

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Kierunek: Ratownictwo Medyczne

Maja Bieda

Adres do korespondencji: [bieda.maja@gmail.com](mailto:bieda.maja@gmail.com)

Etyka postępowania wobec ludzi chorych psychicznie  
i przejawiających zaburzenia psychiczne w praktyce  
Ratownika Medycznego

Praca napisana pod kierunkiem: dr Ewa Kurleto-Kalitowska

Kraków 2015

## Streszczenie

Postępowanie ratownicze wobec ludzi chorych psychicznie i przejawiających zaburzenia psychiczne powinno zawsze opierać się na ogólnie przyjętych zasadach etyki. Wszystkie czynności i decyzje muszą być ukierunkowane dobrem pacjenta i stanowią nadrzędną zasadę. Każda osoba, bez względu na stan zdrowia (w tym zdrowie psychiczne) i zaburzenia, ma prawo do godnego traktowania. W sytuacjach nagłych, kiedy pacjent jest agresywny czy też autoagresywny, podstawowym działaniem musi być zapewnienie bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i zespołowi Ratownictwa Medycznego oraz osobom postronnym, również z użyciem środków przymusu bezpośredniego. Środki te powinny być traktowane, jako ostateczność, gdy inne metody zawiodły. Przed przystąpieniem do przymusu bezpośredniego, należy uprzedzić daną osobę o jego zastosowaniu oraz wybraniu takiej jego formy, która będzie jak najmniej uciążliwa dla pacjenta. Nawet w trakcie stosowania przymusu, należy starać się zapewnić jak najbardziej „komfortowe” warunki dla pacjenta z poszanowaniem jego godności, co może być bardzo trudne, zważywszy na sam fakt stosowania przymusu bezpośredniego.

Słowa klucze:

etyka w ratownictwie medycznym, stany nagłe w psychiatrii, choroby psychiczne

## 1. Wstęp

Problemy natury psychicznej występują częściej niż myślimy i w dzisiejszych czasach coraz więcej mówi się o zaburzeniach i chorobach psychicznych. Jednakże, w potocznym rozumieniu ludzie nadużywają określenia „choroba psychiczna”. Należy, więc rozróżnić zaburzenie psychiczne od choroby psychicznej. Nie łatwo jest podać prostą i uogólnioną definicję zaburzeń psychicznych. Wiąże się to z tym, iż współczesna psychiatria wymienia wiele ich typów, różniących się między sobą rodzajem objawów, ich nasileniem, długością trwania, oraz odmiennym wpływem na codzienne funkcjonowanie. Istotną kwestią jest również to, że brak jest wyraźnych, ostrych granic pomiędzy zachowaniami i odczuciami prawidłowymi i patologicznymi. Każdy człowiek inaczej postrzega i odczuwa. Oczywiście niektóre aspekty są wspólne dla wszystkich ludzi, jednakże wszyscy są indywidualnymi jednostkami myślącymi i postrzegającymi, dlatego ilu ludzi tyle może być kombinacji objawów. Zatem, nie każde zachowanie odmienne od oczekiwanego musi być przejawem zaburzenia psychicznego czy choroby psychicznej. Współczesna psychiatria różnicuje, więc, zaburzenie psychiczne od choroby psychicznej. Mówiąc o zaburzeniach psychicznych wymienia się zaburzenia nerwicowe, afektywne czy zaburzenia odżywiania, natomiast mianem „prawdziwej” choroby psychicznej określa się szeroko pojętą psychozę. Wszystko, co ludzie robią ma miejsce w kontekście wartości i żadna ludzka aktywność nie jest pozbawiona implikacji etycznych. Zaobserwować można, iż współczesna medycyna stara się być wolna od wszelkich zawikłań etycznych, w takim sensie, że postępowanie odnośnie danego człowieka ma być niezależne od jego przekonań religijnych, politycznych, sytuacji materialnej i pozycji w społeczeństwie. Praktyka medyczna jest natomiast ściśle powiązana z etyką. To właśnie chęć pomocy pacjentowi bez względu na to, kim jest i czym się zajmuje stanowi trzon postępowania etycznego. Niezaprzeczalne jest to, iż wszyscy ludzie mają swoje potrzeby, nie tylko fizyczne, ale i psychologiczne. W kontekście choroby, medycyna często skupia się tylko na leczeniu fizycznym pacjenta, pomijając aspekty psychologiczne. Inaczej dzieje się w istotnym odgałęzieniu medycyny, jakim jest psychiatria. To właśnie psychiatria specjalizuje się w leczeniu psychiki, od diagnozowania po leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Obecnie notuje się wzrost świadomości odnośnie zaburzeń i chorób psychicznych, co przekłada się częstsze wyjazdy zespołów Ratownictwa Medycznego do różnych nagłych stanów psychiatrycznych. W niniejszej pracy, pragnę krótko przedstawić najważniejsze informacje dotyczące etycznego postępowania wobec ludzi chorych psychicznie i przejawiających zaburzenia psychiczne w praktyce Ratownictwa Medycznego.

## 2. Ogólne zasady komunikowania się z osobą z zaburzeniami psychicznymi. Badanie psychiatryczne.

Wyjazdowe zespoły Ratownictwa Medycznego, w kontekście zaburzeń psychicznych, najczęściej wzywane są wtedy, kiedy zachowanie osoby, do której wzywana jest pomoc jest odmienne od tego, które wcześniej prezentowała i niejednokrotnie nagłe, wzbudzające niepokój osób postronnych. Najczęściej to właśnie osoby trzecie – rodzina, znajomi, policja – wzywają pomoc medyczną. Jako najczęstsze przyczyny nagłych interwencji trzeba wymienić pobudzenie psychoruchowe, agresja, zachowania samobójcze, autoagresywne czy zaostrzenie współwystępujących chorób somatycznych. Istotną kwestią są zasady prawidłowej komunikacji z osobą, do której wzywane jest Ratownictwo Medyczne. Należy wyróżnić komunikację werbalną (mowa, pismo, druk, symbole) jak i pozawerbalną (gesty, mimika, wygląd zewnętrzny). Do elementów aktywnego komunikowania się należą m.in.: autentyczność, życzliwość, pozytywne ukierunkowanie na pacjenta, empatia, aktywne słuchanie, ale i umiejętność konfrontacji, asertywność i precyzyjność [1]. Co się tyczy ogólnych zasad kontaktu z pacjentem należy zawsze przedstawić się. To jak pacjent postrzega ratownika medycznego wiąże się z jego ewentualną dalszą współpracą, bądź odmową współpracy. Przy rozmowie należy utrzymywać kontakt wzrokowy (ok. 40-60%). Brak kontaktu wzrokowego może zostać odebrany, jako lekceważenie czy strach, natomiast nadmierny może powodować zachowania agresywne. Należy mówić zrozumiałym językiem, krótkimi zdaniami i spokojnym, stonowanym głosem. Istotne jest, by pozwolić pacjentowi wypowiedzieć się, wysłuchać go, nie przerywać. Przyjąć postawę otwartą, zapytać, czego oczekuje, będąc przy tym autentycznie empatycznym, świadomym własnej postawy i zachowania oraz okazywać szacunek. Zanim dotknie się pacjenta, należy uprzedzić go o tym i przedstawić ewentualne propozycje rozwiązania problemu. Oczywiście trzeba unikać zachowań utrudniających kontakt, jak: etykietowanie, podnoszenie głosu, bagatelizowanie dolegliwości chorobowych czy postawy agresywnej, biernej lub lekceważącej. Istotną kwestią jest również to, iż ratownik/lekarz powinien nie tylko słuchać, co mówi pacjent, ale i próbować zrozumieć, co chce im przekazać. Osoby będące w ostrej fazie psychotycznej bardzo często czują się niezrozumiane i niejednokrotnie mają problemy w przekazywaniu i uzewnętrznieniu swoich potrzeb, obaw czy też oczekiwań. Dlatego też, precyzyjność i aktywne słuchanie mogą pomóc w decyzji odnośnie dalszego postępowania. Można wyróżnić wiele technik aktywnego słuchania, jak parafrazowanie (powtórzenie sensu stwierdzenia wypowiedzianego przez pacjenta własnymi

słowami), odzwierciedlenie (powtórzenie wypowiedzi np.: „mówi pan, że czuje się...”) czy też podsumowanie, które pozwala sklarować i zweryfikować ważne informacje przekazywane przez pacjenta. Najlepszym sposobem wydaje się umiejętne używanie wszystkich z technik aktywnego słuchania na zasadzie przenikania się. Jeśli z uporem ciągle używa się tylko i wyłącznie jednej z technik np. parafrazowania może to wywołać odwrotny niż oczekiwany skutek. Jeżeli pacjent jest bardzo rozdrażniony a ratownik po każdej jego wypowiedzi powtarza swoimi słowami, co właśnie usłyszał, może dodatkowo wzmocnić rozdrażnienie i frustrację, zwłaszcza, jeśli wypowiedzi pacjenta są bardzo krótkie i zdawkowe. Ważne jest również zachęcanie do wypowiedzenia się, zwłaszcza, jeśli ma się do czynienia z pacjentem milczącym. Oczywiście również tu należy odpowiednio kontrolować sytuację, gdyż np. pacjenci w manii mają niejednokrotnie przymus mówienia i tendencję do gadatliwości. Bardzo istotne jest wycucie, elastyczność ratownika i umiejętność odpowiedniego reagowania na sytuację. Ilu ludzi tyle możliwości występowania różnych objawów jednocześnie. Tylko umiejętne wycucie i obserwacja stanowią filar dobrej komunikacji.

Jako że, zespoły Ratownictwa Medycznego - w kontekście zaburzeń psychicznych - mogą być wzywane z wielu powodów, należy „przygotować się na niespodziewane”. Ważną informację stanowi już sama treść wezwania. Im bardziej szczegółowe informacje odnośnie wezwania, tym lepiej można przygotować się już w trakcie drogi na miejsce zdarzenia. Niestety bywa i tak, że zespół RM otrzymuje jedynie szczątkowe informacje, np. treść wezwania „zaburzenia psychiczne” bez żadnych dodatkowych informacji. Często, już dyspozytor medyczny zawiadamia dodatkowe służby – np. policja – w szczególności wtedy, kiedy osoba wzywająca RM zgłasza agresję czy też zachowania samobójcze. Istnieje podstawowy schemat postępowania w kontakcie z osobą z zaburzeniami psychicznymi. Najważniejsze jest oczywiście bezpieczeństwo. To zespół RM musi szybko i sprawnie ocenić sytuację na miejscu zdarzenia. Gdy stwierdzi, że jest bezpiecznie, może przystąpić do działań ratowniczych, natomiast w przypadku braku bezpieczeństwa należy podjąć odpowiednie kroki, jak wezwanie odpowiednich służb (policja, straż pożarna, negocjator) oraz np. usunąć potencjalnie niebezpieczne przedmioty z miejsca zdarzenia. Postępowanie w przypadku przejawów agresji zostanie omówione w kolejnym rozdziale. Najważniejsze jest bezpieczeństwo własne i to zespół musi ocenić, czy dysponuje odpowiednimi zasobami służb medycznych i pozamedycznych. Istotny jest pierwszy kontakt z pacjentem. Ratownik medyczny powinien powiedzieć, kim jest, z jakiego powodu przyjechał oraz zapytać poszkodowanego oraz/lub osoby towarzyszące/świadków zdarzenia, co się stało. Podczas rozmowy/wywiadu należy zwrócić uwagę, jak poszkodowany się zachowuje (spokojny, pobudzony psychoruchowo, zwrócić uwagę na

jego ekspresję mimiczną, postawę ciała, komunikaty pozawerbalne; określić tok myślenia, wypowiedane treści, czy prezentuje objawy psychotyczne, czy ma zamiary samobójcze) [2].

Zebranie wywiadu i obserwacja zachowania pacjenta i jego otoczenia jest nieodzownym elementem postępowania na miejscu zdarzenia. Należy zacząć od podstawowego wywiadu *SAMPLE* a następnie umiejętnie go rozwinąć i starać się uzyskać jak najwięcej informacji. Np. pacjenci psychotyczni niezwykle rzadko sami wzywają pomoc medyczną. Dzieje się tak, dlatego, że w większości przypadków nie posiadają krytycyzmu, co do własnych objawów psychotycznych. Każdy pacjent będzie zachowywał się inaczej i jest to zależne od treści i formy jego urojeń i/lub omamów. Na przykład, pacjent z urojeniami paranoidalnymi i omamami słuchowymi i/lub wzrokowymi często będzie włączał pogotowie ratunkowe do swoich urojeń. Jeśli pacjent uważa, że np. wokoło niego istnieje jakiś spisek, to przyjazd pogotowia ratunkowego może jeszcze bardziej utwierdzać go w przekonaniu, że jego życie, zdrowie czy wolność są zagrożone. Podczas wywiadu z pacjentem należy spróbować nawiązać z nim kontakt werbalny i dowiedzieć się od niego, co się dzieje i jak można mu pomóc. Nasuwa się jednak pytanie: czy rodzina/ partner/świadkowie zdarzenia powinni być obecni przy badaniu psychiatrycznym. Każdy ma prawo do posiadania tajemnicy i ujawniania osobistych przeżyć wybranym osobom. Warto zapytać samego pacjenta czy chce, żeby jego bliscy byli obecni podczas badania psychiatrycznego. Możliwa jest sytuacja, iż pacjent z własnych, osobistych powodów nie chce nic mówić rodzinie odnośnie swoich przeżyć. Bywają również przypadki, że rodzina pacjenta jest włączona w jego urojenia, np. pacjent może być przekonany, iż jego rodzina to sekta, która specjalnie chce się go „pozbyć” i zamknąć w szpitalu. Badanie powinno zawsze być jak najbardziej komfortowe dla pacjenta. Im więcej osób postronnych, tym większe prawdopodobieństwo nieszczerych odpowiedzi. Posługując się standardowym algorytmem *SAMPLE*, ratownik może dużo dowiedzieć się o pacjencie. Pierwsze pytanie odnośnie symptomów daje wskazówki, co do samego nastawienia pacjenta i jego krytycyzmu. Kolejne, dotyczące alergii i zażywanych leków, ukierunkowuje nie tylko na stan fizyczny, ale i psychiczny. Bardzo istotne jest pytanie dotyczące chorób przewlekłych i ewentualnych wcześniejszych hospitalizacji. Daje to nie tylko wgląd w przebieg choroby, ale i pokazuje jej dynamikę. Np. osoba, która już kilkakrotnie była hospitalizowana z powodu prób samobójczych może mieć tendencję do ich urzeczywistnienia. Należy również pamiętać, że często chorobą i zaburzeniom psychicznym towarzyszą inne choroby somatyczne. Pacjent leczony psychiatrycznie z powodu lęków może również przechodzić zawał serca, którego jednym z objawów także jest lęk. Dlatego też, zawsze po wywiadzie należy przystąpić do badania fizykalnego, by wykluczyć inne – nie psychiczne -

stany nagłe. Istotne jest wykluczenie chorób bezpośrednio zagrażających życiu, trzeba więc pamiętać, że osoba chora psychicznie może cierpieć na inne choroby somatyczne a zaburzenia psychiczne mogą być objawem innych zaburzeń. Oprócz zebrania wywiadu, istotna jest również sama obserwacja zachowań pacjenta. Daje ona wskazówki, co do rozpoznania wstępnego i dalszego postępowania. Ważne jest również otoczenie, w którym przebywa pacjent. W przypadku, kiedy ratownik medyczny zostanie wpuszczony do pokoju pacjenta, może dowiedzieć się o jego stanie poprzez obserwacje otoczenia. Należy zwracać uwagę na wszelkie rysunki, wyliczenia na ścianach oraz ewentualny bałagan. Sam wygląd pacjenta daje dużo informacji odnośnie jego odżywiania, ewentualnego zaniedbywania się. Niezrównane jest również pozyskanie informacji od osób w jego otoczeniu. Od rodziny zazwyczaj dowiedzieć się można o dynamice rozwoju zachowań niepokojących. Jeśli pacjenci są bezkrytyczni, to właśnie osoby z ich najbliższego otoczenia mogą udzielić wielu niezbędnych informacji takich jak: długość trwania zachowań niepokojących i ich przebieg, ewentualne zmiany osobowościowe i zachowań a także ewentualne wcześniejsze podobne sytuacje, choroby, hospitalizacje, zachowania samobójcze. Problematycznie zdaje się również to, czy należy bezwzględnie wierzyć w słowa rodziny/partnera. Jak już zostało wspomniane, otoczenie pacjenta może dostarczyć ważnych informacji, które nie zostały ujęte w badaniu psychiatrycznym ani nie zostały zaobserwowane przez zespół Ratownictwa Medycznego. Jednakże, problematyczne wydaje się dotarcie do prawdy, zwłaszcza, jeśli pacjent i osoby z jego otoczenia mają odmienne zdanie i inaczej przedstawiają sytuację. W przypadku, kiedy, wezwanie dotyczy zachowań agresywnych a po przyjeździe na miejsce zdarzenia, zespół RM zastaje pacjenta będącego bardzo spokojnym, nasuwa się pytanie, czy pacjent rzeczywiście przejawiał agresję i ewentualnie, co ją wyzwoliło. Choroby psychiczne często mają dużą dynamikę i np. pacjent bardzo spokojny, nagle i niespodziewanie może stać się agresywnym w dużym pobudzeniu psychoruchowym a pacjent, który zazwyczaj jest pobudzony może nagle wpaść w stupor czy też w katatonie. Istotne są również relacje panujące w miejscu zamieszkania pacjenta. Zaobserwować można przypadki, gdzie pacjent zdiagnozowany i kilkakrotnie już hospitalizowany, będący w złych relacjach z rodziną/partnerem, w trakcie sprzeczki z domownikami, może być specjalnie podżegany do zachowań gwałtownych i tym samym dać pretekst do przymusowego leczenia szpitalnego. Należy mieć zawsze na uwadze możliwość manipulowania faktami przez współmieszkańców pacjenta. Nasuwa się jednak kolejne pytanie, czy pacjent jest w jakimkolwiek stanie udowodnić, że nie jest chory psychicznie? W przeciwieństwie do chorób somatycznych, nie istnieją żadne badania laboratoryjne, która dają niezbity dowód choroby psychicznej. Tylko doświadczeni lekarza

przeprowadzający wyczerpujący wywiad (w tym wywiad środowiskowy), obserwację, ewentualne badania psychologiczne i wykluczenie choroby somatycznej stanowią podstawę diagnozy psychiatrycznej. Po zabraniu wszystkich istotnych informacji, podejmuje się decyzję odnośnie postępowania. To od wielu czynników zależy czy pacjent zostanie w domu czy zostanie przewieziony do szpitala psychiatrycznego/ogólnego. Jeśli ratownik medyczny podejmie decyzję o pozostawieniu pacjenta w domu, musi poinformować go i jego rodzinę o dalszym postępowaniu. Nigdy nie powinno się zostawiać pacjenta samego. Trzeba brać pod uwagę całe badanie, przeszłość pacjenta i ewentualne zachowania/tendencje samobójcze.

### 3. Stany nagłe w psychiatrii i środki przymusu bezpośredniego

Jako że, zespół Ratownictwa Medycznego zazwyczaj wzywany jest do stanów nagłych, wysoce prawdopodobne jest to, iż powodem wezwania będą zachowania samobójcze, pobudzenie ruchowe czy też szeroko pojęta agresja. Co się tyczy zachowań samobójczych szacuje się, że od 80 do 90% osób, które dokonały samobójstwa, zdradzało w okresie poprzedzającym objawy zaburzeń psychicznych lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych [3]. Ukazuje to, iż osoby z zaburzeniami czy też chorobami psychicznymi, częściej od osób zdrowych podejmują próbę samobójczą. Samobójstwo jest tragicznym wydarzeniem, które najczęściej ma związek z występującymi zaburzeniami psychicznymi. Osoba, która dokonała samobójstwa, ujawnia zwykle wcześniej myśli i zachowania, które z czasem mogą ewoluować w kierunku decyzji o samobójstwie. Samobójstwo lub próba samobójcza może być także dokonana pod wpływem impulsu [4]. Można wyróżnić wiele czynników ryzyka samobójstwa, takie jak depresja (szczególnie w przebiegu CHAD), schizofrenia, uzależnienia, zaburzenia osobowości, przewlekłe choroby somatyczne (szczególnie przebiegające z bólem), negatywny stosunek do leczenia, złe relacje w rodzinie czy też samotność i złe warunki socjalne. Ratownik powinien umiejętnie ocenić ryzyko popełnienia samobójstwa po ewentualnym odjeździe zespołu RM.

Ratownik medyczny w swojej pracy narażony jest niejednokrotnie na zachowania gwałtowne i agresywne ze strony pacjenta i/lub osób trzecich w miejscu zdarzenia. W takich przypadkach jest on zobowiązany do wdrożenia działań zabezpieczających i ukierunkowanych na minimalizację zagrożeń zarówno dla zespołu pogotowani ratunkowego, pacjenta i osób postronnych. Istotne jest, aby ratownik medyczny umiał obiektywnie ocenić obecną



sytuację z możliwymi konsekwencjami oraz potrafił oszacować możliwość bezpiecznego działania. W przypadku zachowań gwałtownych oraz narastającej agresji pacjenta, niejednokrotnie trzeba poprosić o pomoc inne służby (jak policja, straż pożarna, negocjator). Celem interwencji zespołów RM jest zawsze ratowanie zdrowia i życia pacjenta. Agresja, może zawsze eskalować a zachowanie pacjenta mogą dać wskazówki, które pomogą przewidzieć jego zachowanie. W ten sposób można oszacować ryzyko agresji. Wyróżnia się agresję słowną, która może przechodzić w agresję fizyczną ukierunkowaną na przedmioty, na samego siebie (pacjenta) i na inne osoby. W przypadku pacjenta agresywnego należy upewnić się, czy dysponuje się odpowiednimi zasobami. Pamiętając o bezpieczeństwie własnym, trzeba ocenić i zabezpieczyć miejsce zdarzenia (np. usunąć potencjalnie niebezpieczne przedmioty). Następnie kluczowe jest zebranie informacji i próba nawiązania kontaktu z pacjentem (wyjaśnienie sytuacji, ukazanie chęci pomocy i ewentualnego postępowania – propozycja podania leków). Przedstawienie się i spokojna wyjaśniająca rozmowa może być czynnikiem zmniejszającym agresję i zachowania gwałtowne, a co w dalszej kolejności może prowadzić do uspokojenia się pacjenta. Jeśli natomiast pacjent w dalszym ciągu przejawia zachowania agresywne bądź „przestaje nad sobą panować”, należy podjąć działania zabezpieczające. Kolejnym krokiem jest ustalenie rodzaju przymusu (przytrzymanie, unieruchomienie, przymusowe podanie leku). Należy bezwzględnie pamiętać o tym, iż aby przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzić o tym pacjenta. Kolejno ratownik medyczny/lekarz wydaje komendę oraz nadzoruje przebieg przymusu. Trzeba oczywiście zapewnić bezpieczny transport do szpitala i dbać o dobro pacjenta (kontrolować jego parametry życiowe oraz wykluczyć przyczyny somatyczne). Ratownik medyczny musi wypełnić kartę przymusu bezpośredniego i powiadomić dyspozytora medycznego. Często niezbędne jest przewiezienie pacjenta do szpitala celem diagnostyki i/lub leczenia. Problematycznie staje się to, kiedy ratownik medyczny widzi bezwzględne wskazanie do przewiezienia pacjenta do szpitala a sam pacjent odmawia. Jeśli zachodzi taka potrzeba, pacjent może zostać przewieziony do szpitala bez jego zgody. Reguluje to Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r, o ochronie zdrowia psychicznego i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania.

Osoby chore psychicznie muszą znajdować się pod specjalistyczną opieką lekarską. Tacy pacjenci bardzo rzadko sami zgłaszają się po pomoc i zazwyczaj to osoby z ich bliskiego otoczenia proszą o pomoc i interwencję służb ratowniczych. Problematyczne staje się działanie przeciwko woli pacjenta, jednakże w sytuacjach kryzysowych bywa niezbędne.

Najważniejsze jest adekwatne postępowanie z pacjentami psychiatrycznymi. Należy uświadomić sobie, iż pacjent nie jest winny stanu, w jakim się znajduje a np. jego przeżyciom psychotycznym towarzyszy ogromny lęk i cierpienie. Zawsze powinno się traktować dobro pacjenta, jako nadrzędną zasadę postępowania ratowniczego. Nie wolno wyzywać się na pacjencie, krzywić na niego, być agresywnym czy lekceważącym. Nawet w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego należy szanować jego godność osobistą i próbować postępować tak, by jak najmniej było to dla pacjenta uciążliwe. W takich sytuacjach warto wyprosić osoby zbędne z miejsca gdzie odbywa się wykonywanie przymusu bezpośredniego. Sam przymus jest niewątpliwie naruszeniem przestrzeni osobistej pacjenta, jednakże, można pokusić się o stwierdzenie, iż jest to też – mimo wszystko- ukierunkowane na dobro pacjenta. Pacjenci psychiatryczni często przejawiają ambiwalencję i zaburzenia woli, dlatego nie należy złości się na pacjenta za to, iż początkowo zgodził się wsiąść do karetki, a minutę później odmówił. Z punktu etyki, problematyczne jest również przenoszenie pacjenta – będącego w kaftanie, czy też przypiętego pasami – z miejsca zdarzenia do karetki. Dużym problemem jest tutaj stygmatyzacja osób chorych psychicznie. W trakcie transportowania pacjenta pod przymusem z miejsca zamieszkania do karetki, ciężko zapewnić mu intymność i ustrzec go przed późniejszymi negatywnymi reakcjami sąsiadów. Zwłaszcza pacjent w kaftanie, transportowany w asyście ratowników medycznych i policji, narażony jest na „zaszufladkowanie jako wariat”. Jeśli zaistnieje uzasadniona potrzeba przewiezienia pacjenta na pilną konsultację psychiatryczną, a nie wyrazi on na to zgodę, ewentualne dalsze konsekwencje niejako schodzą na dalszy plan. Dzieje się tak, ponieważ życie i zdrowie pacjenta jest tu najistotniejsze.

#### 4. Podsumowanie

Wezwania do zaburzeń psychicznych zdarzają się coraz częściej. Dzieje się tak, ponieważ wzrasta świadomość społeczeństwa i przybywa osób chorych na depresję czy też zaburzenia lękowe. Psychika ludzka – a w szczególności jej niedoskonałości – traktowana jest, jako wstydlivy temat. Duża stygmatyzacja osób chorujących psychicznie, nie sprzyja chęci ujawniania swoich niedoskonałości, a co w konsekwencji przekłada się na rozpowszechnianie się krzywdzących mitów odnośnie chorób psychicznych. Ważna jest ocena sytuacji przez zespoły Ratownictwa Medycznego oraz umiejętne i indywidualne „podejście” do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi albo chorobą psychiczną. Ratownik swoją postawą, mową, mimiką oraz zachowaniem, powinien starać się odpo-

wiednio „dopasować” o zastanej sytuacji. Świadomość siebie i swoich reakcji oraz techniki aktywnego słuchania mogą pomóc w komunikowaniu się z pacjentem chorym psychicznie. Niedopuszczalne jest naśmiewanie się z pacjenta i np. z jego urojeń/omamów a także, komentowanie i postawa „prześmiewcza”. Ratownik medyczny powinien zawsze mieć na celu dobro pacjenta i postępować zgodnie z zasadami etyki.

## Bibliografia

1. J. Jaracz, A. Patrzała, *Psychiatria w praktyce ratownika medycznego*, PZWL; Warszawa 2014.
2. J. Kliszcz, *Psychologia w ratownictwie*, DIIFIN; Warszawa 2012.
3. A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, WAM, Kraków 2008.
4. P. Gumienny, *Psychoza*; abcZdrowie.pl, 9.02.2015,  
<<<https://portal.abczdrowie.pl/psychoza-objawy-przyczyny-leczenie>>>
5. T. Szasz, *Mit choroby psychicznej*, tłum. A. Cwojdzńska, [w:] "Przełom psychologii", red. K. Jankowki, CZYTELNIK, Warszawa 1978  
<< <http://filozofia.3bird.net/download/filozofia/fromm/psychologia-thomas-szasz-mit-choroby-psychicznej.pdf>>>
6. G. Hołub, *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, „Medycyna Praktyczna”, 2/2007
7. T. Biesaga, *Samobójstwo aktem wyzwolenia czy samouniżczenia?*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii 2(205) nr 2 , s.124-129

Title:

Behavior towards people with mental illness and mental disorder manifested in the practice of Medical Rescuer

Keywords:

ethics in medical emergencies, psychiatric emergencies, mental illness

Summary:

Emergency procedures to the people with mental illness and manifesting mental disorders should always be based on generally accepted principles of ethics. All actions and decisions must be targeted patient welfare and provide an overarching principle. Any person, regardless of the state of health (including mental health) and disorder, has the right to humane treatment. In emergency situations when the patient is aggressive, the primary action must be to ensure the safety of both the patient and the team of Emergency Medicine, include the use of coercive measures. These measures should be considered as a last resort when other methods have failed. Prior uses coercive belong to warn the person concerned about its use and the choice of being of a nature that would be the least burdensome for the patient. Even in the course of coercion, paramedic should try to ensure the most "comfortable" conditions for the patient with respect for their dignity, which can be very difficult, given the very fact of use of direct coercion.