

Viliam Dobiáš

Klinická propedeutika v urgentní medicíně

CZ



Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.

Anesteziolog, intenzivista a specialista urgentní medicíny promoval v roce 1974 (LF UK Bratislava), aspiranturu ukončil v roce 1989 (LF UK) a habilitoval v roce 2009 (SZU Bratislava). Více než 20 let pracoval jako anesteziolog a intenzivista, od roku 1976 začal pracovat v záchranné službě na částečný úvazek, od roku 1998 na plný úvazek. Od roku 1979 se věnuje pedagogické činnosti na univerzitách na Slovensku a v Čechách.

Jako autor a spoluautor napsal čtyři vysokoškolské učebnice a dalších 155 publikací, z toho 25 vyšlo v zahraničí. Působil v redakčních radách čtyř časopisů, z toho jednoho zahraničního. Je recenzentem dvou zahraničních odborných periodik. Byl prezidentem Slovenské společnosti anesteziologie a intenzivní medicíny, v současnosti je prezidentem Slovenské společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. Působí jako hlavní rozhodčí mezinárodní soutěže záchranných týmů Rallye Rejvív. Je soudním znalcem, lektorem pro přípravu instruktorů první pomoci a instruktorem Slovenského Červeného kříže. Je držitelem Diamantové medaile a Medaile prof. J. Kňazovického za dárcovství krve, Zlatého záchrannářského kříže SR za přínos pro záchrannářství a Zlatého záchrannářského kříže ČR jako člen kolektivu Rallye Rejvív.

Působíště: Life Star Emergency – záchranná služba, spol. s r. o., Limbach, Slovenská zdravotnická univerzita Bratislava, Centrum pro výuku urgentní medicíny, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého Olomouc.



Viliam Dobiáš

Klinická propedeutika v urgentní medicíně

CZ

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.

KLINICKÁ PROPEDEUTIKA V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

Spoluautorka kapitoly 7.4 Elektrokardiografie, elektrokardiogram (EKG)

MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Překlad:

Bc. Martin Trhlík, DiS.

MUDr. Petra Dobrovodská

Recenze:

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

MUDr. Táňa Bulíková, PhD. (kromě kapitoly 7.4)

Odborná revize českého překladu:

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2013

Cover Photo © allphoto, 2013

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5231. publikaci

Odpovědná redaktorka Ing. Zuzana Světlíková

Sazba, zlom Jan Šístek

Obrázky 3.1, 3.2, 7.1 až 7.14, 8.1, 8.2 a 11.1 dle podkladů autorů překreslila Miloslava Krédlová.

Obrázek 7.15 © MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Počet stran 208

1. vydání, Praha 2013

Autoři a nakladatelství děkují společností Eli Lilly ČR, s.r.o. a Falck Záchraná a.s., za podporu, která umožnila vydání publikace.

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplyvají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-4571-8

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8622-3 (pro formát PDF)

ISBN 978-80-247-8623-0 (pro formát EPUB)

Obsah

Seznam zkratek	9
Úvodní slovo	11
Předmluva	12
Úvod	13
1 Anamnéza všeobecně	15
1.1 Definice	15
1.2 Charakteristiky anamnézy	17
1.3 Principy odběru anamnézy	18
1.4 Součásti anamnézy	23
2 Nynější onemocnění	25
2.1 Anamnéza nynějšího onemocnění všeobecně	25
2.2 Charakteristiky anamnézy – nynější onemocnění	25
2.3 Nynější onemocnění neúrazové a úrazové	26
2.4 Nynější onemocnění – doplňkové otázky	26
3 Anamnéza při různých situacích a onemocněních	29
3.1 Bolest	29
3.2 Kardiovaskulární onemocnění	31
3.3 Respirační nemoci	36
3.4 Neurologická onemocnění, bezvědomí a křečové stavy	37
3.5 Trávicí systém	41
3.6 Psychická onemocnění	43
3.7 Endokrinní onemocnění	45
3.8 Nádorová onemocnění	46
3.9 Trauma	46
3.10 Dopravní nehoda – nehoda na cestě	48
3.11 Domácí násilí	49
3.12 Alergie	51
3.13 Úrazy vlivem prostředí (chlad, teplo, ionizační záření)	52
3.14 Intoxikace léky, chemikáliemi, návykovými látkami	52
3.15 Pokročilé těhotenství – začínající porod	53
4 Subjektivní příznaky při různých onemocněních a stavech	55
4.1 Subjektivní příznaky od hlavy k patám	56
4.2 Subjektivní příznaky u kardiálních onemocnění	56
4.3 Subjektivní příznaky u respiračních onemocnění	60
4.4 Subjektivní příznaky u neurologických onemocnění	61
4.5 Subjektivní příznaky při gastrointestinálních onemocněních	64
4.6 Subjektivní příznaky – psychická onemocnění	67
4.7 Subjektivní příznaky při endokrinních onemocněních	70

4.8	Subjektivní příznaky při onemocněních močového systému	72
4.9	Subjektivní příznaky svalově-kosterního aparátu	72
4.10	Subjektivní příznaky při úrazech	73
4.11	Domácí násilí	74
4.12	Subjektivní příznaky při alergii	75
4.13	Subjektivní příznaky při abúzu drog	76
5	Osobní anamnéza	77
5.1	Předchorobí	77
5.2	Léková anamnéza	78
5.3	Alergická anamnéza (AA)	79
5.4	Sociální anamnéza (SA)	80
5.5	Pracovní anamnéza (PA)	81
5.6	Gynekologická anamnéza (GA)	82
5.7	Infekční/cestovatelská anamnéza (IA)	82
5.8	Návyky a abúzus	83
5.9	Fyziologické funkce (FF)	84
5.10	Životospráva – životní styl	87
5.11	Pediatrická anamnéza	88
6	Rodinná anamnéza (RA)	91
7	Měření parametrů vitálních funkcí	93
7.1	Zásady měření	93
7.2	Charakteristika pacienta	94
7.3	Instrumentální měření	95
7.3.1	Pulz	95
7.3.2	Tlak krve	97
7.3.3	Dýchání	101
7.3.4	Pulzní oxymetrie	102
7.3.5	Kapnometrie, kapnografie	103
7.3.6	Glukometr	108
7.3.7	Teplota těla	108
7.3.8	Glasgowská stupnice bezvědomí	111
7.4	Elektrokardiografie, elektrokardiogram (EKG) (<i>Táňa Bulíková, Viliam Dobiáš</i>)	113
8	Vyšetření pomocí smyslů – zraku, sluchu, hmatu, čichu	123
8.1	Vyšetření zrakem – inspekce	124
8.2	Vyšetření hmatem – palpáce	127
8.3	Vyšetření poklepem – perkuse	130
8.4	Vyšetření sluchem – auskultace	131
9	Fyzikální vyšetření	135
9.1	Prvotní vyšetření	136
9.1.1	Vědomí	136
9.1.2	Dýchání	138

9.1.3	Krevní oběh	138
9.1.4	Krvácení – vnější	139
9.2	Druhotné vyšetření	139
9.2.1	Anamnéza	140
9.2.2	Vyšetření od hlavy k patám	140
9.2.3	Orientační neurologické vyšetření	142
9.2.4	Vyšetření zadrženého ve vazbě	143
9.3	Pediatrické vyšetření	144
10	Celkový stav (status generalis)	147
11	Lokální stav orgánových systémů (status localis)	153
11.1	Centrální a periferní nervový systém	153
11.2	Kardiovaskulární systém	162
11.3	Respirační systém	166
11.4	Gastrointestinální systém	169
11.5	Svalově-kosterní systém	172
11.6	Vylučovací systém	173
11.7	Reprodukční systém	174
12	Varovné příznaky	177
13	Patognomické příznaky a syndromy	183
14	Paradoxní nálezy a jejich interpretace	187
15	Vedení zdravotnické dokumentace	191
	Literatura	203
	Rejstřík	205
	Souhrn	207
	Summary	208

Seznam zkratk

AA	alergická anamnéza
AIM, IM	akutní infarkt myokardu, infarkt myokardu
AP	angina pectoris
AVPU	Alert, Voice, Pain, Unresponsive – pomůcka při vyšetřování vědomí
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
CAN	child abuse and neglect, syndrom týraného dítěte
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CO	civilní ochrana, oxid uhelnatý
CoHb	karboxyhemoglobin
CRP	C-reaktivní protein
ČLK	Česká lékařská komora
DC	dýchací cesty
DK	dolní končetina/y
DM	diabetes mellitus (cukrovka)
EH	epidurální hematom
ES	extrasystoly – předčasné komorové stahy
EtCO ₂	end tidal CO ₂ , koncentrace CO ₂ na konci výdechu
etCO ₂ , PetCO ₂	vydechovaný CO ₂ na konci výdechu
FAST	Face, Arms, Speech, Taxia – pomůcka neurologického vyšetření
DF	dechová frekvence
FF	fyziologické funkce
FP	fibrilace předsíní
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow coma scale – Glasgowská stupnice bezvědomí
GIT	gastrointestinální trakt
HZS	Hasičský a záchranný sbor
Hb	hemoglobin
Hb _{o2}	oxyhemoglobin
HVT	hluboká venózní trombóza
HŽT	hluboká žilní trombóza
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IKH	intrakraniální hemoragie (krvácení)
IKT	intrakraniální tlak
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	jednotka intenzivní péče
KF	komorová fibrilace
KJ	koronární jednotka
KT	komorová tachykardie
KVO	kardiovaskulární onemocnění
KVS	kardiovaskulární systém
LA	léková anamnéza

LDL, HDL cholesterol	low-high density cholesterol, s nízkým a vysokým obsahem bílkovin
LM	laryngeální maska
MetHb	methemoglobin
MMSE	Mini-Mental State Examination, malé vyšetření stavu mentálních schopností
NO	nyňější onemocnění
NPB	náhlá příhoda břišní
NYHA	New York Heart Association – Kardiologická společnost New York
OA	osobní anamnéza
OAIM	oddělení anestezie a intenzivní medicíny
PA	pracovní anamnéza
PAD	perorální antidiabetikum
PE	plicní embolie
PEEP	pozitivní endexpirační tlak
RA	rodinná anamnéza
SA	sociální anamnéza
SAH, SAK	subarachnoidální hemoragie, subarachnoidální krvácení
SaO ₂	saturace O ₂ v arteriální krvi
SH	subdurální hematom
SpO ₂	saturace O ₂ v periferní krvi
STEMI	ST elevation myocardial infarction, infarkt myokardu s elevací ST úseku
SVT, PSVT	supraventrikulární tachykardie, paroxysmální SVT
SS	srdeční selhání
SZO	Světová zdravotnická organizace
TBC	tuberkulóza
TIA	transitorní ischemická příhoda (transitory ischemic attack)
TKd	tlak krve diastolický
TKs	tlak krve systolický
TF	tepová frekvence
UPV	umělá plicní ventilace
VAS	vertebrogení algický syndrom
VAS	visual analogue scale, vizuální analogová stupnice bolesti
VF	vitální funkce
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvodní slovo

Od třetího ročníku lékařské fakulty jsme slýchávali od všech svých učitelů, že anamnéza a pečlivé klinické vyšetření jsou základem diagnózy. Koncem studia jsme na tyto věty už byli alergičtí, už jsme byli nedočkaví na opravdové léčení, operování, zachraňování... Ptát se stále dokola, s čím stonají rodiče a jaké pacient prodělal dětské nemoci, bylo na prahu našeho rozletu opravdu nudné. Pravděpodobně stejně jako pro generace mediků před námi i po nás.

Po několika letech praxe jsme začali chápat, že učitelé měli pravdu, a začali jsme pátrat po učebnicích propedeutik a vzpomínat na zkušenosti, které se nám snažili naši profesori předat.

Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD. se ujal velmi obtížného úkolu – sepsat propedeutiku urgentní medicíny, oboru, který zahrnuje akutní stavy všech lékařských specializací, zabývá se všemi věkovými kategoriemi od novorozenců až po seniory a je záchytnou zdravotní sítí pro všechny vrstvy společnosti. V některých situacích jde o život, v jiných o kvalitu života a následného přežívání, jindy jsou příběhy i úsměvné, avšak vždy jsou neopakovatelné. Velkou mírou nejistoty je urgentní medicína dobrodružstvím, které však musí být vždy postaveno na profesionalitě, znalostech a dovednostech lékaře. V podmínkách urgentní medicíny není možné čekat na výsledky laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod, a proto jsou základní klinické dovednosti nesmírně důležité. Je třeba umět porozumět tomu, co nám pacient sděluje, všimnout si toho, co se nám snaží zamlčet. Klíčem k diagnóze, a tím i ke správné terapii, je jen a jen to, co pomocí svých smyslů a základních vyšetřovacích postupů zjistíme. Docent Dobiáš nám předkládá velmi podrobnou navigaci a návod. I přes systematičnost knihy v textu občas zasvitne laskavý humor a obrovský nadhled daný dlouholetými zkušenostmi autora.

Není to kniha jen pro lékaře záchranných služeb a urgentních příjmů, jak by z názvu mohlo vyplývat. Může pomoci každému, kdo se jako první setkává s pacienty – praktickým lékařům, lékařům nemocničních ambulancí, záchranářům, ale i studentům. Všem přeji nejen potěšení při čtení, ale zejména to, aby dokázali obsah knihy přetavit v dokonalé cílené vyšetření v tak omezeném čase, jaký urgentní medicína poskytuje.

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

*Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje
předsedkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
předsedkyně „Prehospital Section“ EuSEM (Evropské společnosti urgentní medicíny)*

Předmluva

Když jsem nastoupila souvislou praxi v Zdravotnické záchranné službě (v devadesátých letech 20. století) a začala sedět více v sanitních vozech než doma (v těch dobách to byly sanitky typu Avia – furgon nebo Latvia), ani ve snu by mě nenapadlo, že budu někdy psát úvod k významné publikaci. Dnes se mi dostalo cti připravit předmluvu ke knize, na kterou studenti, pedagogové, zdravotničtí záchranáři, lékaři sloužící v Zdravotnické záchranné službě a na odděleních centrálních a urgentních příjmů a mnozí další, tak dlouho čekali.

Knihu Propedeutika v urgentní medicíně napsal autor, kterého čtenáři na Slovensku i v Čechách znají jako autora úspěšné publikace Přednemocniční urgentní medicína.

Propedeutika v urgentní medicíně je základní a moderní učebnicí ucelené propedeutiky v nově koncipovaném oboru urgentní medicína. Autor v ní mimořádně působivě a s velkým smyslem pro detail zužitkoval své celoživotní zkušenosti a cenné poznatky z praxe. Čtenář najde v knize přehledně všechny důležité anamnestické informace, pokyny pro fyzikální vyšetření, měření vitálních funkcí, základní a rozšířenou diagnostiku EKG, popis celkového a lokálního stavu orgánových systémů. Přínosné jsou i informace o nenápadných příznacích nebezpečných onemocnění, tzv. „red flags“ neboli „varovné příznaky“ jako o indikátorech nebezpečí, a mnohé typy a triky z oboru. Kniha učí umění anamnézy (kdy, na co a jak se ptát, po čem pátrat a hlavně jak poslouchat), učí nás vnímat a znát každou část lidského těla v urgentních i méně naléhavých situacích, a to všemi smysly, dostupnými přístroji a pomáhá nám stanovit diagnózu v nemocnici i v terénu, umožňuje nám určit priority léčebného a ošetrovatelského postupu a začít včas účinnou léčbu.

Propedeutika v urgentní medicíně zohledňuje informace a poznatky ostatních lékařských specializací a bez skromnosti je možné říci, že propedeutika v urgentní medicíně je „několik propedeutik v jedné“ (spojuje minimálně akutní část interní, chirurgické, pediatrické, neurologické a psychiatrické propedeutiky). V tomto duchu je kniha učením, bez kterého se neobejde žádný lékař, zdravotnický záchranář, sestra, operátor, student ani pedagog. V tom vidím její sílu a nezastupitelný význam.

Přeji tomuto dílu, aby bylo živé celé roky, aby sloužilo jmenovaným čtenářům při hledání odpovědí vždy, když je budou potřebovat pro záchranu zdraví a života, pro kvalitnější život trpících pacientů.

Pokud se vám zdá, že má tato předmluva v sobě příliš mnoho pozitiv, posuďte sami.

*MUDr. Táňa Bulíková, PhD.
Šamorín, listopad 2012*

Úvod

V této učebnici najdete nejzákladnější zásady odběru anamnézy a postupy fyzikálního vyšetřování v časové, přístrojové a materiální tísní místa vzniku náhlého onemocnění nebo úrazu. Zřídka je to elegantní a přepychově zařízená domácnost, častěji jde o malou místnost s minimálním nebo žádným osvětlením, s imobilním pacientem v nejvzdálenějším koutě nebo na nejvyšším poschodí rodinného domu, po přístupu úzkým schodištěm se skříňkami, květy a soškami (nebo haraburdím) v cestě, s pozorovateli v podobě neutrálních, chápajících nebo i přímo nepřátelsky naladěných příbuzných. Příliš často je naši vyšetřovnou ulice, sklep, zahrada, osvětlovacím tělesem kromě čelových lamp a reflektorů vozidla Ambulance blikotavý měsíc, případně oslepující slunce. Při akutních stavech není čas zjistit veškeré atributy kompletní anamnézy, současně však nesmíme zapomínat na důležitá fakta. Jak si poradit, když měření vitálních funkcí není možné pro nespoupráci pacienta nebo pro hluk aut jedoucích po dálnici, ale i přesto musíme hodnoty vědět pro další postup a léčbu? Jak využít slabiny odlišností přednemocniční diagnostiky ve prospěch pacienta při stanovení správné diagnózy, jak se vyhnout hrozícím rizikům z nedostatku informací, falešným příslibům klamných evidentních příznaků, jak obejít nedostatek přístrojů na diagnostiku, jak hledat skryté, ale důležité údaje v anamnéze a skryté příznaky při fyzikálním vyšetření?

Kniha nemá ambici nahradit propedeutiku interního lékařství, chirurgie, traumatologie, neurologie, pediatrie, kardiologie a jiných oborů, ze kterých pocházejí pacienti v urgentní medicíně. Přestože vychází z vyšetřovacích metod v jiných oborech a specializacích, vyšetřování v neodkladné přednemocniční péči je od vyšetřování v nemocnici odlišné. Odlišnosti jsou nejen v materiálním vybavení, ale hlavně v charakteristikách, jako je časová tíseň, chronologie, neúplnost informací, zkrácené informační toky, nevhodnost prostoru na vyšetření – přítomnost veřejnosti, nespoupracující příbuzní a stres z náhlého stavu. Jindy jsou naopak problémem až příliš spolupracující příbuzní a náhodní okolodoucí svědci. Publikace je určena přednostně nelékařským zdravotnickým profesím pracujícím v přednemocniční a nemocniční urgentní zdravotní péči, ale na základě vlastních zkušeností nepochybuji, že v ní najdou užitečné informace i mladší lékaři záchranné zdravotní služby a urgentních příjmových oddělení.

Každý z nás, týká se to zejména lékařů, začínal své praktické medicínské vzdělávání až po promoci v lůžkovém nemocničním zařízení, a to převážně s pacienty s chronickými nemocemi. Praktické návyky z praxe během studia jsou útržkovité, nesystematické, nahodilé, povrchní a někdy i ne úplně správné. Lékaři začínají se systematickou praktickou přípravou až po zařazení na oddělení toho oboru, ve kterém se plánují specializovat. Pacienti k nim na postel přicházejí po delším časovém odstupu od vzniku nebo zhoršení onemocnění, předlčení záchrannou službou, centrálním příjmem, s příznaky modifikovanými minimálně časovým odstupem, když už ne přímo farmakoterapií. Přicházejí už s některými předběžnými pracovními diagnózami, mnozí z nich už mají na oddělení chorobopisy z předcházejících hospitalizací. Na jiných odděleních jsou lékaři často v rámci „cirkulace“ jen staty bez reálné zodpovědnosti. Stávají se specialisty ve vybraném oboru a vědomosti z jiných specializací jsou na úrovni poučeného laika a navíc zatížené různými poznatky i předsudky, které už byly vědecky vyvrácené, ale jsou součástí jiné specializace, které se nevěnujeme. Když se při práci v Zdravotnické záchranné službě dostane lékař k pacientovi z vlastní specializace, chybí mu jen diagnostická technika, čas a vadí mu okolí. Odborně

je připravený. Pokud se však dostane k pacientovi s onemocněním jiné specializace, nebude si tolik jist diagnostikou a léčbou. Pacient to nepocítí, ale lékař ze sebe nemá většinou ten nejlepší dojem. Zdravotnické záchranáře učí ve škole během povinné školní praxe a v zaměstnání lékaři různých specializací, což je výhodou – u každého něco vidí a naučí se. Vzhledem k rozsahu studia však nerozumí všem patofyziologickým a farmakologickým nuancím medicínského umění. Neumí vždy posoudit odbornost lékaře a poznatky přijímají nekriticky podle osobnostních charakteristik lékaře a jeho empatie. Může se stát, že za správné budou považovat něco, co nemá podporu v medicíně založené na důkazech. Lékařské myšlení je ve vztahu k záchranářům odlišné, se snahou o přílišnou vědeckost a se sklonem k množství nepodstatných detailů.

Dnešní pokrok v medicíně se řítí neuvěřitelnou rychlostí a každá napsaná kniha je zastaralá již v okamžiku vydání. Věřím, že tato kniha bude mít jiný osud. Poznátky v ní se shromažďovaly po dlouhá léta až do dnešních dní (pojem *facies hippocratica* známe nejméně 2390 let). Nyní už začínáme tyto vědomosti zapomínat, neboť při diagnostice pomáhají laboratorní, zobrazovací a funkční vyšetření, jejichž výsledky jsou zaznamenané a opakovatelné – na rozdíl od zkráceného záznamu anamnézy a subjektivní chybou zatíženého fyzikálního vyšetření zrakem, čichem, hmatem a sluchem.

Při práci v přednemocniční urgentní medicíně je zapotřebí, aby jak lékaři, tak zdravotničtí záchranáři postupovali při diagnostice jednoduše, stručně, rychle, cíleně, bez zbytečného odkladu postavili pracovní diagnózu a čím dříve zahájili léčbu – ne-li kauzální, potom alespoň symptomatickou. O anamnéze a fyzikálním vyšetření jsou následující kapitoly. Učebnice není samozřejmě o všem, podrobnosti je zapotřebí hledat v knihách příslušných specializací.

*doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.
Bratislava, prosinec 2012*

Věnování

Kniha je napsána pro mé mladší kolegy, studenty, lékaře i zdravotnické záchranáře, abych odevzdal celoživotní zkušenosti, které jim umožní získat poznatky v kratší době, než jsem se k nim dopracovával já.

Věnovaná je manželce Marici, dětem Jance, Věrce, Janíkovi, jejich partnerům a vnoučatům, jež jsem ukrátil o čas strávený psaním většího počtu učebnic. Vynahrďte jim to, prosím, pokud budou někdy jako pacienti objektem vaší péče.

Celý profesionální život děkuji mým učitelům – personálu z nemocnic v Handlové, Skalici, na Kramároch, Fraňa Kráľa, Klenové, lékařům, sestřičkám, záchranářům. Učil jsem se od soutěžících na Záchraně a Rallye Rejvíz, učili mě i červenokřížáčtí záchranáři. Díky všem, je to i vaše kniha.

S poděkováním nemohu zapomenout ani na recenzentky, které svým precizním posuzováním rukopisu a komentáři knihu vylepšily.

1 Anamnéza všeobecně

Historie

V minulosti byla anamnéza považována za nejdůležitější část diagnostiky chorob. Ještě před 40 lety, což je délka pracovní kariéry zdravotníka, byly k dispozici kromě anamnézy jen základní laboratorní biochemická vyšetření, RTG s kontrastním vyšetřením a nedokonalé tomografické snímky v 10cm vrstvách, jednoduchá arteriografie. Koronarografie byla v začátcích, invazivní měření tlaku vzácností, vyšetření na acidobazickou rovnováhu malým zázrakem v několika velkých nemocnicích. Žádný ultrazvuk, CT, NMR, pulzní oxymetrie, přenosné glukometry. Tlakoměry a teploměry jen rtuťové, monitory s obrazovkou 10 × 5 cm, jejichž žhavení trvalo minuty, EKG velikosti pracovního stolu, které se pokazilo při pokusu o přesun z vyšetřovny na pokoj pacienta. V té době bylo nezbytností to, co se dnes považuje za překonanou historii, a to fakt, že někdy je možné stanovit až 80 % diagnózy výlučně na základě správně odebrané cílené anamnézy. Dnes se opatrně tvrdí, že anamnéza přispěje k diagnóze 50–70 %. I přes průnik techniky do diagnostického procesu tato téze platí, jen to neuplatňujeme tak často a důsledně, jak bychom mohli.

1.1 Definice

Propedeutika (řecky pro paideuein = učení předtím než...) je úvod do vědního oboru, základní kurz nebo předběžné vzdělávání. Termín byl poprvé použit v roce 1978. V medicíně je to soubor základních informací z daného oboru, rozlišujeme interní, chirurgickou, neurologickou propedeutiku a další podle specializací. Tyto základní informace o pacientovi sbíráme pozorováním, smyslovým vyšetřením a měřením vitálních funkcí bez specializovaných diagnostických procedur. Propedeutika nás učí odběru anamnézy a fyzikálnímu vyšetřování. Anamnéza a fyzikální vyšetření nás přivedou k pracovní diagnóze obklopené větším počtem diferenciálních diagnóz. K definitivní diagnóze se dopracujeme logickou úvahou a vylučovací metodou nebo zapojením přístrojové techniky. Ještě stále se laboratorním a přístrojovým metodám říká „pomocná vyšetření“, a proto odeslání pacienta na CT vyšetření kvůli jakémukoliv úderu do hlavy nám sice může stanovit, nebo vyloučit diagnózu, ale určitě oslabuje náš intelekt a ochuzuje radost z přemýšlení.

Anamnéza (řecky anamnesis – „vzpomínání“, doslova „opak zapomínání“ – an- -amnesis) je rozhovor lékaře/zdravotníka s pacientem, při kterém pacient popisuje vlastními slovy své zdravotní těžkosti. Lékař nemocného poslouchá a klade mu cílené otázky. Anamnéza je vlastně zdravotní historií pacienta od těhotenství jeho matky přes porod, onemocnění rodičů, dětské nemoci, překonaná onemocnění a úrazy v minulosti až po současné těžkosti, které ho vedly k vyhledání zdravotní péče nebo k přivolání Zdravotnické záchranné služby. Kompletní anamnéza obsahuje všechny údaje o zdravotním stavu nemocného a v neposlední řadě i jeho návyky, zlovyky, způsob životosprávy, sociální a pracovní poměry. Anamnéza má v procese určování správné diagnózy mimořádný a prakticky nenahraditelný význam. V mnohých případech vede přímo k diagnóze, velmi výrazně zúží rozsah možných onemocnění nebo usměrní

další pátrání. Pro některé medicínské obory je jedinou cestou k určení onemocnění – typickým příkladem je psychiatrie.

Zdravotníkem odebírajícím anamnézu může být lékař, ale i jiný zdravotnický pracovník, ať už zdravotnický záchranář, sestra pracující v Zdravotnické záchranné službě nebo na oddělení urgentního příjmu. U akutních onemocnění a úrazů by mezi anamézou odebranou lékařem a nelékařem neměl být podstatný rozdíl, jelikož při náhlých stavech je množství otázek z časových důvodů limitované. Rozdílná může být interpretace získaných poznatků při určování pracovní diagnózy a množství diferenciálních diagnóz, které se v úvahách lékaře nebo záchranáře nasbírají po vyslechnutí pacienta.

Při získávání anamnézy je důležité mít nejen vědomosti o nemocech, ale ovládat i zásady komunikace (gestika, haptika, posturika, mimoslovní komunikace), mít dostatek empatie, alespoň minimální úroveň emoční inteligence, znát zásady managementu, aby byl rozhovor konstruktivní, aby pacient neměl pocit, že nemůže dosyta vyprávět, ale zároveň, aby se hlavní problémy probraly nejdříve, méně důležité později nebo případně v přednemocniční fázi vůbec ne. Při příliš podrobném vyprávění pacienta taktně usměrňujeme, abychom efektivně získali maximum relevantních informací. Rozhovor doplňujeme cílenými otázkami, které nesmějí být sugestivní. Dobrým postupem je „zrcadlení“, kdy některé věty a slovní obraty pacienta opakujeme, abychom naznačili svou účast a ověřili si správné pochopení. Sugestivní otázka naznačuje, jakou odpověď chceme slyšet: „Dýchá se vám těžko?“ namísto „Jak se vám dýchá?“, nebo „Ještě stále to bolí?“ namísto „Cítíte nějakou změnu?“ Důležité je prostředí, které si však nemůžeme vybrat, důležitá je vzájemná a rovnocenná fyzická pozice zdravotníka a pacienta, kterou však někdy nedokážeme a nemůžeme zrealizovat. Důležitá je vzájemná důvěra nebo alespoň důvěra ze strany pacienta směrem ke zdravotníkům, kterou však bohužel nemáme čas budovat.

Podstatné údaje z anamnézy musí být zapsány v dokumentaci. Jednou získané údaje podrobujeme kritické analýze, rozpory a nedůslednosti ověřujeme opakovanými otázkami. Přímá anamnéza (direktní anamnéza, autoanamnéza) je subjektivní výpověď pacienta, a proto si často vyžaduje doplnění nepřímou anamézou (indirektní anamnéza, heteroanamnéza), tedy stejně subjektivní výpovědi: 1. svědků nebo 2. rodinných příslušníků, nebo i objektivní anamézou od 1. rodinných příslušníků nebo 2. svědků.

Anamnézu pacienta spolu s výsledky konziliárních a laboratorních vyšetření, léčbou a návrhy léčebných opatření můžeme získat v písemné formě, pokud má pacient k dispozici záznamy o ambulantním vyšetření, propouštěcí zprávy z hospitalizací a ošetřovatelské propouštěcí zprávy, případně kompletní složku zdravotní dokumentace. Katamnéza je sledování stavu pacienta a vývoje onemocnění po léčbě, například po propuštění z hospitalizace. Zdravotní dokumentace však v žádném případě nenahradí anamnézu nynějšího onemocnění a fyzikální vyšetření, protože současné těžkosti mohou být odlišné od podobných těžkostí v minulosti vyčtených z dokumentace.

Čím více zdrojů anamnézy získáme, tím více materiálu budeme mít na kritickou analýzu, na vyloučení nepodstatných informací a lepší stanovení diagnózy. I neplnoleté děti a lidé pod vlivem omamných látek nám mohou někdy poskytnout důležitou informaci. Především děti bývají podceňované a jejich údaje přeslechnuty, případně nejsou brány v úvahu, což je škoda. Spolehlivým zdrojem informací je personál pohostinských zařízení, který je zvyklý sledovat hosty a mít přehled o jejich spotřebě, chování a změnách psychického a také tělesného stavu. Důležitým a někdy jediným zdrojem určitých částí z anamnézy může být operátor/ka operačního střediska, pokud

byl postižený v minulosti klientem Zdravotnické záchranné služby. Čím více zdrojů, tím objektivnější informace. Někdy však více zdrojů anamnézy může zmást.

Typicky u starších a osamělých lidí, pokud je přijdou navštívit dospělé děti, na otázku, jak se má, dědeček odpoví, že má bolesti, špatně se mu dýchá, chodí, nechutná mu jíst a celým svým vyjádřením chce dát pouze najevo, že ho rodina navštěvuje málo a zanedbávají ho v jeho trápeních. Okamžitě následuje volání na tísňovou linku, aby ukázali, že se o svého dědečka umí postarat. Pokud lékař vyslechne anamnézu od návštěvy, může získat pocit, že bude zapotřebí pacienta resuscitovat. Pokud se zeptá dědečka, odkdy má vyjmenované příznaky, dozví se, že už několik let, měsíců, týdnů a nic se v posledních dnech nezměnilo.

1.2 Charakteristiky anamnézy

1. Anamnéza má prognostické vlastnosti. Délka trvání bolesti za hrudní kostí rozhoduje o rozdílech mezi nestabilní anginou pectoris a infarktem myokardu, trvání příznaků cévní mozkové příhody rozhoduje o tom, zda se stihne podat trombolytická léčba a je možná úprava stavu i bez následků, nebo se léčbou bude už jen bránit vážným komplikacím.
2. Anamnéza má forenzní důsledky. Použití bezpečnostních pásů v autě může být důležité pro finanční plnění pojišťovny, popis nálezu zraněných a mrtvých na sedadlech může pomoci určit řidiče auta v okamžiku nehody. Popis použitých/nepoužitých bezpečnostních prvků (helmy, rukavice, zábrany) při pracovním úrazu může pomoci pracovníkovi, nebo usvědčit zaměstnavatele. Zatím se na forenzní stránku klade důraz pouze při stížnosti, později bude moci být anamnéza využita při regresech, trestném stíhání, ale i při osvobození od obžaloby.
3. Anamnéza je sama o sobě diagnostická. Při angině pectoris rozhoduje o diagnóze jedině anamnéza. EKG a jiná vyšetření mohou být při latentní ischemické chorobě dlouho normální. Při úrazech může zjištění mechanismu úrazu a jeho popis svědky rozhodnout o vážném podezření na poškození páteře i bez klinických projevů. Při psychiatrických onemocněních zjišťujeme i objektivní příznaky onemocnění jedině anamnézou.
4. Anamnéza určuje třídění pacientů, riziko poškození (například krční páteře) na základě etiologie úrazu, pravděpodobnost pozdních komplikací (při cévní mozkové příhodě), pravděpodobnost skrytých poranění při výbuších v závislosti na vzdálenosti od epicentra a jiné.
5. Anamnéza je diskrétní. Ptáme se na údaje, které by pacient neřekl nikomu cizímu kromě zdravotníků. Tím „cizím“ může být i manželka, případně jiný člen rodiny. Nesmíme se ptát na choulostivé věci na veřejnosti, na pracovišti, před rodinnými příslušníky. Co je choulostivé? Záleží na prostředí, věku a rodinném vztahu. Starší manželé už o sobě ví všechno, ale i tady mohou být výjimky. Jeden z nich ví o svém nevyléčitelném onemocnění, ale před partnerem tuto skutečnost zamlčí, aby ho nerozrušil. Rodiče nemusí nutně vědět o antikoncepční léčbě své téměř dospělé dcery, manžel nebyl informovaný o manželčině ukončení těhotenství. Na pracovišti se nebudeme před kolegy vyptávat na přecházející epileptické záchvaty, ale ani na překonané infarkty. Citlivých variací na možnost porušení diskrétnosti je nekonečně mnoho jak v domácnosti, tak i na veřejnosti.

6. Anamnéza je chronologická. Příznaky postižený vyjmenuje podle svého hodnocení jejich závažnosti, ale ne v časovém postupu, jak vznikaly. Jiná diagnóza se nabízí, vznikla-li náhlá dušnost pár dní po operaci, jiná, je-li dušnost už několik let během námahy a nyní vznikla v klidu. Trvání příznaků rozhoduje o způsobu a trvání léčby, například při akutním infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, zasypaní a stlačení tkání, trvání resuscitace. Zaznamenáváme délku trvání i způsob řešení překonaných onemocnění, dokumentujeme přesné časové údaje jednotlivých událostí.
7. Rozpory v anamnéze mezi rodinnými příslušníky a nepravděpodobné vysvětlení vzniku poranění svědčí o zamlčování a možném kriminálním pozadí (tyrané dítě, fyzické napadení a rodinné násilí).

1.3 Principy odběru anamnézy

Dokonale odebraná anamnéza je ve své podstatě uměním. Zdravotník v ní musí využít nejen své vědomosti, ale i logické a kombinační myšlení. Musí být schopný navázat s pacientem kontakt založený na vzájemné důvěře a pochopení. Vztah, který při tomto kontaktu vznikne, je často rozhodující i pro úspěch samotné léčby. Dobře odebrat anamnézu se učíme celý život. Nemoc vyvolává u pacienta strach, úzkost, často i chování, které pro něj není typické – podřízenost, agresivitu, egoizmus, negativismus. V tomto stavu je člověk velmi zranitelný a nevhodný komentář nebo nedostatečná pozornost zdravotníka může napáchat ve vzájemném vztahu nenapravitelné škody. Každý pacient vyžaduje přísně individuální přístup. Důležitý je i vnější dojem, kterým na pacienta posádka záchranné služby působí: oblečení, úprava zevnějšku, vystupování, způsob a tón řeči. Rozhodující jsou však tři faktory:

- **dostatek času** – nemocný musí mít pocit, že nespěcháme pryč. Ani při nedostatku času nedáváme najevo, že spěcháme. Netrpělivost, nesouhlas s postojem pacienta a rozhořčení blokují optimální komunikaci.
- **zájem** – nemocný musí mít pocit, že se dokážeme vcítit do jeho těžkostí (empatie). Postoj, gesta, tón řeči, oční kontakt – to vše musí ukazovat zájem. Poznámky si děláme jen okrajově, pokud pacient říká něco důležitého, položíme pero a posloucháme. Pacienta zásadně oslovujeme jménem, např. paní X, pane Y, nikdy ne familiárně (strýc, babička apod.). Netykáme ani mladistvým. I k postiženým pod vlivem omamných látek jsme zdvořilí jako zdravotník k nemocnému. Výjimku tvoří malé děti. Uvažovat nad tykáním je zapotřebí už u mladistvých do přibližně 12 let, tykání můžeme použít u mentálně retardovaných pacientů, kteří sami začínou s oslovením „teta“ nebo „strýc“. Během delšího proslovu pacienta dáme najevo zájem pokyvováním hlavou nebo slovíčky jako „rozumím“, „chápu“, „pokračujte“. Během rozhovoru musíme udržet co nejdéle oční kontakt s pacientem. Výjimkou jsou psychotičtí pacienti, pohled upřený po delší dobu si mohou vysvětlit jako formu agresivního chování zdravotníka. Vhodnou formou je technika „zrcadlení“, kdy zopakováním slov pacienta ověřujeme správnost pochopení: „Dobře rozumím, že těžkosti se opakují v případě...?“
- **prostředí** – na rozhovor s pacientem musí být vytvořené co nejlépe podmínky, zejména soukromí (často je rušivá i přítomnost jiného zdravotníka, kolegy z posádky nebo příbuzných), hlavně v případech závažnějších a intimnějších zdravotních

těžkostí. Na druhé straně je přítomnost dalšího zdravotníka vhodná a potřebná kvůli svědectví. Neměli bychom při odběru anamnézy stát nad sedícím nebo ležícím pacientem, výšková převaha zhoršuje komunikaci vytvářením dominantního postoje. V záchranné službě vystupujeme jako vícečlenný tým a pacienti jsou většinou na přítomnost více osob psychicky připravení. Důležité je odstranit v místnosti zdroje hluku z pozadí (zvuk televizoru, hudbu, rozhovory příbuzných a jiné), které zhoršují slyšitelnost a srozumitelnost pro starší a ztěžují auskultační vyšetření a měření tlaku krve. Pokud jeden člen týmu vyšetřuje fonendoskopem, druhý člen týmu se nemůže ptát pacienta a příbuzných, neboť mohou uniknout důležité informace.

Otázky pacientovi formulujeme jasně a srozumitelně, s ohledem na jeho vzdělání, inteligenci, momentální psychický stav a také věk (speciální soustředěnost vyžadují krajní věkové skupiny – malé děti a staří lidé). Začínáme se ptát otevřenými otázkami, které umožní, aby pacient začal hovořit (např. Co vás trápí? Jaké máte v poslední době těžkosti?). Otázky mají být neutrální a nesmí naznačovat očekávanou odpověď – sugestivní otázky. Hovořit by měl především pacient, někdy je však nutné ho přiměřeně usměrnit k údajům, které jsou důležité pro diagnózu (o kterých si pacient může myslet, že jsou bezvýznamné). Cenné jsou i záporné odpovědi – tedy absence nějakého příznaku, hlavně jde-li o významné příznaky. Stav y a pocity, které popisuje pacient, nazýváme subjektivními příznaky, na rozdíl od objektivních příznaků, které zjišťujeme fyzikálním klinickým vyšetřením. Podle způsobu popisu subjektivních těžkostí pacienta můžeme někdy vycítit, že pacient projevy svého onemocnění přeceňuje (agrovace – předstírání chorobných příznaků a zdravotních těžkostí), případně i cíleně vymýšlí (simulace – záměrné předstírání a zveličování zdravotních problémů), ale na druhé straně jindy nedoceňuje nebo vědomě či podvědomě skrývá (dissimulace). Disimulace bývá častá u dětí a starších pacientů, kteří se bojí, že projevy příznaků povedou k bolestivým injekcím (dětí), případně k pobytu v nemocnici (dětí i starší).

Speciálním případem je hypochondrický pacient (hypochondrie, sklon ke zveličování nebo vsugerování si nemoci, sklon považovat zdánlivé nebo i skutečné potíže za mnohem vážnější a nebezpečnější). Hlavně v těchto situacích je potřebná dostatečná dávka zkušeností, ale i citu a pochopení pro motivaci konání nemocného.

Odpovědi pacienta zapisujeme jeho vlastními slovy, ne odborným slangem. Ne „mívá posturální hypotenzi“, ale „při postavení z postele se mi točí hlava“, ne „dyspnoe“, ale „nemohu se dobře nadechnout“. Odborné výrazy v zápisu můžeme použít při konstatování negativní anamnézy, např. dyspnoe a stenokardie pacient popírá. V zapsané anamnéze musíme v závorce uvést zdroj údajů, tedy nejprve subjektivní údaje pacienta a potom objektivní anamnézu, např. „říká, že nemůže spát, ale celou noc chrápal (manželka)“.

Odběr anamnézy může být komplexní, ptáme se na všechno, co souvisí s pocity a stavem pacienta. Tento postup není v akutní medicíně běžný ani potřebný. V nemocnicích se vyžaduje hlavně od studentů na praxi a od mladých začínajících lékařů. Potřebný je při první návštěvě praktického lékaře pro dospělé. Druhým způsobem je cílená anamnéza, otázky na pacienta jsou limitované počtem a upravené podle předpokládané diagnózy, hlavního orgánového postižení nebo informací získaných v minulosti. Tento způsob je používán v akutní medicíně, v jiných medicínských oblastech je využíván zkušenými a zaneprázdněnými lékaři. Zatím méně používaným způsobem je počítačový odběr anamnézy, při kterém se online elektronicky zadávají odpovědi

na předem připravené otázky podle onemocnění nebo specializace lékaře. Počítačem generovaný sled otázek je používán také v operačních střediscích tísňových linek.

V přednemocničních podmínkách je anamnéza ještě důležitější a obsažnější než v jakémkoliv jiném prostředí. V bytě pacienta nebo na místě vzniku úrazu můžeme vidět a zjistit okolnosti a fakta, ke kterým se žádný jiný zdravotník nemá šanci dostat. Anamnestické údaje, které nejsou zjištěny a zaznamenány na místě, jsou potom nenahraditelně a definitivně ztraceny. Je obrovskou zodpovědností využít pobyt na místě vzniku onemocnění/úrazu na prohlídku místa a zjištění všech relevantních faktů. Může to být těžké a frustrující vzhledem k tomu, že mnohokrát nedokážeme předem předpokládat, co se ukáže jako důležité již krátce po našem odchodu z místa úrazu nebo vzniku náhlého onemocnění.

Limity odebírání anamnézy

Poruchy sluchu: U starších lidí jsou časté, situaci může zlepšit naslouchací zařízení. Je zapotřebí mluvit srozumitelně a pomaleji, používat krátké věty, dívat se při rozhovoru na pacienta a odstranit okolní zdroje hluku (rozhovor příbuzných, rádio, televizor). V krajním případě můžeme napsat otázku velkými tiskacími písmeny na papír. Pokud pacient dokáže odezírat ze rtů, je potřeba sedět před ním v dobrém světle. Při jednostranné poruše sluchu sedíme na zdravé (případně méně narušené) straně. Starší pacienti s poruchou sluchu se často stydí přiznat, že neslyšeli, a tak odpoví na otázku, která vůbec nezazněla. Pokud však odpověď zapadne do kontextu, dostaneme falešnou informaci, která tak může znít věrohodně.

Poruchy zraku: Katarakta, glaukom a degenerace makuly jsou ve stáří časté. V místnosti by mělo být jasné osvětlení (paradoxně staří lidé šetří na osvětlení a v místnostech, kde se zdržují, bývá obvykle přítmi).

Mentální poruchy – demence: často přítomná i u pacientů, kteří jsou na první pohled fyzicky v dobré kondici. Charakteristická je zapomnětlivost, opakování a neadekvátní odpovědi. Postupně zhoršování mentálních funkcí rodina registruje a dokáže popsat.

Citlivá témata

Mentální zdraví – nejprve otevřenými otázkami zjišťujeme postoj k psychologickým problémům a onemocněním: „Měli jste někdy citové (emoční) nebo psychické problémy?“ Následuje cílenější dotaz: „Navštívili jste někdy psychologa nebo psychiatra?“ „Užívali jste někdy léky na citové a psychické problémy?“ „Byli jste vy nebo někdo z rodiny v nemocnici kvůli psychologickým problémům?“ V řeči pacienta nesmíme podceňovat diskrétní a skryté narážky na slabost, únavu, ztrátu chuti do jídla a ztrátu hmotnosti, nespavost a netypické tělesné projevy. Cílené úvodní otázky na duševní zdraví mohou znít následovně: „Cítili jste se v posledních 2 týdnech na dně, depresivně nebo beznadějně?“ „Měli jste v posledních 2 týdnech pocit, že se vám nic nechce dělat a z ničeho nemáte radost?“ Případně také: „Napadly vás někdy myšlenky na ublížení si nebo o ukončení života?“ Pacienti se schizofrenií a jinými cyklickými psychózami někdy dobře fungují v rámci svého okolí a dokážou přesně popsat svoji diagnózu, léčbu, pocity, hospitalizace i svůj postoj k chorobě a potřebu hospitalizace nebo psychiatrické kontroly. Někdy je návrh hospitalizace pro ně úlevou, jindy se slovně brání, ale pokud lékař/zdravotník důrazně formuluje potřebu hospitalizace, dají se přesvědčit a spolupracují při transportu.

Domácí násilí – oficiální statistiky jsou alarmující, ale i tak vypovídají jen o špičce ledovce. Čím více budeme na toto téma myslet, tím častěji se s ním budeme setkávat. Zjišťování začínáme bez přítomnosti jiných osob a neutrální otázkou. Zneužívání (častěji žen) je v dnešní době tak časté, že následující otázky kladu pravidelně: „Máte občas pocity, že se necítíte bezpečně nebo máte obavy?“ Na možnost zneužívání musíme myslet při následujících situacích: Některá poranění není možné vysvětlit mechanismem úrazu, pacient je skrývá nebo otázky vedou k rozrušení, pozdní ošetření poranění (mezi úrazem a vyhledáním pomoci je odstup několika hodin a dní), některá poranění se vyskytují opakovaně, partner nebo opatrovatel (zákonný zástupce) má problém s alkoholem a drogami, někdo z příbuzných dominuje při odběru anamnézy, nechce opustit místnost nebo působí nevyrovnaným dojmem.

Jiné kultury a cizinci

S rozvojem turizmu a globalizace se setkáváme s pacienty nejen z našeho kulturního, náboženského a sociálního prostředí, ale také z jiných kultur. Na pochopení odlišností, které mohou komplikovat anamnézu i vyšetření, stačí romská menšina, od které nemůžeme očekávat, že v případě náhlého onemocnění změní své návyky, instinkty a bouřlivé emoce, když se tak obtížně mění i v rámci dlouhodobého vývoje v klidových podmínkách. Romové si po staletí zachovávají svoji kulturu, řeč, zvyky, způsob života v rodině v nejšířším slova smyslu. Vždy byli převážně kočovníky žijícími v početné komunitě, která se postarala o každého svého člena zabezpečením bydlení, stravování, specifického způsobu vzdělávání příkladem a vyprávěním, ochranou proti nepřátelskému okolí. Zákazem kočování, odříznutím od tradičních a typických řemesel, trháním rodiny odchodem dětí do škol a mužů do práce mimo osady, náhradou příjmu z práce sociálními dávkami a stěhováním do měst se narušily jejich rodinné vztahy a vztahy s majoritní komunitou. Jejich nedůvěřivost je pochopitelná, pokud víme, že už několik století žijí v Evropě na okraji společnosti, diskriminovaní sociálně, ekonomicky i politicky. Dělat si iluze, že se změní a budou jako majoritní společnost, je nereálné. Při ošetřování v rámci urgentní péče od nás Romové očekávají to, co od svých přirozených autorit, my od nich očekáváme postoje typické pro „gadže“. Zdravotníci jsou u pacienta v pozici silnějšího z partnerů, proto se očekává, že se v rozumné míře přizpůsobí.

Multikulturních rozdílů je nespočetné množství. Častokrát ani nedokážeme zařadit pacienta do konkrétního společenského, kulturního a náboženského rámce, protože jak oblečení, tak etnický vzhled nemusí být určující. Existují však všeobecné zásady, jejichž respektováním se vyhneme možným problémům. Rozdíly mezi náboženstvími se týkají hlavně způsobu oblékání, stravování a půstu, modlení, dodržování svátků, svatých symbolů a písemností.

Při přístupu k akutnímu pacientovi je potřeba postiženého především oslovit, představit se jménem a kvalifikací, vysvětlit důvod poskytování péče, požádat o dovolení položit otázky a zahájit vyšetření. I během vyšetřování je třeba vysvětlovat postup, nálezy a jejich význam a další postup. V mnohých společenstvích ženy mohou vyjádřit svůj názor, ale rozhodnutí uskutečňuje formálně muž nebo nejstarší mužský člen rodiny. Dotyky mezi pohlavími mohou být i při první pomoci problematické. Proto je např. při zástavě krvácení vhodné, pokud tlak v ráně vykonává osoba stejného pohlaví jako postižená osoba. Udržování očního kontaktu při anamnéze a vyšetřování se většinou považuje za správné a dívat se bokem je projev neúcty. V jiných kulturách je přímý