivních látek<sup>75</sup>**

Kód	Podtypy
F1x.5	Psychotická porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek
F1x.7	Psychotická porucha reziduální s pozdním začátkem způsobená užíváním psychoaktivních látek

#### 3.1 Psychotická porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek

Jde o psychotickou poruchu vyvolanou intoxikací psychoaktivní látky, popřípadě více látkami současně.

Psychotické příznaky se vyskytnou již během užívání nebo do dvou týdnů po skončení užívání návykové látky. Příznaky trvají déle než 48 hodin a většinou vymizí do jednoho měsíce, nejdéle do šesti měsíců.<sup>76</sup>

Typická je přítomnost zejména sluchových halucinací, paranoidních a perzekučních bludů, vztahovačnosti, psychomotorických poruch a abnormálních emocí, které se mohou vyskytovat od stavů extáze až po intenzivní strach. Vědomí bývá zpravidla jasné bez závažných stavů zmatenosti.

<sup>75</sup> viz seznam literatury č. 19

<sup>76</sup> viz seznam literatury č. 3

Pro diagnostiku je podstatné zjištění začátku příznaků, zda vznikly v průběhu užívání nebo do dvou týdnů po skončení užívání. Rovněž je potřeba zjistit, jestli je jejich trvání delší než 48 hodin a kratší než šest měsíců.<sup>77</sup>

### **3.2 Psychotická porucha reziduální s pozdním začátkem způsobená užíváním psychoaktivních látek**

Tato skupina poruch je charakteristická velmi krátkými epizodickými stavy trvajících minuty nebo sekundy. Hlavním příznakem jsou poruchy vnímání. Vyvolávajícím prvkem je užívání halucinogenů, stimulancií a kanabinoidů. Doba od posledního užití psychoaktivní látky a výskytem poruchy je v rozsahu týdnů až měsíců.

Pacient trpí silnými emočními prožitky, poruchami jáství či sluchovými halucinacemi. Tyto příznaky mohou být vyprovokované stresem, únavou nebo užitím jiných psychoaktivních látek, například alkoholu.

K tomu, aby k těmto epizodám nedocházelo, je zapotřebí dodržet abstinenci od užívané látky. Ataky do jednoho až dvou let odezní a dál se již neopakují.<sup>78</sup>

---

<sup>77, 78</sup> viz seznam literatury č. 3

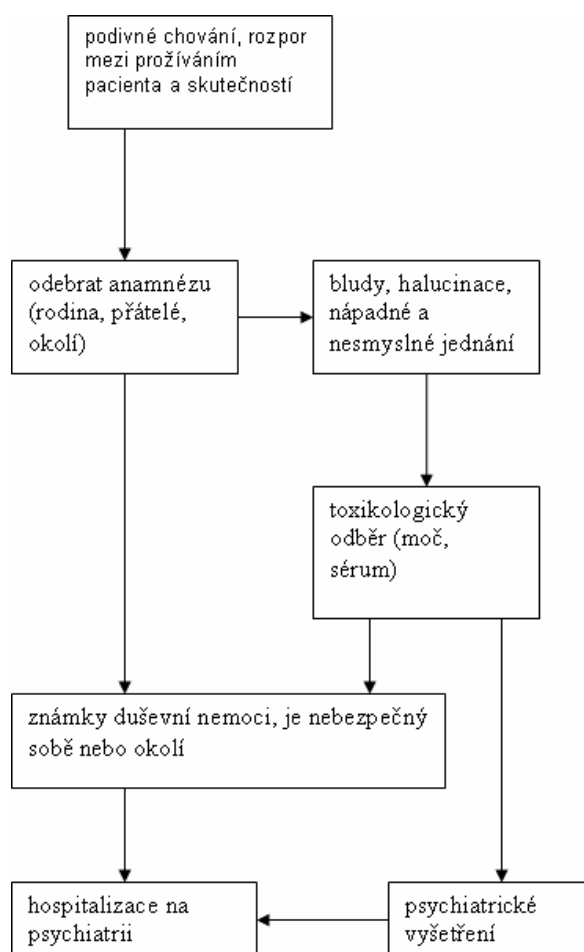
## 4 PÉČE O PSYCHOTICKÉHO PACIENTA

Pacient s psychotickými příznaky by měl být vždy odeslán na psychiatrické vyšetření. Ne vždy s vyšetřením souhlasí. Může ho ale i sám vyžadovat jako ochranu před ohrožujícími vlivy nebo s vyšetřením souhlasí, protože cítí, že s ním není něco v pořádku. Vyšetření je nutné také v případě, kdy nemocný je nebezpečný sám sobě nebo svému okolí. V tom případě je přistoupeno k hospitalizaci i bez souhlasu nemocného.

V ostatních případech je nutná hospitalizace pacienta alespoň do stanovení přesné diagnózy onemocnění.

Následující schéma nabízí řešení, jak zacházet s pacientem vykazujícím psychotické příznaky (viz Obrázek č. 1).<sup>79</sup>

**Obrázek č. 1: Obecný postup při péči o psychotického pacienta**



79 viz seznam literatury č. 14

## 5 TERAPIE PSYCHÓZ

Léčba psychóz se řídí pravidly, která musí pacient dodržovat, aby došlo k odstranění akutních příznaků a aby se zabránilo relapsu nemoci.

Pacient je indikován k užívání farmak ze skupiny antipsychotik, podstupuje psychoterapii individuální a skupinovou a musí dodržovat zdravý životní styl, který zahrnuje absenci stresu, drog, alkoholu.<sup>80</sup>

### 5.1 Antipsychotika

Antipsychotika jsou léky, které tlumí hlavní příznaky psychóz, tedy bludy a halucinace, zlepšují soustředění, pomáhají pacientovi zvládat každodenní zátěž a zabraňují relapsu onemocnění.<sup>81</sup>

Antipsychotika fungují na principu regulace vylučování dopaminu, čímž upravují funkce limbického systému. Farmakum obsadí receptor pro dopamin a tím usměrní výměnu informací mezi jednotlivými neurony.

Na trhu existuje celá řada antipsychotik. Všechna regulují hladinu dopaminu v mozku. Pro správnou funkci mozku je zapotřebí, aby bylo správně regulováno i vylučování dalších neurotransmiterů, ke kterým patří serotonin, jenž ovlivňuje spánek, náladu, chuť k jídlu a podílí se mimo jiné i na vzniku halucinací. Dále sem patří acetylcholin, adrenalin, histamin. Jednotlivá antipsychotika se od sebe liší právě tím, jakým způsobem regulují vylučování dalších neurotransmiterů (viz Tabulka č. 10).<sup>82</sup>

Dělí se na dvě skupiny, a to typická a atypická.<sup>83</sup>

Antipsychotika typická neboli klasická, konvenční, jsou známá jako antipsychotika 1. generace. Dle klinického účinku se dělí na bazální a incizivní. Bazální slabě blokuje dopaminové D2 receptory, ale k tomu působí na receptory histaminové, cholinergní a alfa-adrenergní. Typickým příkladem je chlorpromazin. Incizivní naopak působí silně na D2 receptory, ale slabě na receptory další. Často se vyskytují neurologické vedlejší účinky, jako akutní dystonie nebo akatizie. Klasickým zástupcem je haloperidol.

---

80, 81, 82 viz seznam literatury č. 20

83 viz seznam literatury č. 10

Atypická antipsychotika neboli antipsychotika 2. generace jsou v současnosti preferovaná před antipsychotiky první generace. Mají širší spektrum účinku, ovlivňují negativní, afektivní, kognitivní příznaky a oproti první skupině je výskyt neurologických vedlejších účinků nízký. Naopak se zde často vyskytují metabolické nežádoucí účinky. Tato farmaka se dělí do čtyř skupin podle receptorového zaměření. Od toho se odvíjí i vedlejší účinky těchto léků.

**Tabulka č. 10: V ČR užívaná antipsychotika<sup>84</sup>**

Užívaná denně per os	Aplikovaná intramuskulárně jednou za 2-4 týdny
Amisulprid	Flufenazin decanoat
Amipirazol	Flupentixol decanoat
Clozapin	Haloperidol decanoat
Haloperidol	Olanzapin embonas
Levopromazin	Risperidon
Melperon	Zuclopenthixol decanoat
Olanzapin	
Paliperidon	
Quetiapin	
Risperidon	
Sulpirid	
Tiaprid	
Ziprasidon	
Zotepin	

Jedním z faktorů obtížnosti léčby psychóz je přítomnost nežádoucích účinků, které s sebou užívání antipsychotik přináší. Každý pacient snáší léčbu antipsychotiky jinak. Nežádoucí účinky se liší podle typu antipsychotika. Postupy léčby a volba antipsychotik jsou u různých psychotických onemocnění odlišné. Nicméně mezi nejčastější nežádoucí účinky patří útlum, zvýšená chuť k jídlu, ztuhlost, třes, pocit vnitřního napětí, poruchy menstruačního cyklu, sexuální dysfunkce, rozostřené vidění nebo zácpa.<sup>85</sup>

S těmito faktory je potřeba pacienta dobře seznámit, aby se předešlo nedodržování léčby z důvodu nepříjemných pocitů spojených s nežádoucími účinky.

84, 85 viz seznam literatury č. 20



## 5.2 Léčba dalších příznaků psychóz

Farmakologická léčba psychóz se doplňuje skupinami léků, které slouží k eliminaci dalších příznaků, jenž se mohou u psychóz vyskytnout. Těmi mohou být deprese, výkyvy nálad, úzkost (viz Tabulka č. 11).<sup>86</sup>

**Tabulka č. 11: Léčba dalších příznaků psychóz**

Skupiny léčiv	Účinky
<b>Antidepresiva</b>	tlumí depresivní příznaky
<b>Anxiolytika</b>	tlumí úzkost
<b>Stabilizátory nálady</b>	tlumí dlouhodobé výkyvy nálad
<b>Anticholinergika</b>	tlumí nežádoucí kinetické účinky (ztuhlost, třes, neklid v končetinách)

---

<sup>86</sup> viz seznam literatury č. 20

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

### 6.1 Cíle práce

V této bakalářské práci jsem si stanovila čtyři cíle.

Cíl 1: Definovat pojem psychóza a akutní psychotický stav.

Cíl 2: Zmapovat výskyt akutních psychóz schizofrenního typu a intoxikačních psychóz v Plzeňském kraji v roce 2011.

Cíl 3: Zjistit rizika, která psychotický pacient představuje pro zdravotnického záchranáře.

Cíl 4: Prozkoumat připravenost zdravotnických záchranářů na kontakt s psychotickým pacientem.

### 6.2 Hypotézy

Na základě cílů jsem si stanovila pět hypotéz.

H0: Akutní psychózy vzniklé na základě intoxikace se v PNP vyskytují častěji než akutní psychózy schizofrenního typu.

H1: Pro ZDZ je větším rizikem psychotický pacient, který při příjezdu na místo události primárně nevykazuje psychotické příznaky, než pacient, který je vykazuje.

H2: Ženy záchranářky jsou častěji napadány psychotickými pacienty než muži záchranáři.

H3: Kurzy komunikace a sebeobrany usnadňují ZDZ zvládnutí psychotických pacientů.

H4: Akutní psychózy jsou v PNP zvládnuty převážně vlastními silami ZZS než za pomoci PČR a HZS.

## **7 METODY VÝZKUMU**

### **7.1 Metodika**

Praktická část této bakalářské práce je tvořena dvěma kvantitativními výzkumy.

V prvním případě jsem jako metodu zvolila statistický výzkum výskytu akutních psychóz v Plzeňském kraji v roce 2011. Potřebné údaje jsem získala z výjezdových záznamů Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje na základě souhlasu (viz Příloha č. 1). Získané informace jsem zpracovala a vyhodnotila do tabulek a grafů.

Druhá polovina praktické části je tvořena také kvantitativním výzkumem, který jsem prováděla formou dotazníkové šetření. Údaje jsou zpracovány do tabulek a grafů.

### **7.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Dotazníkové šetření jsem prováděla formou vlastnoručně zhotoveného dotazníku (viz Příloha č. 2) rozdaného mezi zdravotnickými záchranáři Plzeňského a Středočeského kraje.

Dotazník obsahuje 21 otázek a je rozčleněn na dvě části. První část dotazníku obsahuje otázky zaměřené na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Druhá část je tvořena otázkami týkající se toho, jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s psychotickými pacienty, jestli jsou schopni psychotického pacienta rozpoznat, zda byli napadeni, zda měli možnost stresovou situaci ventilovat, co pro ně představuje největší riziko při kontaktu s psychotickým pacientem, jestli dodržují nějaké zásady bezpečnosti a jestli byli proškoleni o tom, jak jednat s psychotickým pacientem. U 16 otázek měli respondenti na výběr jednu možnost, u 1 otázky více možností a u 4 otázek byla volná odpověď. U otázek, kde byla na výběr pouze jedna odpověď, je u každé odpovědi uveden počet respondentů a jeho procentuální zastoupení z celkového zkoumaného vzorku. U otázek, kde bylo na výběr více odpovědí nebo otázek otevřených, je uvedeno, kolikrát byla daná odpověď respondenty zvolena.

Toto šetření jsem provedla na základě souhlasu k tomu způsobilých orgánů (viz Příloha č. 3 a Příloha č. 4) a na základě ústních souhlasů vedoucích sester daných výjezdových stanovišť.

V dotazníku je uvedeno, že vyplnění je anonymní a zjištěné údaje budou použity pouze pro účely zpracování praktické části této bakalářské práce.

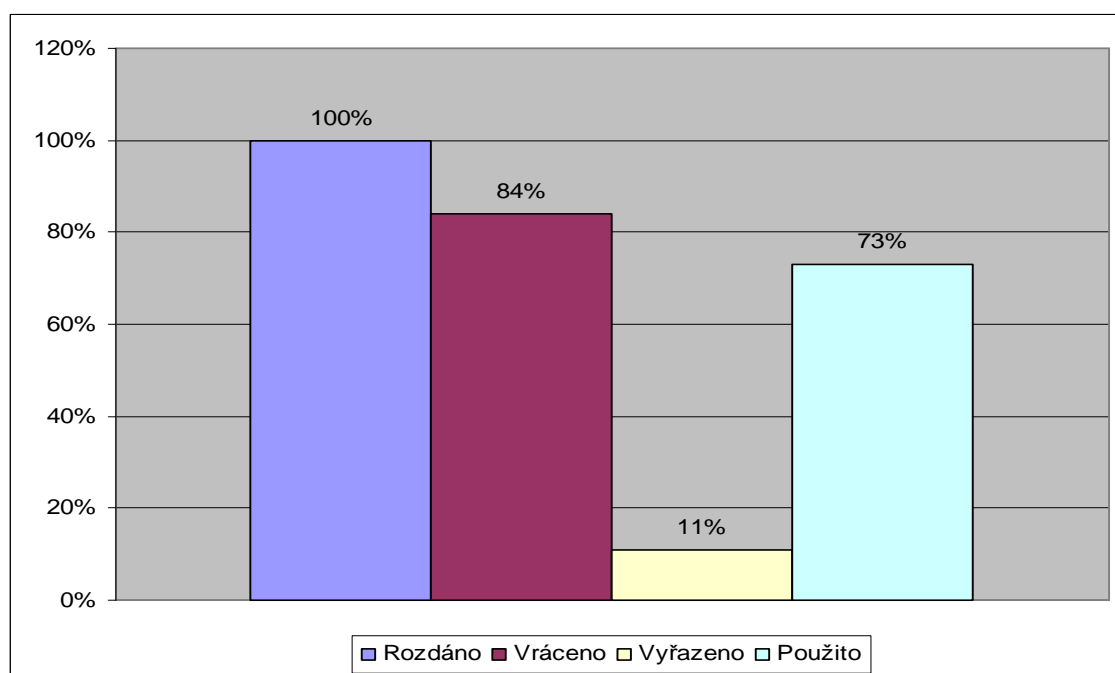
Sběr dat probíhal v únoru 2012.

## 8 VÝSLEDKY

Tabulka č. 12: Počet rozdaných dotazníků

	Počet dotazníků	[%]
<b>Rozdáno</b>	106	100%
<b>Vráceno</b>	89	84%
<b>Vyřazeno</b>	12	11%
<b>Použito</b>	77	73%

Graf č. 1: Počet rozdaných dotazníků

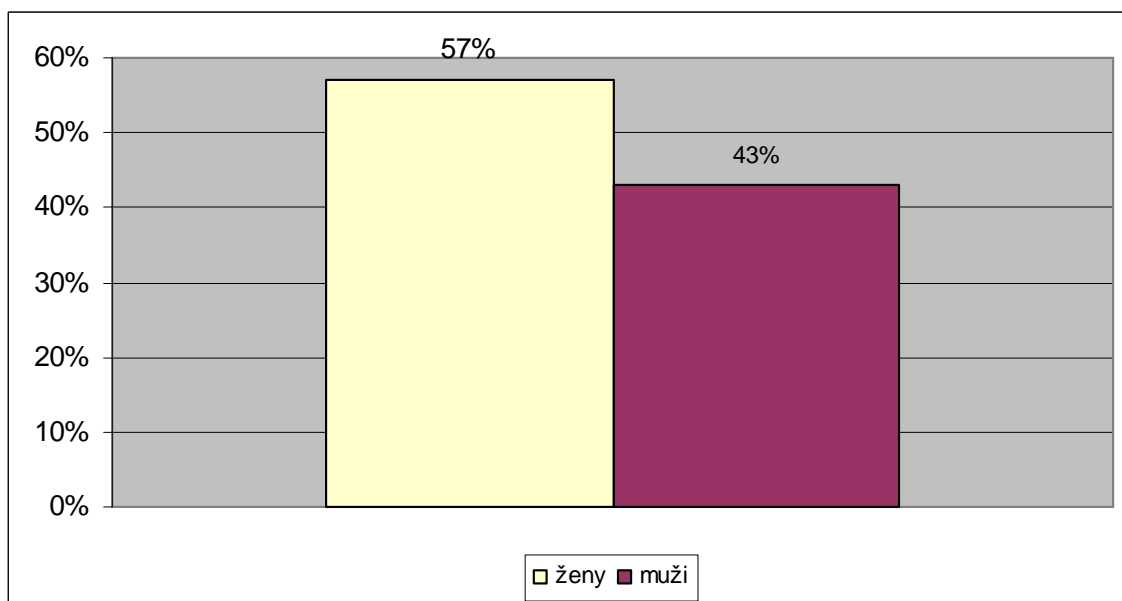


Z celkového počtu 106 (100%) dotazníků jich bylo vráceno 89 (84%). Z tohoto počtu jich bylo 12 (11%) pro nedostatečné vyplnění vyřazeno. Zbýlých 77 (73%) bylo vyhodnoceno a zpracováno.

Tabulka č. 13: Poměr respondentů (záchranářů)

Respondenti	Počet respondentů	[%]
<b>ženy (záchranářky)</b>	44	57%
<b>muži (záchranáři)</b>	33	43%
<b>Celkem</b>	77	100%

**Graf č. 2: Poměr respondentů (záchranářů)**

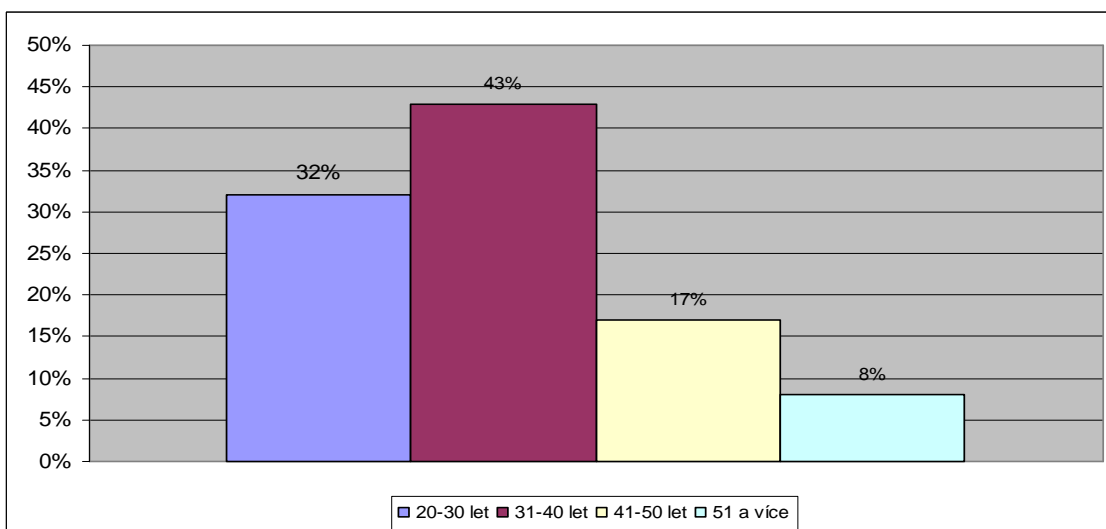


Dotazníkového šetření se z celkového počtu 77 respondentů zúčastnilo 44 (57%) žen záchranářek a 33 (43%) mužů záchranářů.

**Tabulka č. 14: Věk respondentů**

Věk respondentů	Počet respondentů	[%]
20-30 let	25	32%
31-40 let	33	43%
41-50 let	13	17%
51 a více	6	8%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 3: Věk respondentů**

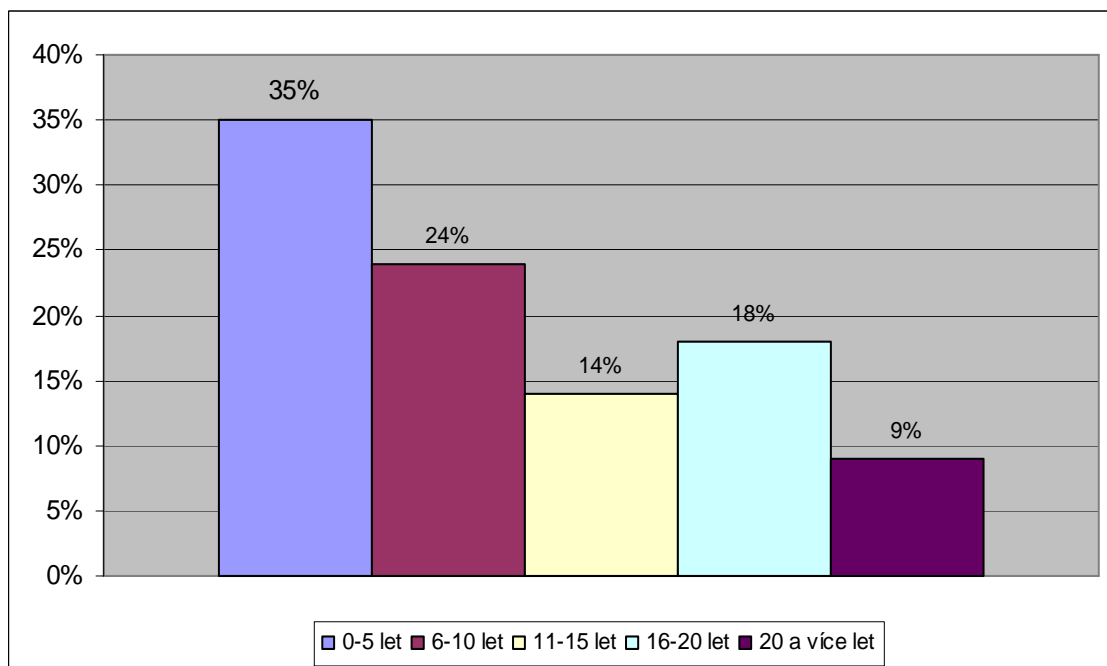


Nejsilněji zastoupenou věkovou kategorií ve zkoumaném vzorku byli jedinci ve věku 31-40 let, kteří představovali 33 (43%) zástupců. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti věkové kategorie 20-30 let s 25 (32%) zástupci. Ve věkové kategorii 41-50 let se výzkumu zúčastnilo 13 (17%) zástupců a 6 (8%) z věkové kategorie 51 a více let.

**Tabulka č. 15: Délka praxe**

Délka praxe	Počet respondentů	[%]
0-5 let	27	35%
6-10 let	18	23%
11-15 let	11	14%
16-20 let	14	18%
20 a více let	7	9%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 4: Délka praxe**



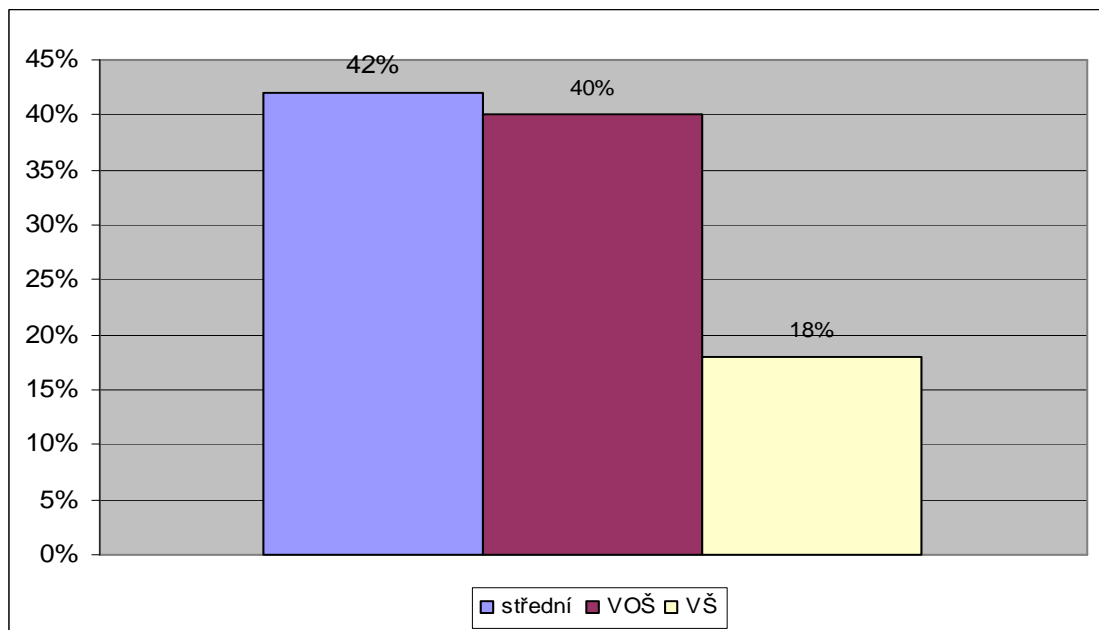
27 (35%) respondentů pracuje na ZZS 0-5 let, 18 (24%) respondentů 6-10 let, 11 (14%) respondentů 11-15 let, 14 (18%) respondentů 16-20 let a 7 (9%) respondentů 20 a více let.



**Tabulka č. 16: Nejvyšší dosažené vzdělání**

Dosažené vzdělání	Počet respondentů	[%]
<b>Střední</b>	32	42%
<b>VOŠ</b>	31	40%
<b>VŠ</b>	14	18%
<b>Celkem</b>	77	100%

**Graf č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání**



Z výzkumného vzorku respondentů má 32 (42%) středoškolské vzdělání, 31 (40%) vyšší odborné a 14 (18%) vysokoškolské.

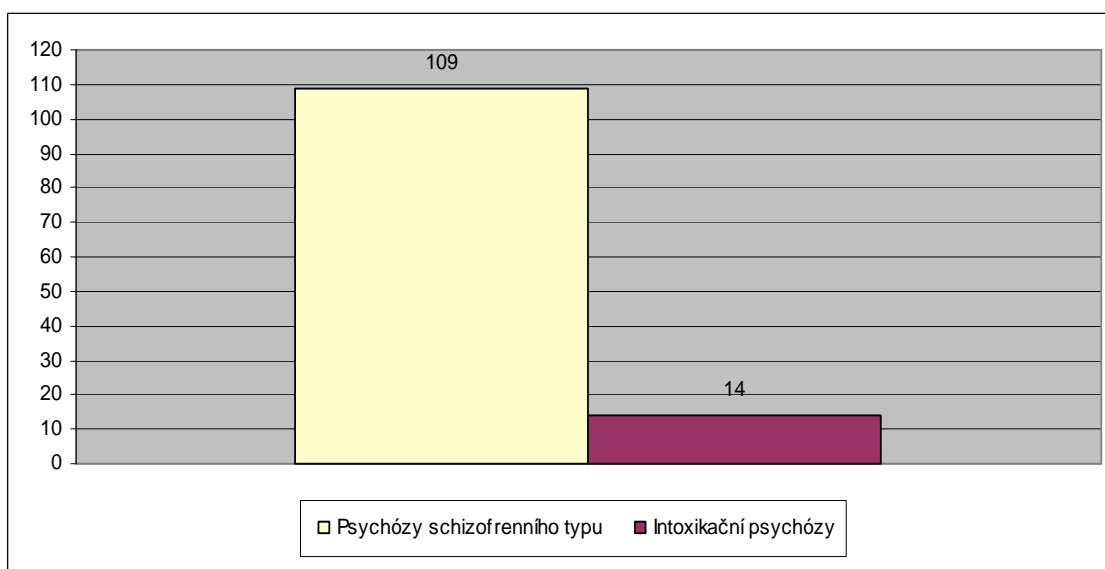
**H0: Akutní psychózy vzniklé na základě intoxikace se v PNP vyskytují častěji než akutní psychózy schizofrenního typu**

K posouzení pravdivosti této hypotézy jsem použila data poskytnutá ZZS Pk.

**Tabulka č. 17: Počet psychóz v roce 2011**

Druh psychózy	Počet výskytů	[%]
Psychózy schizofrenního typu	109	89%
Intoxikační psychózy	14	11%
<b>Celkem</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 6: Počet psychóz v roce 2011**

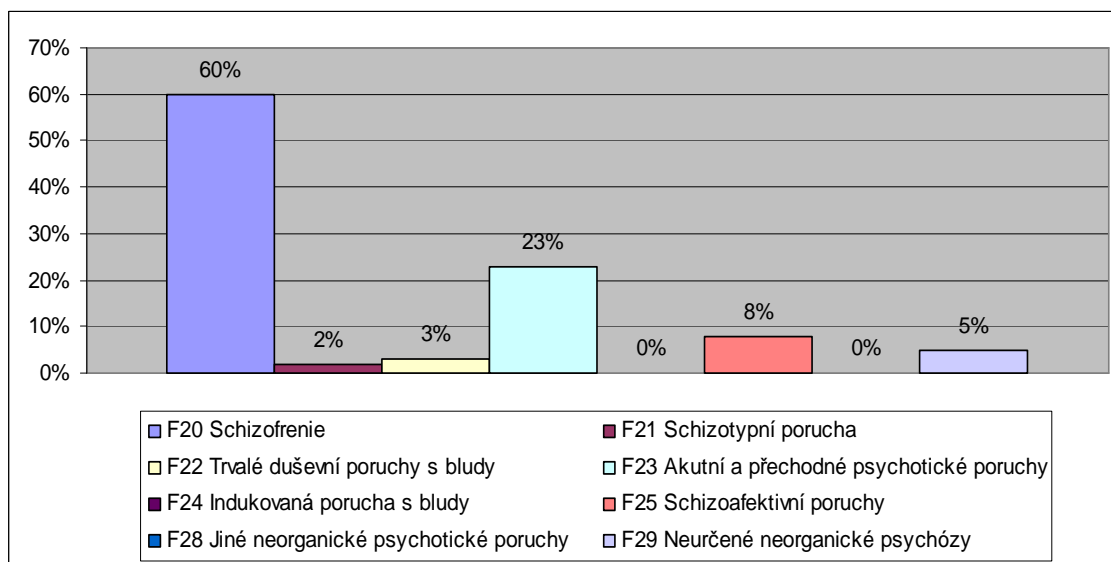


V roce 2011 ZZS Pk zasahovala u 123 (100%) psychóz schizofrenního typu a psychóz vyvolaných intoxikací. Z toho 109 (89%) psychóz bylo schizofrenního typu a 14 (11%) psychóz bylo způsobeno intoxikací návykovými látkami.

**Tabulka č. 18: Počet psychóz schizofrenního typu v roce 2011**

Psychózy schizofrenního typu	Počet výskytů	[%]
<b>F20 Schizofrenie</b>	65	60%
<b>F21 Schizotypní porucha</b>	2	2%
<b>F22 Trvalé duševní poruchy s bludy</b>	3	3%
<b>F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy</b>	25	23%
<b>F24 Indukovaná porucha s bludy</b>	0	0%
<b>F25 Schizoafektivní poruchy</b>	9	8%
<b>F28 Jiné neorganické psychotické poruchy</b>	0	0%
<b>F29 Neurčené neorganické psychózy</b>	5	5%
<b>Celkem</b>	109	100%

**Graf č. 7: Počet psychóz schizofrenního typu v roce 2011**

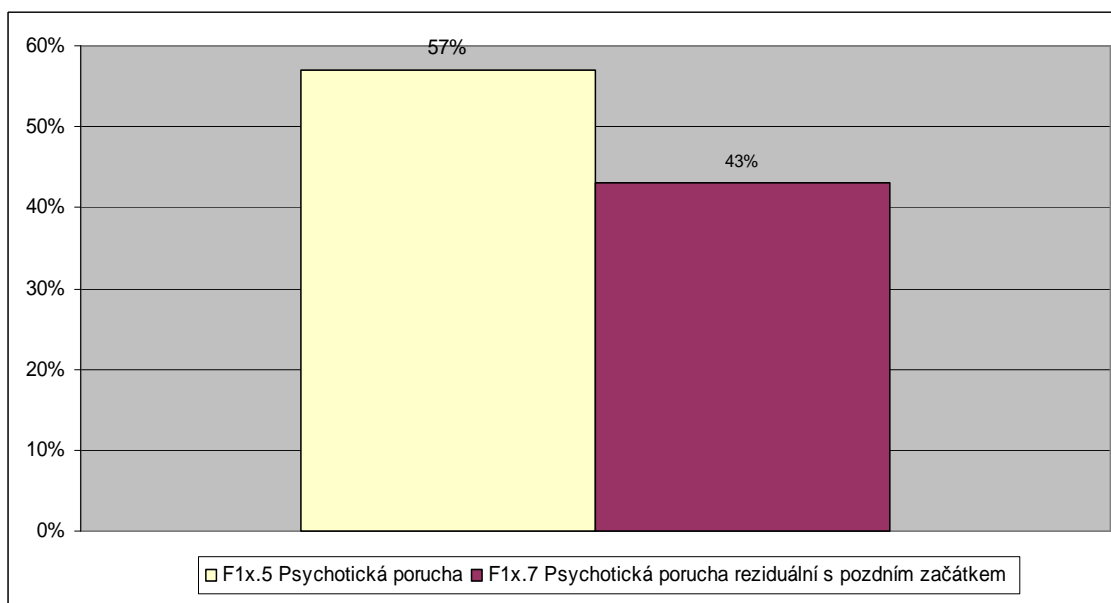


Ze 109 psychóz schizofrenního typu tvořila v roce 2011 největší skupinu schizofrenie, u které se zasahovalo v 65 (60%) případech. Druhou největší skupinou byla skupina akutní a přechodné psychotické poruchy, ke kterým se vyjíždělo ve 25 (23%) případech. Schizoafektivní poruchy se vyskytly v 9 (8%), neurčené neorganické psychózy v 5 (5%), trvalé duševní poruchy ve 3 (3%) a schizotypní porucha ve 2 (2%) případech. Indukovaná porucha s bludy a jiné neorganické psychotické poruchy se v PNP v roce 2011 nevyskytly vůbec.

**Tabulka č. 19: Počet psychóz vyvolaných intoxikací v roce 2011**

<b>Psychózy vyvolané intoxikací v roce 2011</b>	<b>Počet výskytů</b>	<b>[%]</b>
<b>F1x.5 Psychotická porucha</b>	8	57%
<b>F1x.7 Psychotická porucha reziduální s pozdním začátkem</b>	6	43%
<b>Celkem</b>	14	100%

**Graf č. 8: Počet psychóz vyvolaných intoxikací v roce 2011**



Ze 14 psychóz vyvolaných intoxikací návykovými látkami zaznamenanými ZZS Pk v roce 2011 šlo v 8 (57%) případech o psychotické poruchy a v 6 (43%) případech o psychotickou poruchu reziduální s pozdním začátkem.

**H1: Pro ZDZ je větším rizikem psychotický pacient, který při příjezdu na místo události primárně nevykazuje psychotické příznaky, než pacient, který je vykazuje.**

K potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy posloužily otázky v dotazníku pro zdravotnické záchranáře číslo 5, 6 a 7.

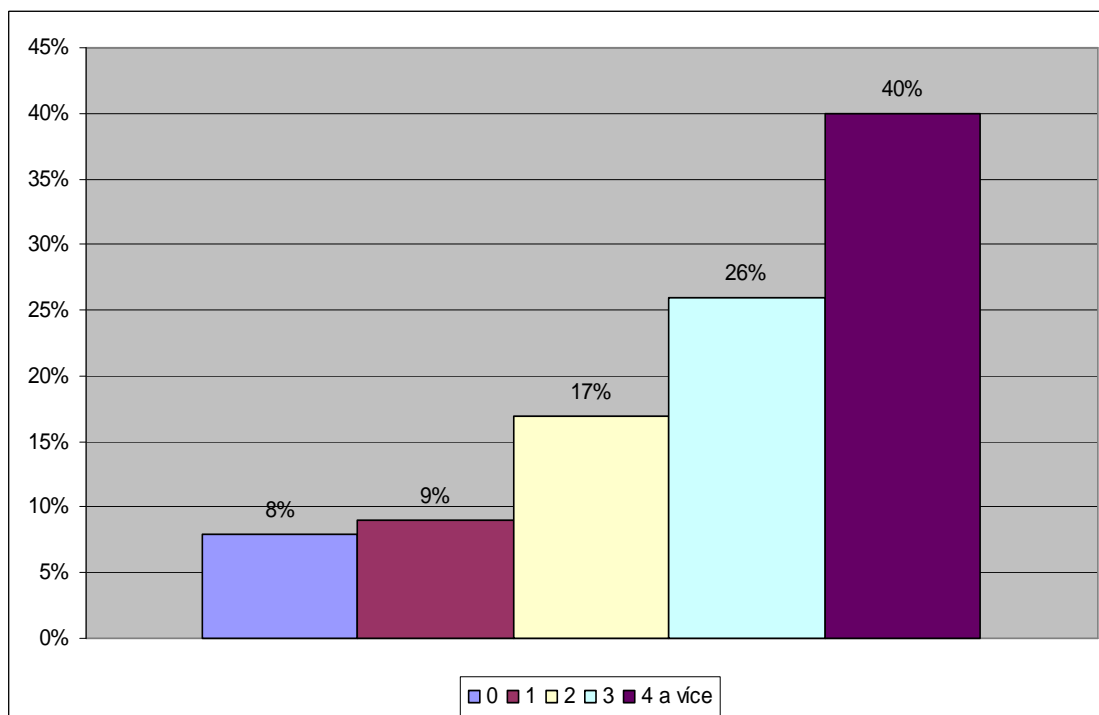
### Otázka č. 5

**Vyjmenujte alespoň čtyři příznaky, které jsou typické pro psychotického pacienta. (Můžete vyjmenovat všechny, které Vás napadnou)**

**Tabulka č. 20: Počet správně uvedených příznaků**

Počet správně uvedených příznaků	Počet respondentů	[%]
0	6	8%
1	7	9%
2	13	17%
3	20	26%
4 a více	31	40%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 9: Počet správně uvedených příznaků**



Pomocí této otázky jsem zjišťovala, zda jsou zdravotničtí záchranáři na základě příznaků schopni rozpoznat psychotického pacienta. V této otevřené otázce měli za úkol postupovat obráceně, a to uvést alespoň čtyři příznaky, které jsou charakteristické pro psychotického pacienta. 31 (40%) respondentů uvedlo správně 4 a více příznaků. 20 (26%) respondentů uvedlo správně 3 příznaky. 13 (17%) uvedlo 2, 7 (9%) uvedlo 1 správný příznak. Žádný správný příznak uvedlo 6 (8%) respondentů. Nejčastěji uváděnými správnými příznaky byly bludy, halucinace, agresivní jednání, poruchy myšlení.

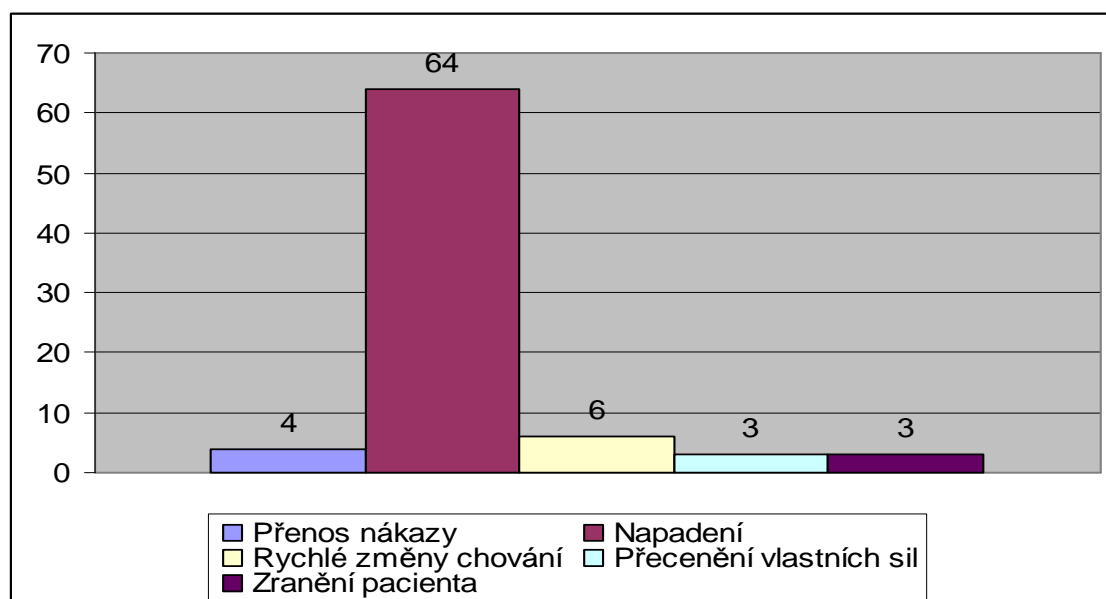
### Otázka č. 6

**Co může být dle Vašeho názoru největším rizikem při kontaktu s psychotickým pacientem?**

Tabulka č. 21: Vyhodnocení otázky č. 6

Největší rizika dle ZDZ	Počet odpovědí
Přenos nákazy	4
Napadení posádky	64
Rychlé změny chování	6
Přecenění vlastních sil	3
Zranění pacienta	3

Graf č. 10: Vyhodnocení otázky č. 6



Následující otevřenou otázkou bylo zjišťováno, co zdravotničtí záchranáři považují za největší riziko při kontaktu s psychotickým pacientem. Zpravidla

respondenti uvedli jeden, ale někteří uvedli více rizikových faktorů. Z odpovědí respondentů vyplynulo 5 rizikových faktorů. Za největší riziko považují zdravotničtí záchranáři napadení posádky pacientem, což uvedli v 64 případech. Šestkrát zmínili rychlé změny chování. Ve 4 případech je největším rizikem nákaza infekčním onemocněním. Přecenění vlastních sil a zranění pacienta bylo uvedeno třikrát.

### Otázka č. 7

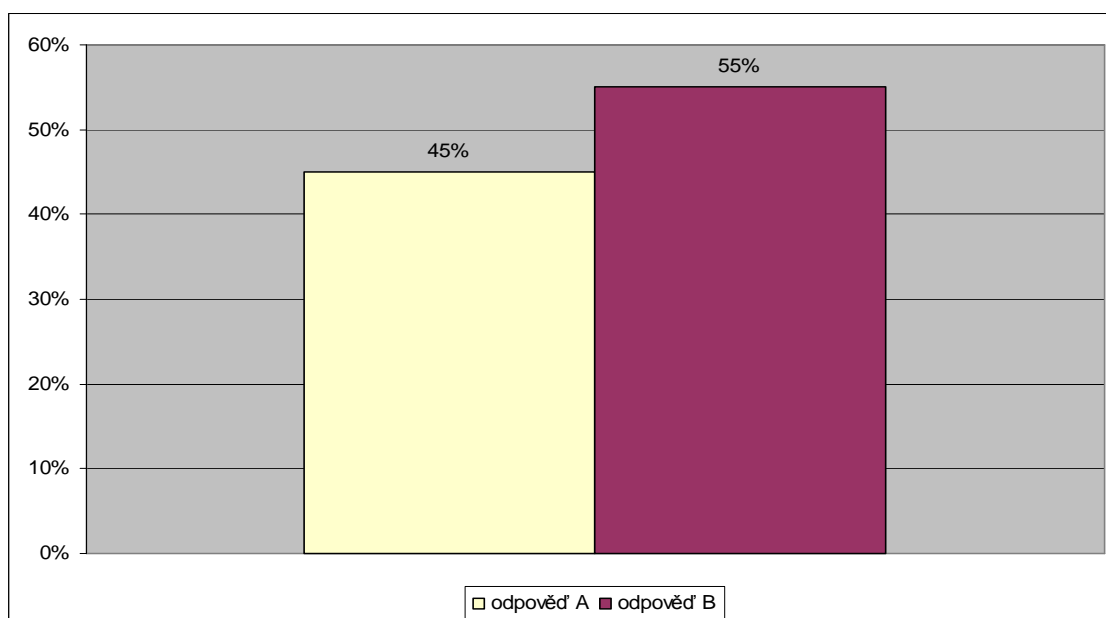
#### Který z psychotických pacientů je pro Vás větším rizikem?

- a) pacient, který při příjezdu na místo události vykazuje psychotické příznaky
- b) pacient, který při příjezdu na místo události nevykazuje psychotické příznaky

Tabulka č. 22: Vyhodnocení otázky č. 7

	Počet respondentů	[%]
odpověď A	35	45%
odpověď B	42	55%
<b>Celkem</b>	77	100%

Graf č. 11: Vyhodnocení otázky č. 7



Z celkového počtu 77 respondentů představuje pro 42 (55%) větší riziko psychotický pacient, který primárně nevykazuje psychotické příznaky. Pro 35 (45%) dotazovaných naopak znamená větší riziko pacient, který psychotické příznaky primárně vykazuje.

**H2: Ženy záchranářky jsou častěji napadány psychotickými pacienty než muži záchranáři.**

K této hypotéze se vztahují otázky v dotazníku číslo 8 až 13.

**Otázka č. 8**

**Jak často se v rámci jednoho měsíce setkáváte s psychotickými pacienty?**

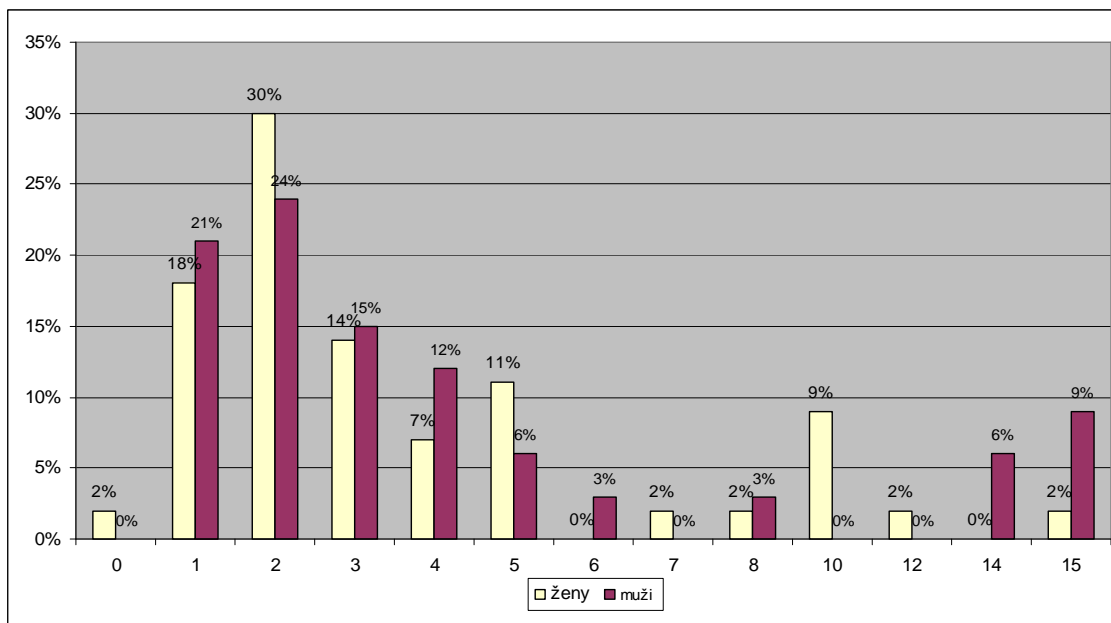
Napište číslem:

**Tabulka č. 23: Vyhodnocení otázky č. 8**

Průměrný výskyt psychóz za měsíc dle ZDZ	Ženy		Muži	
	Počet	[%]	Počet	[%]
0	1	2%	0	0%
1	8	18%	7	21%
2	13	30%	8	24%
3	6	14%	5	15%
4	3	7%	4	12%
5	5	11%	2	6%
6	0	0%	1	3%
7	1	2%	0	0%
8	1	2%	1	3%
10	4	9%	0	0%
12	1	2%	0	0%
14	0	0%	2	6%
15	1	2%	3	9%
<b>Celkem</b>	44	100%	33	100%



**Graf č. 12: Vyhodnocení otázky č. 8**



V této otevřené otázce záchranáři vypisovali číslem, jak často v rámci jednoho měsíce zasahují u psychotických pacientů. Respondenti odpovídali v číselném rozmezí 0 až 15 výskytů za měsíc. Největší část obou zkoumaných skupin a to 13 (30%) respondentek a 8 (24%) respondentů uvedlo, že se s psychotickými pacienty setkávají průměrně dvakrát do měsíce. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byl výskyt jednou za měsíc, kterou uvedlo 8 (18%) respondentek a 7 (21%) respondentů.

**Otázka č. 9**

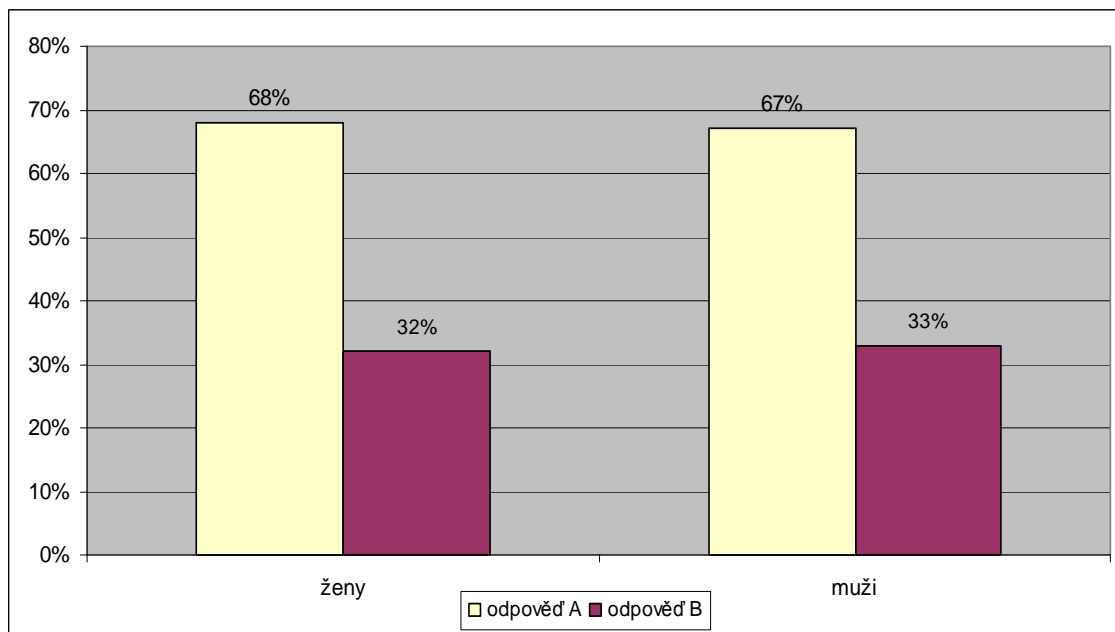
**Byl/a jste někdy napadena psychotickým pacientem?**

- a) ano
- b) ne

**Tabulka č. 24: Vyhodnocení otázky č. 9**

	Ženy		Muži	
	Počet	[%]	Počet	[%]
<b>odpověď A</b>	30	68%	22	67%
<b>odpověď B</b>	14	32%	11	33%
<b>celkem</b>	44	100%	33	100%

**Graf č. 13: Vyhodnocení otázky č. 9**



Z 44 respondentek žen 30 (68%) uvedlo, že byly napadeny psychotickým pacientem a 14 (32%) odpovědělo, že napadeny nebyly. V případě respondentů mužů bylo 22 (67%) napadeno a 11 (33%) nebylo napadeno psychotickým pacientem.

**Otázka č. 10**

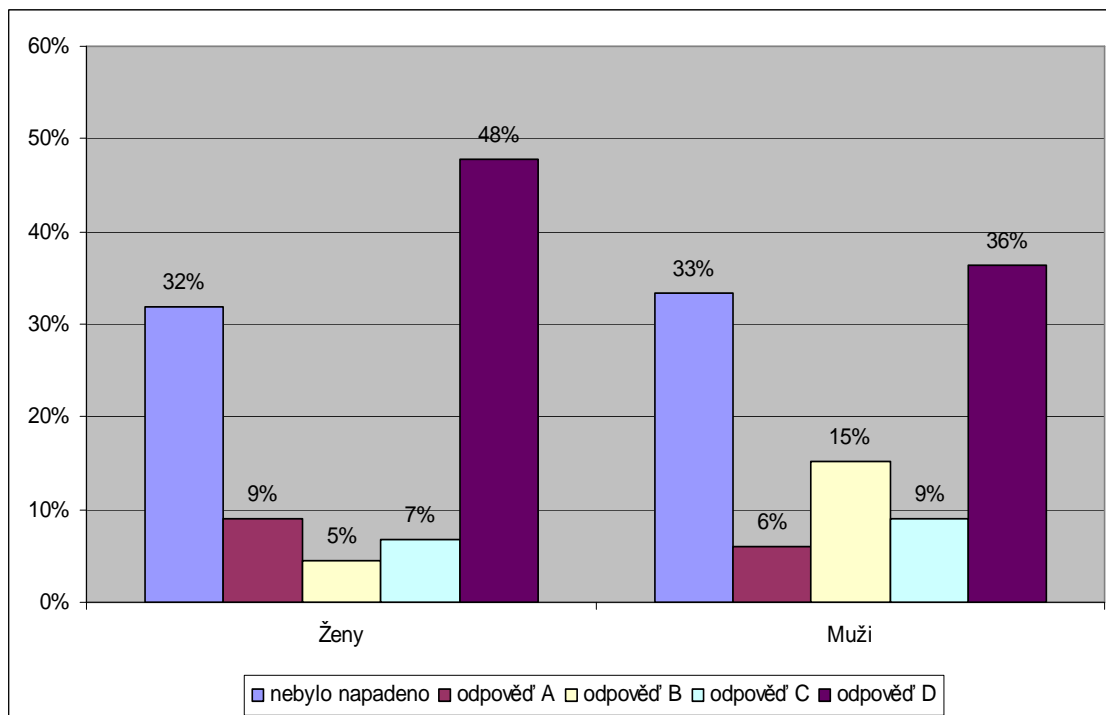
**Kolikrát jste byl/a napadena psychotickým pacientem?**

- a) jednou
- b) dvakrát
- c) třikrát
- d) čtyřikrát a více

**Tabulka č. 25: Vyhodnocení otázky č. 10**

	Ženy		Muži	
	Počet	[%]	Počet	[%]
nebylo napadeno	14	32%	11	33%
odpověď A	4	9%	2	6%
odpověď B	2	5%	5	15%
odpověď C	3	7%	3	9%
odpověď D	21	48%	12	36%
<b>celkem</b>	44	100%	33	100%

**Graf č. 14: Vyhodnocení otázky č. 10**



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku č. 9 odpověděli kladně, tedy že byli napadeni psychotickým pacientem. Protože se jedná o počet a aby mohla být otázka správně vyhodnocena, musely být zahrnuti i respondenti a respondentky, kteří odpověděli v otázce č. 9., že nebyli napadeni psychotickým pacientem. Můžeme říct, že tito jedinci nebyli jak u mužů, tak u žen z celkového počtu vůbec napadeni. Šlo o 32% žen a 33% mužů. 9% respondentek a 6% respondentů bylo za svou praxi napadeno jednou, 5% záchranářek a 15% záchranářů zažilo nějaký typ útoku dvakrát. Třikrát bylo napadeno 7% záchranářek a 9% záchranářů. Největší skupinu tvoří respondenti, kteří byli za dobu své praxe napadeni čtyřikrát a více. Takto odpovědělo 48% záchranářek a 36% záchranářů.

## Otázka č. 11

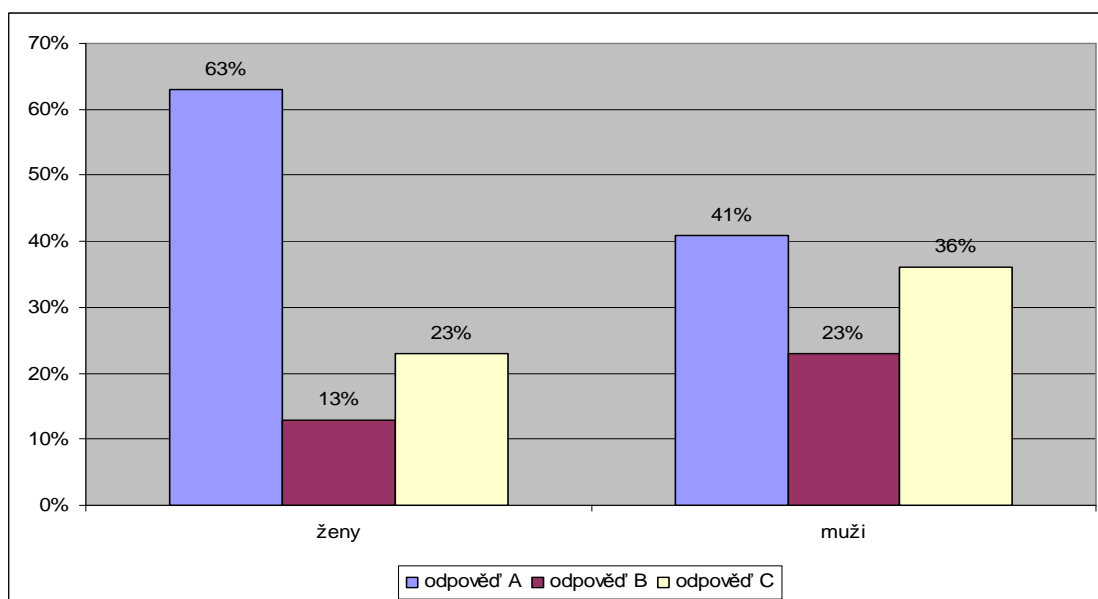
### O jaký druh napadení se jednalo?

- a) slovní
- b) fyzické
- c) jiné

Tabulka č. 26: Vyhodnocení otázky č. 11

	Ženy		Muži	
	Počet	[%]	Počet	[%]
odpověď A	19	63%	9	41%
odpověď B	4	13%	5	23%
odpověď C	7	23%	8	36%
<b>celkem</b>	30	100%	22	100%

Graf č. 15: Vyhodnocení otázky č. 11



Na tuto otázku také odpovídali opět pouze ti respondenti, kteří na otázku č. 9 odpověděli kladně. Jednalo se o 30 záchranářek a 22 záchranářů. 19 (63%) záchranářek a 9 (41%) záchranářů bylo vystaveno slovnímu napadení od psychotických pacientů. 4 (13%) záchranářky a 5 (23%) záchranářů bylo napadeno fyzicky. 7 (23%) záchranářek a 8 (36%) záchranářů uvedlo, že se setkali s jiným druhem napadení, kterým bylo myšleno slovní a fyzické dohromady.

## Otázka č. 12

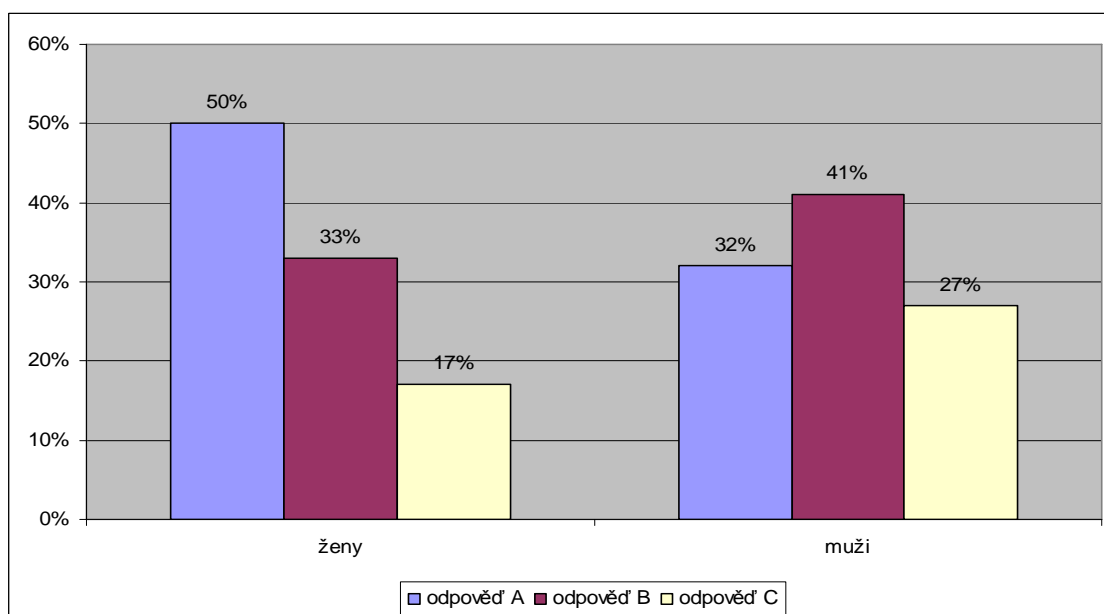
**Měl/a jste možnost prožitou stresovou situaci někde ventilovat?**

- a) ano, bezprostředně po incidentu
- b) ano, v horizontu několika dní
- c) ne, neměl/a

**Tabulka č. 27: Vyhodnocení otázky č. 12**

	Ženy		Muži	
	Počet	[%]	Počet	[%]
<b>odpověď A</b>	15	50%	7	32%
<b>odpověď B</b>	10	33%	9	41%
<b>odpověď C</b>	5	17%	6	27%
<b>Celkem</b>	30	100%	22	100%

**Graf č. 16: Vyhodnocení otázky č. 12**



Respondenti, kteří byli napadeni psychotickým pacientem, byli v této otázce dotazováni, zda měli možnost prožitou stresovou situaci ventilovat a za jak dlouho po proběhnutí incidentu. 15 (50%) záchranářek a 7 (32%) záchranářů uvedlo, že měli možnost prožitou situaci ventilovat bezprostředně po incidentu, 10 (33%) záchranářek a 9 (41%) záchranářů mělo možnost stres ventilovat v horizontu několika dní. Třetí kategorii tvoří respondenti, kteří neměli možnost intervence pro prožité události. Sem spadá 5 (17%) záchranářek a 6 (27%) záchranářů.

### Otázka č. 13

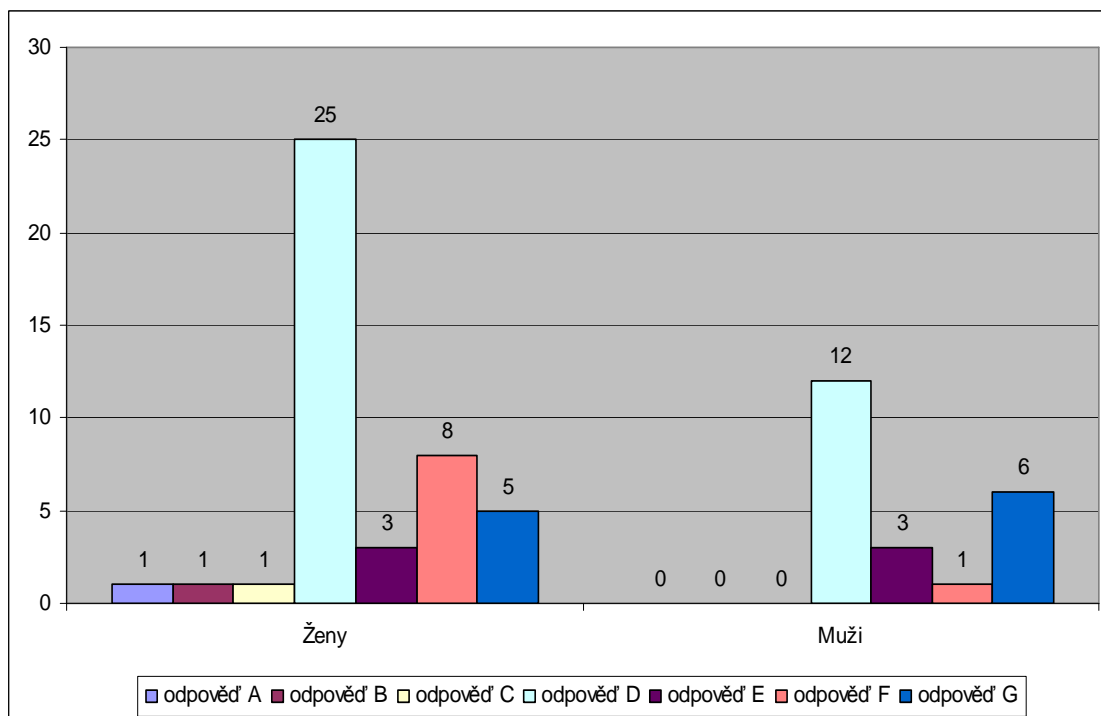
Po incidentu jsem si mohla promluvit s ...

- a) psychologem
- b) psychiatrem
- c) supervizorem
- d) kolegou/kolegyní
- e) nadřízeným
- f) manželem/manželkou
- g) kamarádem/kamarádkou

Tabulka č. 27: Vyhodnocení otázky č. 13

	Ženy	Muži
odpověď A	1	0
odpověď B	1	0
odpověď C	1	0
odpověď D	25	12
odpověď E	3	3
odpověď F	8	1
odpověď G	5	6

Graf č. 17: Vyhodnocení otázky č. 13



Na tuhle otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 12 zvolili odpověď A a odpověď B. Byli dotazováni na to, s kým si mohli prožitou stresovou situaci ventilovat. Respondenti mohli vybrat jednu i více možností. Záchranářky ve 25 případech mohly promluvit s kolegou/kolegyní, v 8 s manželem/manželkou, v 5 případech s kamarádem/kamarádkou, a v jednom psychologem, psychiatrem a supervizorem. Záchranáři nejvíce, a to ve 12 případech, volili odpověď D kolegou/kolegyní, v 6 případech odpověď G kamarádem/kamarádkou, třikrát odpověď E s nadřízeným, jednou odpověď F manželem/manželkou. Odpověď A, B a C nikdo ze záchranářů nezvolil.

### **H3: Kurzy komunikace a sebeobrany usnadňují ZDZ zvládnutí psychotických pacientů.**

Pravdivost této hypotézy jsem ověřovala pomocí otázek v dotazníku číslo 14 až 19.

#### **Otázka č. 14**

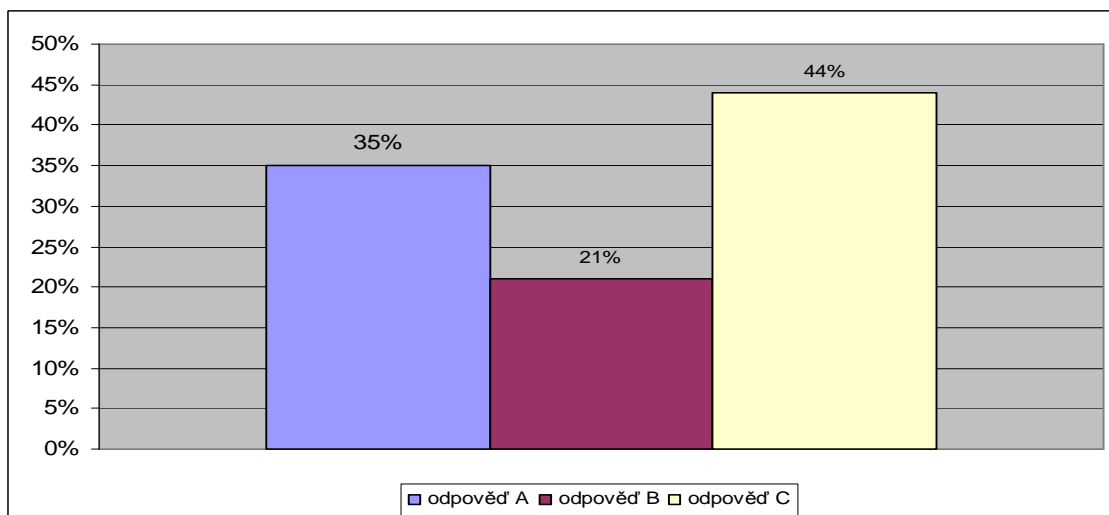
**Absolvoval/a jste někdy školení/přednášku/kurs na téma jak komunikovat s psychotickým pacientem?**

- a) ano, bylo to pro mě v praxi přínosné
- b) ano, ale nic nového jsem si neodnesl/a
- c) ne, neabsolvoval/a jsem nic takového

**Tabulka č. 28: Vyhodnocení otázky č. 14**

	Počet respondentů	[%]
odpověď A	27	35%
odpověď B	16	21%
odpověď C	34	44%
<b>Celkem</b>	77	100%

**Graf č. 18: Vyhodnocení otázky č. 14**



Z celkového počtu 77 respondentů 27 (35%) absolvovalo školení týkající se komunikace s psychotickým pacientem a získané zkušenosti pro ně byly v praxi přínosné. 16 (21%) respondentů školení absolvovalo také, ale nebylo pro ně přínosné. Největší část respondentů 34 (44%) žádné podobné školení neabsolvovalo.

**Otázka č. 15**

**Měl/a byste zájem o pravidelná školení /seminář/kurs na téma jak komunikovat s psychotickým pacientem?**

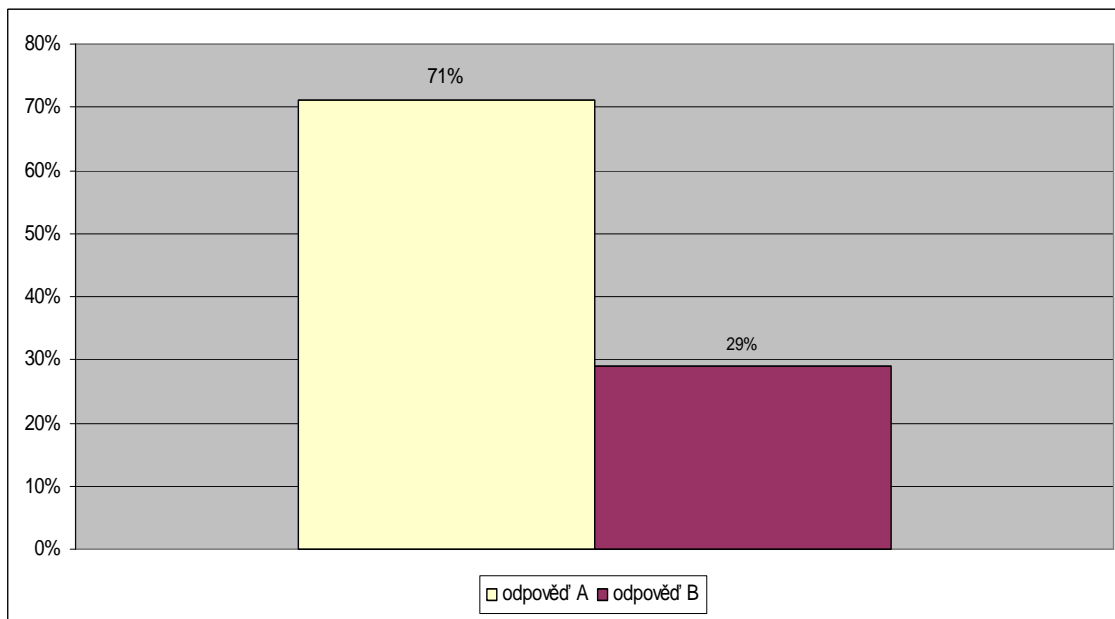
- a) ano
- b) ne

**Tabulka č. 28: Vyhodnocení otázky č. 15**

	Počet respondentů	[%]
<b>odpověď A</b>	55	71%
<b>odpověď B</b>	22	29%
<b>Celkem</b>	77	100%



**Graf č. 19: Vyhodnocení otázky č. 15**



Pokud by respondenti měli možnost absolvovat pravidelná školení týkající se komunikace s psychotickým pacientem, 55 (71%) respondentů by tuto nabídku uvítalo. Naopak 22 (29%) respondentů by o podobnou zkušenost zájem nemělo.

**Otázka č. 16**

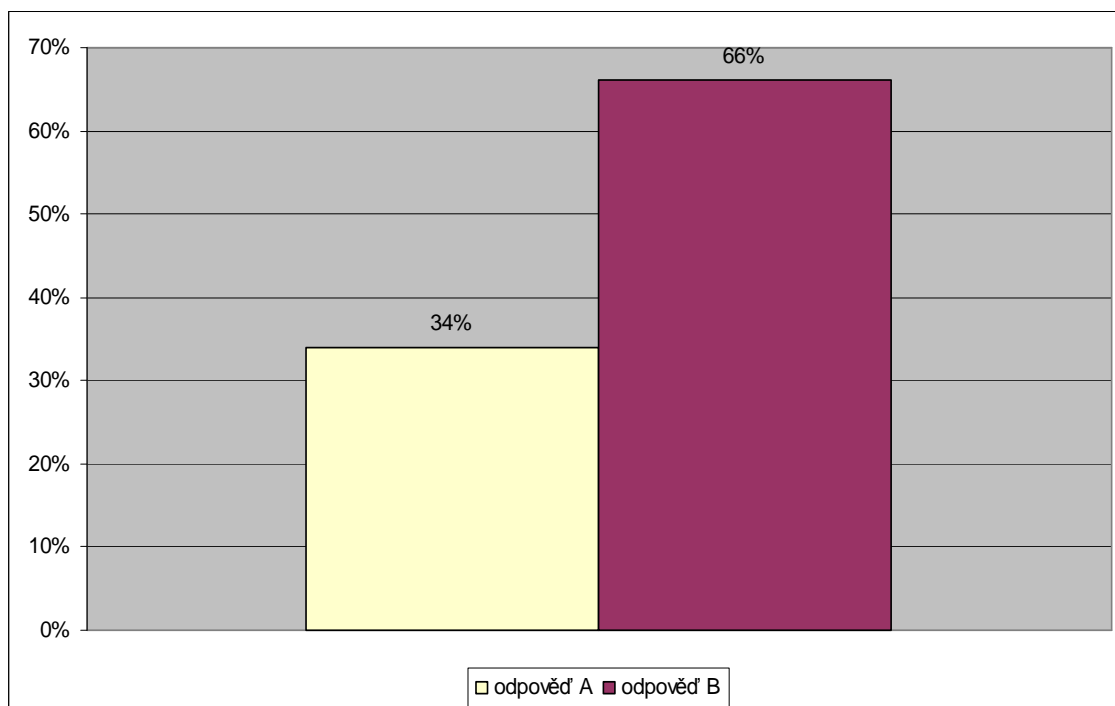
**Absolvoval/a jste během své praxe kurs sebeobrany?**

- a) ano
- b) ne

**Tabulka č. 30: Vyhodnocení otázky č. 16**

	Počet respondentů	[%]
odpověď A	26	34%
odpověď B	51	66%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 20: Vyhodnocení otázky č. 16**



Cílem této otázky bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři absolvovali během své praxe kurs sebeobrany. 26 (34%) respondentů kurs absolvovalo, zatímco 51 (66%) respondentů nikoliv.

### **Otázka č. 17**

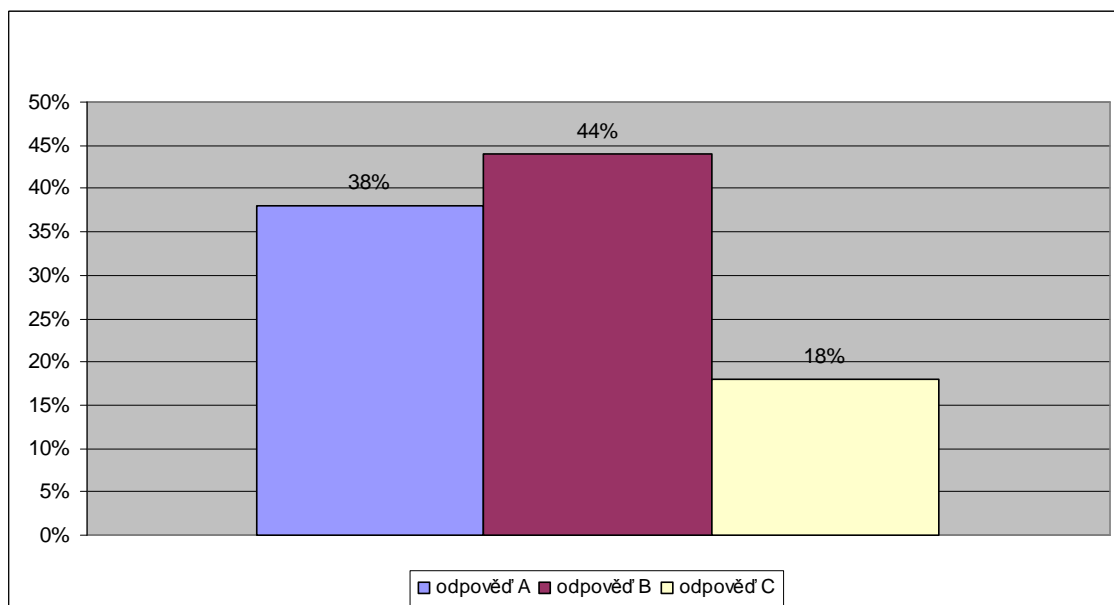
#### **Měl/a byste zájem absolvovat kurs sebeobrany?**

- a) ano, cítil/a bych se po absolvování bezpečněji
- b) ano, určitě by to byla dobrá zkušenost
- c) ne, neměl/a bych zájem, je to zbytečné

**Tabulka č. 31: Vyhodnocení otázky č. 17**

	Počet respondentů	[%]
<b>odpověď A</b>	29	38%
<b>odpověď B</b>	34	44%
<b>odpověď C</b>	14	18%
<b>Celkem</b>	77	100%

**Graf č. 21: Vyhodnocení otázky č. 17**



29 (38%) respondentů by mělo zájem absolvovat kurs sebeobrany a cítili by se bezpečněji. 34 (44%) respondentů by o absolvování mělo zájem a myslí si, že by to byla do praxe dobrá zkušenost. 14 (18%) respondentů by nemělo zájem takový kurs absolvovat a domnívají se, že je to zbytečné.

### **Otázka č. 18**

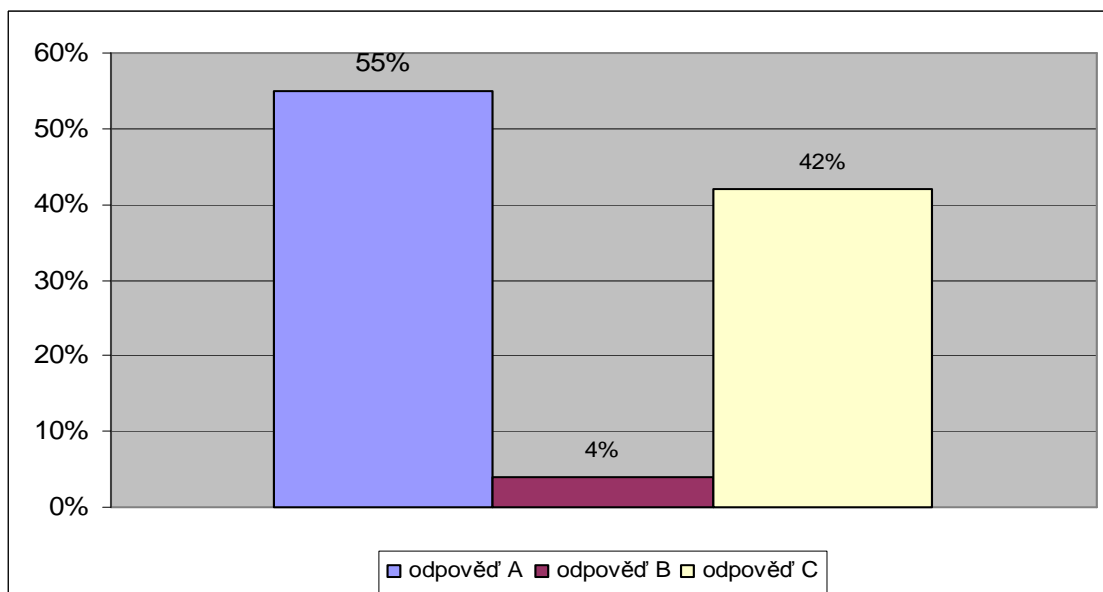
**Znáte zásady, jak bezpečně zacházet s psychotickým (agresivním) pacientem?**

- a) ano, řídím se jimi
- b) ano, ale neřídím se jimi
- c) ne, neznám

**Tabulka č. 32: Vyhodnocení otázky č. 18**

	Počet respondentů	[%]
<b>odpověď A</b>	42	55%
<b>odpověď B</b>	3	4%
<b>odpověď C</b>	32	42%
<b>Celkem</b>	77	100%

**Graf č. 22: Vyhodnocení otázky č. 18**



Z celkového počtu 77 respondentů 42 (55%) uvedlo, že zná zásady, jak bezpečně zacházet s psychotickým pacientem a v praxi se jimi řídí. 3 (4%) respondenti naopak uvedli, že bezpečnostní zásady znají, ale v praxi je nevyužívají. 32 (42%) dotazovaných odpovědělo, že žádné takové zásady nezná.

### Otázka č. 19

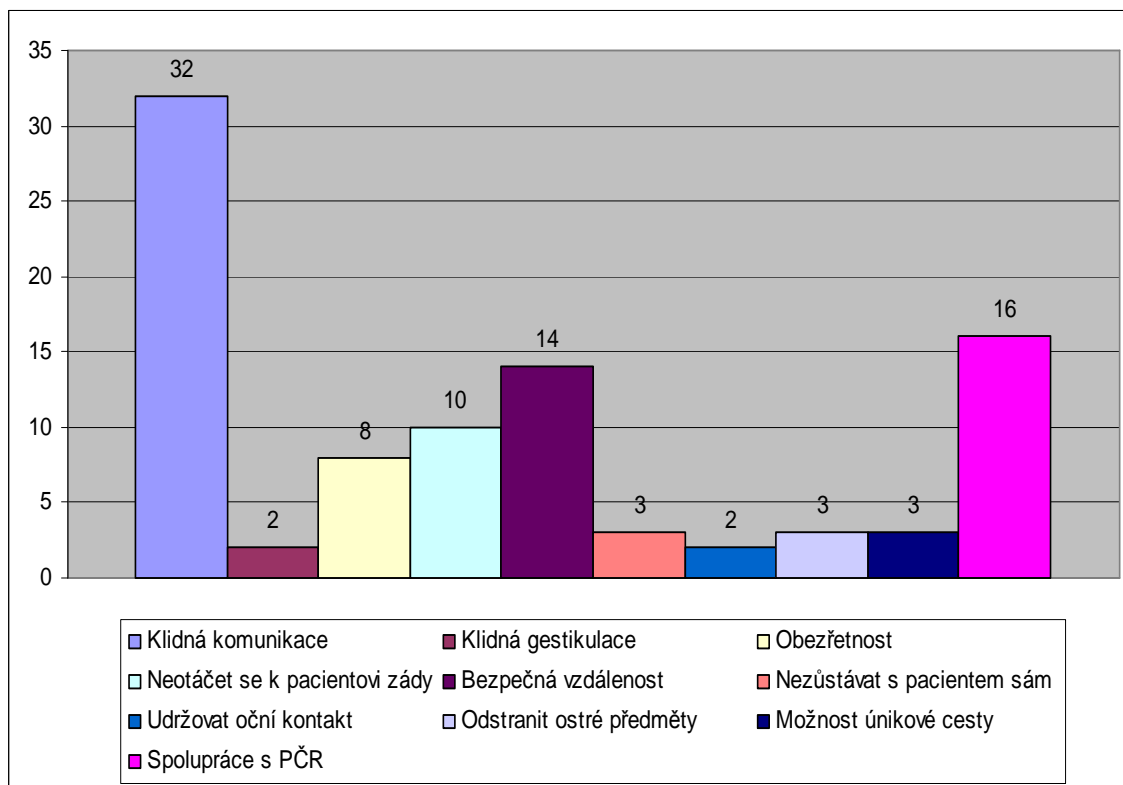
**Které bezpečnostní zásady využíváte?**

Napište ...

**Tabulka č. 33: Vyhodnocení otázky č. 19**

Bezpečnostní zásady	Počet
Klidná komunikace	32
Klidná gestikulace	2
Obezřetnost	8
Neotáčet se k pacientovi zády	10
Bezpečná vzdálenost	14
Nezůstávat s pacientem sám	3
Udržovat oční kontakt	2
Odstranit ostré předměty	3
Možnost únikové cesty	3
Spolupráce s PČR	16

**Graf č. 23: Vyhodnocení otázky č. 19**



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 17 zvolili odpověď A nebo odpověď B. Vypsali mohli všechny zásady, které ve své praxi používají. Z výsledků vyplynulo celkem deset zásad, které zdravotníci záchranáři využívají při kontaktu s psychotickými pacienty. Nejčastěji využívanou zásadou je klidná komunikace s pacientem, kterou uvedlo 32 respondentů. 16 dotazovaných využívá při kontaktu s psychotickým pacientem spolupráci s PČR. 14 respondentů dodržuje bezpečnou vzdálenost od pacienta, 10 se nikdy neotáčí k pacientovi zády. 8 respondentů je při kontaktu s psychotickým pacientem obezřetných, 3 odstraní ostré předměty z dosahu a 3 respondenti si zachovávají možnost únikové cesty. 2 respondenti považují za důležité udržovat oční kontakt s pacientem a opět 2 respondenti zdůrazňují nutnost klidné gestikulace před psychotickým pacientem.

#### H4: Akutní psychózy jsou v PNP převážně zvládnány vlastními silami ZZS než za pomoci PČR a HZS

K této hypotéze se vztahují otázky v dotazníku číslo 20 a 21.

##### Otázka č. 20

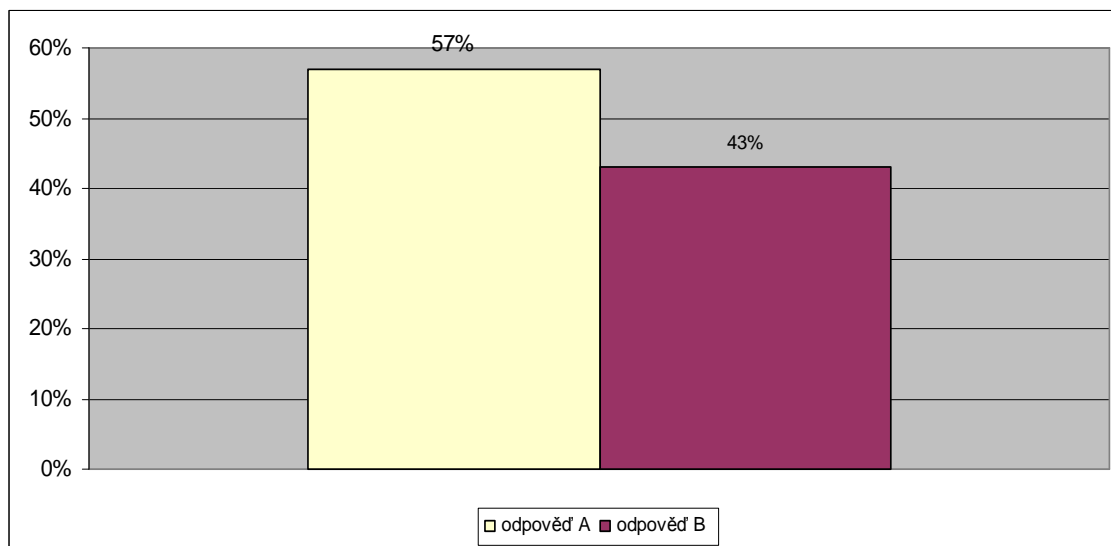
**Jaké prostředky se dle Vašich zkušeností z valné většiny používají ke zvládnutí psychotického pacienta?**

- a) žádné, stačí pouze slovní domluva
- b) většina situací vyžaduje použití uklidňujících prostředků, popřípadě kurtů nebo jiných prostředků k imobilizaci.

**Tabulka č. 34: Vyhodnocení otázky č. 20**

	Počet respondentů	[%]
<b>odpověď A</b>	44	57%
<b>odpověď B</b>	33	43%
<b>Celkem</b>	77	100%

**Graf č. 24: Vyhodnocení otázky č. 20**



44 (57%) respondentů uvedlo, že při ošetřování psychotických pacientů většinou stačí slovní domluva a není potřeba využívat uklidňující prostředky. Naopak 33 (43%) dotazovaných uvedlo, že psychotičtí pacienti bývají převážně zvládnáni pomocí uklidňujících prostředků, kurtů a jiných prostředků k imobilizaci.

### Otázka č. 21

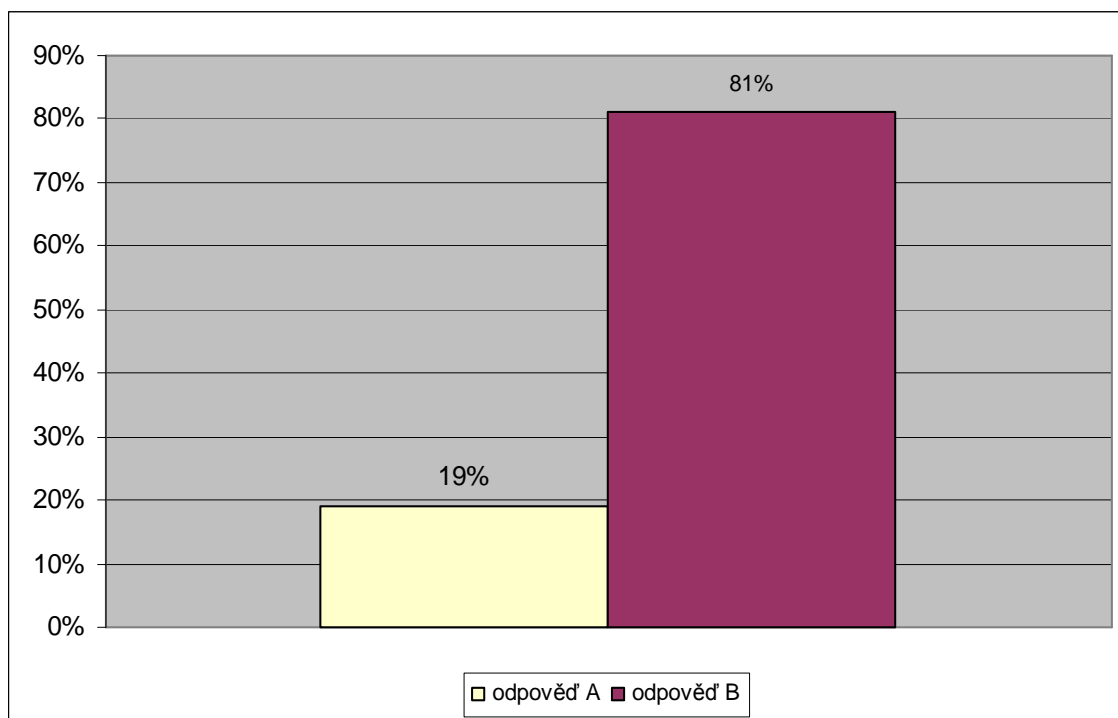
Je dle Vašich zkušeností potřeba, aby u psychotických pacientů zasahovaly i další složky IZS?

- a) ne, většinou situaci zvládneme vlastními silami
- b) ano, ve většině případů spolupracujeme s PČR nebo HZS

Tabulka č. 35: Vyhodnocení otázky č. 21

	Počet respondentů	[%]
odpověď A	15	19%
odpověď B	62	81%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Graf č. 25: Vyhodnocení otázky č. 21



62 (81%) respondentů uvedlo, že u valné většiny psychotických pacientů zasahují společně se ZZS složky IZS jako PČR nebo HZS. Naopak 15 (18%) respondentů uvedlo, že situaci zvládají z valné většiny vlastními silami.

## 9 DISKUZE

Akutní psychotický stav není v PNP ničím ojedinělým. Naopak se jedná o onemocnění, u kterého zasahuje ZZS poměrně často. Jedná se o psychiatrickou poruchu, která pacienta limituje a stigmatizuje. Projevuje se určitými příznaky, které jsou pro ni typické. Je nutné odlišit psychózu od stavů, které se mohou na první pohled projevovat jako psychóza, ale o psychózu se ve skutečnosti nejedná. Rozpoznání může být leckdy i pro zkušeného záchranáře velmi obtížné.

V teoretické části této práce jsem se seznámila s pojmy psychóza schizofrenního typu a psychóza vyvolaná psychoaktivními látkami. Jelikož bych se jednou ráda stala součástí posádky ZZS jako zdravotnický záchranář, zajímalo mě, jak často se tyto psychotické stavy vyskytly v Plzeňském kraji v roce 2011 a jak jsou vlastně zdravotničtí záchranáři na kontakt s psychotickým pacientem připraveni.

Stanovila jsem si tři cíle a na jejich základě pět hypotéz, jejichž pravdivost jsem v praktické části ověřovala.

V hypotéze H0 jsem se zabývala porovnáním výskytu psychóz schizofrenního typu a psychóz vyvolaných intoxikací v Plzeňském kraji v roce 2011. Pro potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy mi posloužily statistické údaje poskytnuté ZZS Pk, kde jsem na základě kódového označení získala potřebná data. Výsledky výzkumu mou hypotézu absolutně vyvrátily. Domnívala jsem se, že akutně psychotických stavů vzniklých na základě intoxikace bude převážná většina právě díky častému výskytu intoxikací psychoaktivními látkami. Ke stavům diagnostikovaným jako psychóza vyvolaná intoxikací psychoaktivními látkami se v Plzeňském kraji v roce 2011 vyjíždělo pouze čtrnáctkrát, zatímco u psychóz schizofrenního typu se zasahovalo v 109 případech. Má mylná domněnka pravděpodobně vychází z faktu, že často slýchávám o případech intoxikovaných jedinců, u kterých se vyskytla porucha vnímání, porucha myšlení, excitovaný nebo agresivní stav. Ten ale nutně nemusí být diagnostikován jako psychóza. V tomto případě jsem si uvědomila, jak důležitý a nepostradatelný je odběr co možná nejlepší pacientovi anamnézy a tím získání co největšího množství dat, které pomohou určit zasahujícímu



týmu, jakého původu je pacientův stav a samozřejmě i ovlivnit následnou pacientovu léčbu.

V hypotéze H1 jsem se zabývala tím, zda je pro zdravotnického záchranáře větším rizikem pacient, který primárně psychotické příznaky nevykazuje, než ten, který je primárně vykazuje. Hypotézu jsem ověřovala otázkami v dotazníku číslo 5, 6 a 7. Hypotéza se na základě výpovědí respondentů potvrdila. 55% respondentů uvedlo, že pro ně větší riziko představuje pacient, který primárně psychotické příznaky nevykazuje. Pro 45% dotazovaných je rizikovější setkání s pacientem, který se psychoticky projevuje. Výsledek pravděpodobně určuje fakt, že u psychotických pacientů dochází k rychlým a nečekaným změnám chování. Takže relativně klidný pacient, který trpí psychózou, může v minutě nečekaně zaútočit na osoby okolo. Dle otázky číslo 5 zdravotničtí záchranáři dobře rozpoznají psychotického pacienta na základě příznaků. Největší riziko pro záchranáře představuje napadení posádky, což v odpovědi na otázku číslo 6 uvedlo 64 respondentů. Zajímavé pro mě bylo zjištění, že pouze pro tři zdravotnické záchranáře představuje největší riziko přecenění vlastních sil. To mě přivádí k závěru, že velmi málo respondentů si uvědomuje, že příčinou náhle vzniklé agrese psychotického pacienta nemusí být pouze pacientův momentální stav, ale může to být reakce na přítomnost, chování a vystupování samotného záchranáře. Často mohou být spouštěčem agresivního chování sami záchranáři právě díky nevhodnému chování, které na pacienta uplatňují.<sup>87</sup> Proto bych doporučovala neopomíjet účast na školeních zaměřených na komunikaci s psychotickým pacientem, kurzech sebeobranu a samozřejmě dostupnou supervizi pro zdravotnické záchranáře.

Zda jsou ženy záchranářky častěji napadány psychotickými pacienty než muži záchranáři, jsem ověřovala v hypotéze H2. K té se vztahují otázky v dotazníku číslo 8 až 13. Na základě odpovědí na otázky číslo 9 a 10 se hypotéza potvrdila. Čtyřikrát a více bylo napadeno 48% z celkového počtu 44 záchranářek a 36% z celkového počtu 33 záchranářů. Příčiny mohou být různé. Hlavním důvodem je asi fakt, že ženy jsou obecně považovány za křehčí a zranitelnější a mají menší sílu než muži. Záchranář muž má obecně u pacientů větší respekt. Ženy i muži záchranáři se nejčastěji setkávají se slovní agresí, ale u mužů je poměr mezi slovní agresí a fyzickým napadením vyrovnanější.

---

<sup>87</sup> viz seznam literatury č. 11

Stresovou situaci záchranáři nejčastěji ventilují kolegům, jen ojediněle se obrátili na odbornou pomoc v podobě psychologa, psychiatra nebo supervizita. V tomto případě opět zdůrazňuji jako výstup pro praxi provádět školení na téma komunikace a kurzy sebeobrany a zavedení dostupné supervize, kde by byl co nejdříve k dispozici odborník, kterému by se mohl záchranář s prožitou situací svěřit.

V hypotéze H3 jsem se zabývala tím, jestli zdravotničtí záchranáři absolvují v rámci své praxe kurzy komunikace a sebeobrany a zda jsou tyto kurzy pro ně v praxi s psychotickými pacienty přínosem. 35% respondentů kurz komunikace absolvovalo a považuje jeho obsah v praxi za přínosný. 44% dotazovaných žádný podobný kurz neabsolvovalo. Více než polovina, 66% respondentů, se nezúčastnila žádného kurzu sebeobrany. Na druhou stranu respondenti, alespoň dle výsledků, o takovéto kurzy zájem mají. 71% dotazovaných by mělo zájem o pravidelné kurzy komunikace a 82% respondentů o kurzy sebeobrany. Na základě výsledků se tedy hypotéza potvrdila. Alarmujícím zůstává velké procento respondentů, které se podobných kurzů nezúčastnilo. V tomto případě se možná přeceňuje připravenost zdravotnických záchranářů po absolvování odborného vzdělání. Záchranáři se mají možnost s tímto během studia seznámit, ale je nutné, aby si tyto znalosti a dovednosti neustále procvičovali, opakovali a řádně zafixovali, protože jim mohou být v mnoha situacích velmi nápomocné. Na základě odborné literatury<sup>88, 89, 90</sup> a odpovědí respondentů na otázku číslo 19 v dotazníku jsem jako výstup pro praxi sestavila ve formě letáku seznam bezpečnostních zásad (viz Příloha č. 5), které by mohly být návodem k tomu, jak s psychotickým (agresivním) pacientem účinně zacházet.

Ověřováním hypotézy H4 jsem zjišťovala, jestli zdravotničtí záchranáři zvládají psychotické pacienty převážně vlastními silami, nebo jestli využívají pomoci PČR a HZS. Na základě odpovědí respondentů na otázky číslo 20 a 21 se hypotéza nepotvrdila. Posádky ZZS nejčastěji zasahují u psychotických pacientů v přítomnosti PČR nebo HZS a při zvládnutí stačí převážně slovní domluva. Možná je to tím, že dispečerů ZZS automaticky aktivují PČR při podezření, že by se na místě mohl vyskytovat agresivní pacient, nebo sami záchranáři využívají tuto možnost.

---

88 viz seznam literatury č. 1

89 viz seznam literatury č. 13

90 viz seznam literatury č. 17

Nicméně je velmi dobře, že zdravotníci záchranáři znají své kompetence a neriskují v případech, kdy to není nezbytně nutné, tj. využívají pomoci složek k tomu určených.

Co se týče literatury na toto téma, myslím si, že o psychózách schizofrenního typu, konkrétně schizofrenii, bylo publikováno hodně. Na druhou stranu se mi nepodařilo získat mnoho zdrojů o psychózách vyvolaných intoxikací psychoaktivními látkami. Za stěžejní práci k danému tématu považuji Horáčkovu publikaci Psychotické stavy v klinické praxi, která, byť byla napsána v roce 2002, představuje jediné mně dostupné ucelené dílo o psychózách všeho druhu. Cenné a zajímavé informace a další úhel pohledu nabízejí odborná periodika typu Postgraduální medicína, Zdravotnické noviny nebo Česká a slovenská psychiatrie, kde je možné vyhledat odborné články na toto téma.

## ZÁVĚR

Zpracování této bakalářské práce pro mě bylo velice přínosné. Ujasnila jsem si termín psychóza a její vznik na několika úrovních. Jedná se o závažné onemocnění, které zásadním způsobem nabourává pacientům dosavadní život a celý ho obrátí vzhůru nohama.

Psychotické stavy navíc nejsou v přednemocniční neodkladné péči ničím ojedinělým, naopak se vyskytují poměrně často. Velice mě překvapila četnost výskytu psychóz schizofrenního typu v porovnání s psychózami vzniklými základě intoxikace psychoaktivními látkami. Domnívala jsem se, že poměr výskytu bude úplně opačný, než se nakonec ukázalo. Největším rizikem je pro zdravotnické záchranáře při kontaktu s psychotickým pacientem možná agresivita, ať už se jedná o slovní nebo fyzickou. Příjemně mě tedy překvapilo, že si zdravotničtí záchranáři uvědomují cenu vlastního života, a že mají snahu se dál vzdělávat zdokonalovat, např. formou různých kurzů komunikace a sebeobrany.

Zpracování této problematiky mě velice obohatilo a zprostředkovalo nový úhel pohledu na profesi zdravotnického záchranáře. Zdravotnický záchranář není jen „neohrožený hrdina“ v uniformě, který snáší všechna úskalí se vztyčenou hlavou, ale velmi často se dostává do situací, které mohou významně ovlivnit jeho fyzické a duševní zdraví. Je tedy potřeba, aby byl na tyto situace dobře připraven a měl v případě potřeby nadosah odbornou psychologickou pomoc.

Domnívám se, že jsem ve své bakalářské práci, teoretické i praktické části, splnila cíle, které jsem si stanovila. Prostřednictvím výzkumu na vybrané téma jsem získala cenné poznatky a informace, které mi mohou být nápomocné v mé budoucí záchranářské praxi.

# SEZNAM LITERATURY

## Knižní zdroje

- (1) BEER, M., PEREIRA Stephen M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
- (2) BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 175 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
- (3) HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003, 263 s. ISBN 80-866-9401-1.
- (4) KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
- (5) MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 194 s. ISBN 80-247-0737-3.
- (6) MUSIL, J. V. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 205 s. ISBN 80-244-1153-9.
- (7) PURI, B. K., TREASADEN, I. *Textbook of psychiatry*. 3rd ed. Elsevier, 2011, 467 s. ISBN 07-020-3157-7.
- (8) RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P., JANOTOVÁ, D.. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006, 211 s. ISBN 80-725-4746-1.
- (9) VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

## Periodika

(10) ČEŠKOVÁ, E. Antipsychotika. *Lékařské listy (příl. Zdravotnických novin)*. 2008, č. 16. ISSN 0044-1996.

(11) DYNÁKOVÁ, Š. Nejsme si v něčem podobní? (komunikace s agresivním pacientem – 1. část). *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.

(12) HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I. Schizofrenie s časným začátkem. *Postgraduální medicína*. 2006, roč. 8, č. 4, s. 385-389. ISSN 1212-4184.

(13) KŘÍŽOVÁ, V, KŘÍŽ, P. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 10, s. 43. ISSN 1210-0404.

(14) LIEBIGER, J. Psychotická onemocnění v praxi. *Postgraduální medicína*. 2005, roč. 7, č. 1, s. 48-55. ISSN 1212-4184.

(15) PAVLOVSKÝ, P. Akutní psychotické stavy. *Postgraduální medicína*. 2006, roč. 8, č. 5, s. 21-24. ISSN 1212-4184.

(16) PŘIKRYL, R., KUČEROVÁ, H. Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, roč. 104, č. 7, s. 350-357. ISSN 1212-0383.

(17) SEIFERTOVÁ, D. Akutní neklid a agitovanost. *Postgraduální medicína*. 2005, roč. 7, č. 1, s. 108-111. ISSN 1212-4184.

## Internetové zdroje

(18) LIBIGER, Jan. Akutní psychotická epizoda. [online]. Katalog klinických doporučených postupů. 2002. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://147.231.7.16/kkdp/?akce=detail&dokument=261>.

(19) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

(20) Psychosy.cz. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z:  
[http://www.psychosy.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=50&Itemid=2](http://www.psychosy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=2).

## **SEZNAM ZKRATEK**

CNS	Centrální nervový systém
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
PČR	Policie české republiky
Pk	Plzeňský kraj
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
Sčk	Středočeský kraj
ZDZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba



## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Dělení halucinací

Tabulka č. 2: Dělení bludů

Tabulka č. 3: MKN 10, F20-F29: Schizofrenie, poruchy schizotypní a poruchy s bludy

Tabulka č. 4: Příznaky schizofrenie

Tabulka č. 5: Podtypy schizofrenie

Tabulka č. 6: Podtypy poruch s trvalými bludy

Tabulka č. 7: Akutní a přechodné psychotické poruchy

Tabulka č. 8: Typy Schizoafektivních poruch

Tabulka č. 9: Psychózy způsobené užíváním psychoaktivních látek

Tabulka č. 10: V ČR užívaná antipsychotika

Tabulka č. 11: Léčba dalších příznaků psychóz

Tabulka č. 12: Počet rozdaných dotazníků

Tabulka č. 13: Poměr respondentů (záchranářů)

Tabulka č. 14: Věk respondentů

Tabulka č. 15: Délka praxe

Tabulka č. 16: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 17: Počet psychóz v roce 2011

Tabulka č. 18: Počet psychóz schizofrenního typu v roce 2011

Tabulka č. 19: Počet psychóz vyvolaných intoxikací v roce 2011

Tabulka č. 20: Počet správně uvedených příznaků

Tabulka č. 21: Vyhodnocení otázky č. 6

Tabulka č. 22: Vyhodnocení otázky č. 7

Tabulka č. 23: Vyhodnocení otázky č. 8

Tabulka č. 24: Vyhodnocení otázky č. 9

Tabulka č. 25: Vyhodnocení otázky č. 10

Tabulka č. 26: Vyhodnocení otázky č. 11

Tabulka č. 27: Vyhodnocení otázky č. 12

Tabulka č. 27: Vyhodnocení otázky č. 13

Tabulka č. 28: Vyhodnocení otázky č. 14

Tabulka č. 28: Vyhodnocení otázky č. 15

Tabulka č. 30: Vyhodnocení otázky č. 16

Tabulka č. 31: Vyhodnocení otázky č. 17

Tabulka č. 32: Vyhodnocení otázky č. 18

Tabulka č. 33: Vyhodnocení otázky č. 19

Tabulka č. 34: Vyhodnocení otázky č. 20

Tabulka č. 35: Vyhodnocení otázky č. 21

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Počet rozdaných dotazníků

Graf č. 2: Poměr respondentů (záchranářů)

Graf č. 3: Věk respondentů

Graf č. 4: Délka praxe

Graf č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 6: Počet psychóz v roce 2011

Graf č. 7: Počet psychóz schizofrenního typu v roce 2011

Graf č. 8: Počet psychóz vyvolaných intoxikací v roce 2011

Graf č. 9: Počet správně uvedených příznaků

Graf č. 10: Vyhodnocení otázky č. 6

Graf č. 11: Vyhodnocení otázky č. 7

Graf č. 12: Vyhodnocení otázky č. 8

Graf č. 13: Vyhodnocení otázky č. 9

Graf č. 14: Vyhodnocení otázky č. 10

Graf č. 15: Vyhodnocení otázky č. 11

Graf č. 17: Vyhodnocení otázky č. 13

Graf č. 18: Vyhodnocení otázky č. 14

Graf č. 19: Vyhodnocení otázky č. 15

Graf č. 20: Vyhodnocení otázky č. 16

Graf č. 21: Vyhodnocení otázky č. 17

Graf č. 22: Vyhodnocení otázky č. 18

Graf č. 23: Vyhodnocení otázky č. 19

Graf č. 24: Vyhodnocení otázky č. 20

Graf č. 25: Vyhodnocení otázky č. 21

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek č. 1: Obecný postup při péči o psychotického pacienta

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Souhlas se poskytnutím údajů ze ZZS Pk

Příloha č. 2: Dotazník pro zdravotnického záchranáře

Příloha č. 3: Souhlas s provedením dotazníkového šetření na ZZS Sčk

Příloha č. 4: Souhlas s provedením dotazníkového šetření na ZZS Pk

Příloha č. 5 Jak bezpečně zacházet s agresivním pacientem

## Příloha č. 1: Souhlas s poskytnutím údajů ze ZZS Pk

0 Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje



ředitel  
Edvarda Beneše 19  
301 00 Plzeň

V Plzni dne 15.2.2012

Prohlášení studenta oboru zdravotnický záchranář FZS ZČU Plzeň

Dne 15.2.2012 bylo umožněno studentovi oboru zdravotnický záchranář FZS ZČU Plzeň  
MARTINĚ KACEROVSKÉ ziskat údaje z elektronické zdravotnické dokumentace  
ZZSPK nemocného za cílem vypracování bakalářské práce. Získané údaje byly  
narozeného poskytnuty ing. Petrem Jáchimem, vedoucím informatikem ZZSPK. Student si je vědom  
povinnosti zachovávat mlčenlivost o údajích získaných ze zdravotnické dokumentací a data  
použít výhradně pro potřeby zpracování bakalářské práce.

Tento záznam se vyhotovuje v souladu s paragrafem 1, odstavce 2., písmeno 1 vyhlášky  
385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění.

Student FZS ZČU- podpis

Kacerovska'  
M. Kacerovska

Ing. Petr Jáchim

## Příloha č. 2: Dotazník pro zdravotnické záchranáře

Vážení záchranáři,

jmenuji se Martina Kacerovská a jsem studentkou 3. ročníku oboru zdravotnický záchranář Fakulty zdravotnických studií při ZČU v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma „Výskyt akutních psychóz v PNP“ a chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který mi poslouží v praktické části. Slouží k získání informací týkajících se připravenosti záchranářů na kontakt s psychotickým pacientem a zjištění rizik, která mohou psychotičtí pacienti při záchranáře znamenat.

Vyplnění dotazníku je anonymní a nezabere víc než 10 minut. Výsledky dotazníkového šetření budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

1. Vaše pohlaví

- a) žena                      b) muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) 20-30                      b) 31-40                      c) 41-50                      d) 51 a více

3. Jak dlouho pracujete na ZZS?

- a) 0-5 let                      b) 6-10 let                      c) 11-15 let                      d) 16-20 let                      e) 20 a více let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední  
b) VOŠ (v jakém oboru, napište slovně)  
c) VŠ (v jakém oboru, napište slovně)

5. Vyjmenujte alespoň čtyři příznaky, které jsou typické pro psychotického pacienta. (můžete uvést všechny, které Vás napadnou)

6. Co může být dle Vašeho názoru pro Vás největším rizikem při kontaktu s psychotickým pacientem?

Napište slovně:

---

7. Který z psychotických pacientů je pro Vás jako ZDZ větším rizikem?

- a) pacient, který při příjezdu na místo události vykazuje psychotické příznaky
- b) pacient, který při příjezdu na místo události nevykazuje psychotické příznaky

8. Jak často se v rámci jednoho měsíce setkáváte s psychotickými pacienty?

Napište číslem:

9. Byl/a jste někdy napaden psychotickým pacientem?

- a) ano
- b) ne (přeskočte otázku č. 10 a 11)

10. Kolikrát jste byl/a napadena psychotickým pacientem?

- a) jednou
- b) dvakrát
- c) třikrát
- d) čtyřikrát a více

11. O jaký druh napadení se jednalo?

- a) slovní
- b) fyzické
- c) jiné (napište)

12. Měl/a jste možnost prožitou stresovou situaci někde ventilovat?

- a) ano, bezprostředně po incidentu
- b) ano v horizontu několika dní
- c) ne, neměl/a (vynechte otázku č. 13)



13. Po incidentu jsem si mohl/a promluvit s .....

- a) psychologem
- b) psychiatrem
- c) supervizorem
- d) kolegou/kolegyní
- e) nadřízeným
- f) manželem/kou
- g) kamarádem/dkou

14. Absolvoval/a jste někdy školení/ přednášku/ kurs na téma jak komunikovat s psychotickým pacientem?

- a) ano, bylo to pro mě v praxi přínosné
- b) ano, ale nic nového jsem si neodnesl/a
- c) ne, neabsolvoval/a jsem nic takového

15. Měl/a byste zájem o pravidelná školení/seminář/workshop/ kurs na téma jak komunikovat s psychotickým pacientem?

- a) ano
- b) ne

16. Absolvoval/a jste během své praxe kurs sebeobraný?

- a) ano
- b) ne

17. Měl/a byste zájem absolvovat kurz sebeobraný?

- a) ano, cítil/a bych se po absolvování bezpečněji
- b) ano, určitě by to byla dobrá zkušenost
- c) ne, neměl/a bych zájem, je to zbytečné

18. Znáte zásady, jak bezpečně zacházet s psychotickým (agresivním) pacientem?

- a) ano, řídím se jimi
- b) ano, ale neřídím se jimi
- c) ne, neznám (přeskočte otázku číslo 19)

19. Které bezpečnostní zásady využíváte?

Napište:

---

20. Jaké prostředky se dle Vašich zkušeností z valné většiny používají ke zvládnutí psychotického pacienta?

a) žádné, stačí pouze slovní domluva

b) většina situací vyžaduje použití uklidňujících prostředků, popřípadě kurtů nebo jiných prostředků k imobilizaci

21. Je dle Vašich zkušeností potřeba, aby u psychotických pacientů zasahovaly i další složky IZS?

a) ne, většinou situaci zvládneme vlastními silami

b) ano, ve většině případů spolupracujeme s PČR nebo HZS

...a už jste na konci. Velice Vám děkuji za čas strávený nad tímto dotazníkem a za Vaše odpovědi.

S přáním hezkého dne

Martina Kacerovská :)

## Příloha č. 3: Souhlas s provedením dotazníkového šetření na ZZS Sčk



ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY  
STŘEDOČESKÉHO KRAJE  
Vančurova 1544, Kladno  
info@zachranka.cz

---

Vážená paní  
Martina Kacerova  
Student FZS v Plzni

2012-02-21

### Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Na základě Vaší písemné žádosti souhlasíme s provedením průzkumu metodou dotazníkového šetření na stanovišti ÚSZS SČK v Lysé nad Labem a Čáslavi pro potřeby zpracování závěrečné bakalářské práce na téma „*Výskyt akutních psychóz v přednemocniční neodkladné péči*“. Distribuci a sběr dotazníků ÚSZS zajišťovat nebude, vyplnění dotazníků od zaměstnanců je zcela dobrovolné.

Mgr. Věra Zemanová  
Náměstek pro nelékařská povolání  
ÚSZS SČK

  
ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY  
STŘEDOČESKÉHO KRAJE  
Vančurova 1544, 272 01 Kladno  
Tel: 312 235 691  
IČ: 750 33 926

## Příloha č. 4: Souhlas s provedením dotazníkového šetření na ZZS Pk

### Souhlas s provedením dotazníkového šetření na výjezdových stanovištích Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje

Martina Kacerovská  
studentka FZS ZČU v Plzni

Na základě Vaší žádosti **souhlasím** s provedením dotazníkového šetření pro potřeby vypracování bakalářské práce „*Výskyt akutních psychóz v PNP*“ na výjezdových stanovištích ZZS Plzeňského kraje. Dotazníkové šetření bude prováděno pouze se souhlasem vedoucí sestry daného výjezdového stanoviště. Vyplnění dotazníků od zaměstnanců je zcela dobrovolné. Výsledky šetření budou použity pouze pro účely zpracování bakalářské práce a nebudou šířeny dále.

V Plzni dne: 14. 3. 2012

**PhDr. Jiří FREI**   
náměstek útvaru zdravotnických činností

## JAK BEZPEČNĚ ZACHÁZET S ...

### PSYCHOTICKÝM (agresivním) pacientem na místě události

#### PŘED PŘÍJEZDEM ...

- Pokud je potřeba, vyjednejte spolupráci s **PČR**.
- Informujte se od **DISPEČINKU**:  
*Byl pacient v minulosti agresivní?  
Jsou známky užívání drog, alkoholu?  
Je dotyčný rozrušený, napjatý,  
hlučný?*

#### PO PŘÍJEZDU ...

- Jste-li na místě první, vyčkejte příjezdu **PČR**.
- **NEZŮSTÁVEJTE** s pacientem **SAMI** (nezavírejte se s ním do místnosti, sanitky)
- **ZMAPUJTE** si okolí.
- **ODSTRAŇTE** ostré předměty, které by mohly sloužit jako zbraň.
- Držte si v záloze **ÚSTUPOVOU CESTU** (dveře, zvonky, ...).
- **NEOTÁČEJTE SE** k pacientovi **ZÁDY**.
- Agresivního pacienta **SE NEDOTÝKEJTE**. Pokud se ho podaří zklidnit, znovu zvažte, zda se dotknout. Dotek provokuje agresi.
- Buďte neustále **VE STŘEHU**.

## ZÁSADY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

- Postoj těla musí být **vstřícný**.
- Hovor ved'te ve **stejně výšce** s pacientem.
- K pacientovi buďte **otočeni čelem**.
- Dodržujte **bezpečnou vzdálenost** alespoň 1 m, při slovní agresi alespoň 3 m.
- S pacientem udržujte stálý **oční kontakt**. Je to výraz bezpečí a upřímnosti.
- Pacienta **posad'te**.
- Neprovádějte zbrklé pohyby.

## ZÁSADY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

- Pacientovi **se** při příchodu **představte**, sdělte důvod Vašeho příchodu.
- **Mluvte klidně**, jasně a slušně.
- Na slovní útoky nereagujte, pacientovi **netykejte**, když on tyká Vám.
- Pacientovi **naslouchejte**, projeďte empatii k jeho situaci.
- Vystupujte jako osoba schopná a ochotná situaci řešit
- V případě potřeby využijte **vyjednávacích taktik**.

## TAKTIKA VÝHRA – VÝHRA

- Pacient může na Vaše požadavky (hlavně ty vynucené) reagovat agresí.
- Pacientovi vysvětlete, co budete provádět.
- Navrhněte pacientovi několik možných variant, jak to úkon provést.
- Poskytněte pacientovi čas, aby si vše promyslel a sám se rozhodl.
- Pacient má pocit, že může do jisté míry o situaci rozhodovat sám.

*„První minuty rozhodují o tom, jak bude vypadat další komunikace s pacientem.“*

(Seifertová, 2005)