

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ  
ZÁMĚRNĚ SE INTOXIKUJÍCÍCH V SUICIDÁLNÍM ÚMYSLU**  
**Diplomová práce**

Mgr. Václav Šnorek

2010

Bc. Iveta Drábková

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika ošetrovatelské péče u pacientů záměrně se intoxikujících v suicidálním úmyslu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v plném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24. 5. 2010

.....

Podpis studenta

## Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Václavu Šnorkovi, za odborné vedení, cenné rady a připomínky při psaní mé diplomové práce.

## **ABSTRACT**

Suicide as an individual event as well as a social phenomenon attracts great interest and attention in various spheres, both in the immediate environment of the self-murderer and in broader public.

The definition of suicide differs according to authors and changes in the course of historical development. Most definitions are identical in two essential aspects of suicidal behavior. These are a voluntary individual's intention to terminate his life and a purposeful behaviour leading to death. Suicide is the conscious and intentional killing of oneself.

About 95% of suicidal attempts are just acute intoxications by any amount or kind of a poisonous substance. Acute intoxication belongs to a group of serious conditions threatening human health and life. Acute poisoning is one of the frequent admission diagnoses in the Departments of anesthesiology and resuscitation and Intensive care units. 80% of poisonings are caused by drugs. Damage to the organism by ingesting a poisonous substance is the more significant the longer is the interval between the exposure to noxae and the professional medical assistance provision. For the future fate of the patient the medical equipment and the competence of health professionals who provide intensive care for these patients is crucial. After stabilization of all physiological functions, balancing inner environment of the patient and after the time that may have led to late complications of intoxication, the following phase of treatment is provided by psychological and psychiatric interventions. Determination of suicidal risk among the most common challenge in urgent psychiatry is suicide risk assessment. The aim is to prevent further suicide attempts.

The objective of the thesis was to determine, with regard to the competence of nurses, the predominant character of patients' experience after intoxication, and also the reasons for aggressive behavior of intoxicated patients towards the nursing staff. The third objective was to establish a standard of nursing care of intoxicated patients.

The research was designed as explorative with the goal to map the nursing process in intoxicated patients and to provide information for the establishment of the



standard of nursing care, which should include both somatic and psychological aspects. Quantitative and qualitative methods were combined.

The outcomes of the thesis should lead to detection of the most frequent problems in nursing care for patients with intentional intoxication with suicidal tendency and the establishment of nursing standards to help improve the care of these patients.

## **SEZNAM ZKRATEK**

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

CT – computerová tomografie

EKG – elektro kardo grafické

Event. - eventuálně

Hospit. – hospitalizovaný/á

i.v. – intra venózně

Např. - například

Negat. – negativně/í

Odd. - oddělení

PL – psychiatrická léčebna

RTG – rentgen, rentgenologické

s.c. – sub cutánně

S+P – srdce + plíce

Suicid. - suicidální

Tzv. – takzvaný/ě

ZZS – zdravotnická záchranná služba

## OBSAH

ÚVOD.....	3
SOUČASNÝ STAV .....	5
1.1 Definice otravné látky a otravy organismu.....	5
1.2 Incidence akutních otrav .....	5
1.3 Přehled nejčastěji užívaných látek k intoxikaci v suicidálním úmyslu .....	6
1.3.1 Základní dělení psychofarmak.....	7
1.3.2 Alkohol a jiné návykové látky .....	8
1.3.3 Analgetika.....	9
1.4 Diagnostika akutních otrav v před nemocniční fází .....	10
1.5 Diagnostika akutních otrav v nemocniční fází .....	10
1.6 Hlavní klinické příznaky u akutních otrav.....	11
1.6.1 Poruchy centrálního nervového systému .....	11
1.6.2 Poruchy dýchání .....	13
1.6.3 Poruchy kardiovaskulárního systému .....	13
1.6.4 Poruchy regulace tělesné teploty .....	13
1.6.5 Specifické poruchy vnitřního prostředí.....	14
1.6.6 Akutní poškození jater .....	14
1.6.7 Akutní poškození ledvin .....	14
1.7 Vyšetření žaludečního obsahu, krve a moči na přítomnost toxických látek.....	15
1.8 Základní léčebné postupy u akutních otrav .....	15
1.9 Sebevražedné jednání, definice sebevraždy.....	16
1.9.1 Sebevražda v historii.....	16
1.9.2 Incidence sebevražd .....	18
1.9.3 Příčiny suicidálního jednání.....	19
1.9.4 Rizikové faktory .....	21
1.9.5 Některá vybraná psychická a psychiatrická onemocnění s možností výskytu suicidálního jednání .....	22
1.9.5.1 Problematika závislostí a suicidálního chování.....	23
1.9.5.2 Deprese a suicidální jednání .....	26

1.9.5.3 Suicidální jednání u psychotických onemocnění.....	26
1.9.6 Formy suicidálního chování.....	28
1.9.7 Typologie sebevražd.....	29
1.9.8 Způsoby suicidálního jednání.....	30
1.9.9 Sociální význam sebevražedného jednání.....	31
1.9.9.1 Vliv sebevražedného jednání na nejbližší okolí.....	32
1.9.10 Mýty a fakta o sebevraždách.....	32
1.9.11 Právní aspekty sebevražedného jednání.....	33
1.9.11.1 Hospitalizace bez souhlasu nemocného.....	33
1.9.11.2 Trestní odpovědnost v souvislosti se suicidálním jednáním.....	34
1.9.12 Možnosti pomoci a prevence suicidálního jednání.....	34
1.9.12.1 Primární prevence.....	35
1.9.12.2 Sekundární prevence.....	35
1.9.12.3 Terciární prevence.....	36
1.9.13 Preventivní programy a intervence.....	36
1.10 Úloha sestry v péči o akutně intoxikovaného pacienta v suicidálním úmyslu ...	37
1.10.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	38
1.10.2 Ošetrovatelský standard.....	41
1.10.3 Specifika ošetrovatelské péče o suicidálně intoxikovaného pacienta na JIP42	
1.10.2.1 Charakteristika práce sestry na jednotce intenzivní péče.....	44
1.10.2.2 Ošetrovatelský přístup a komunikace s neklidným agresivním pacientem.....	46
2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	52
2.1 Cíle práce.....	52
2.2 Předpokládané hypotézy.....	52
2.3 Výzkumné otázky.....	52
3. METODIKA.....	53
3.1 Použité metody.....	53
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	53

4. VÝSLEDKY .....	55
4.1 Kazuistiky .....	55
4.2 Analýza kasuistik .....	88
4.3 Výsledky dotazování sester .....	91
4.4 Analýza ošetrovatelské dokumentace .....	100
5. DISKUSE.....	103
6. ZÁVĚR .....	115
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	117
8. KLÍČOVÁ SLOVA .....	124
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	125

Motto:

„ Všichni lidé, s nimiž se setkáváme, mají své osudy, které ovlivňují jejich chování, ale na to příliš málo myslíme. Očekáváme, že budou reagovat tak, jak bychom reagovali na jejich místě my, a proto jim v naprosté většině případů nemůžeme rozumět, nemůžeme je pochopit...“

Johannus Mario Simmel

## ÚVOD

Sebevražda jako jednotlivá událost i jako společenský jev vzbuzuje velký zájem a pozornost v různých sférách. Ať už se jedná o bezprostřední okolí sebevraha, či širší veřejnost. Zejména pokud se jedná o osobu veřejně známou, velký zájem projevují hlavně sdělovací prostředky a média vůbec.

Podstatný je však zájem vědy o tuto problematiku a to z různých hledisek (filosofického, sociologického, psychologického, lékařského, ošetrovatelského apod.). K tomuto fenoménu též svůj postoj zaujímá náboženství. Jako jedna dílčí část základních složek přirozeného pohybu obyvatelstva, to je úmrtnost, je sebevražednost také předmětem zkoumání demografie a geografie.

Definice sebevraždy je u různých autorů a v historickém vývoji různá. Většina definic se shodne na dvou podstatných znacích sebevražedného jednání. Jde o dobrovolný úmysl jedince ukončit svůj život a cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti. Sebevražda je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života.

Asi 95 % suicidálních pokusů tvoří právě akutní intoxikace jakýmkoliv množstvím či druhem otravné látky. Akutní intoxikace patří do skupiny závažných stavů, které ohrožují zdraví i život člověka. V dnešní době jsou právě intoxikace nejčastější příčinou neúrazových kómat v dospělém věku. Akutní otravy patří mezi

častou příjmovou diagnózu jednotek intenzivní nebo anesteziologicko-resuscitační péče. 80% intoxikací je způsobeno léky. Poškození organismu požitím otravné látky, je tím významnější, čím delší je interval od expozice noxou do poskytnutí odborné lékařské pomoci. Pro další osud nemocného je také rozhodující vybavenost zdravotnického zařízení a odborná způsobilost zdravotníků, kteří zajišťují intenzivní péči o tyto pacienty. Po stabilizaci všech fyziologických funkcí, vyrovnání vnitřního prostředí pacienta a překonání doby, kdy může dojít k pozdním komplikacím intoxikace, přichází další součást léčby a tou je psychologicko psychiatrická intervence. Stanovení suicidálního rizika patří k nejběžnějším problémům urgentní psychiatrie. Cílem je zabránit dalšímu pokusu o sebevraždu.

Je těžké zaujmout postoj k sebevraždě, zvláště pro nás profesionály. Způsob, jakým přistupujeme k sebevražedným jedincům, závisí na našem vlastním postoji k sebevraždě. Být s pacienty, kteří prožívají smutek, ztrátu a další negativní emoce, je náročné i na psychiku ošetřujícího personálu, sester zejména. Téma o problematice ošetřování pacientů záměrně se intoxikujících v suicidálním úmyslu jsem zvolila proto, že si myslím, že právě úloha sester je při ošetřování těchto pacientů nezastupitelná. Pro toto povolání musíme být my sestry nejen dobře odborně vybavené, ale také být samy v dobré duševní kondici a na určitém stupni zralosti, abychom mohli s těmito pacienty sdílet jejich těžkou životní situaci, ve které se právě nacházejí. Sdílení, ale neznamená prožívání stejného. Tím, že se chceme bránit negativním emocím, můžeme podvědomě bránit nemocnému v tom, aby nám sdělil své pocity. Pokud nemocný nenalezne odezvu ani prostor pro vyjádření svých pocitů, může se ocitnout v izolaci, mohou v něm vzniknout pocity beznaděje a nepochopení. Touto prací jsem chtěla zjistit úroveň znalostí sester o této problematice, odhalit nejčastější problémy při ošetřování těchto pacientů a vytvořit standard ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty.

## SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Definice otravné látky a otravy organismu*

Otrava je stav, který následuje po proniknutí otravné (jedovaté, toxické) látky do organismu. Je charakterizována chorobnými změnami typickými pro jednotlivé jedovaté látky. Tyto změny narušují zdravotní stav a mohou být příčinou zániku organismu.

Jed je organická či anorganická látka, která svým chemickým nebo fyzikálně chemickým účinkem už v nepatrném množství vyvolává otravu. Jed může být skupenství pevného, kapalného nebo plynného.

Takto všeobecně jsou základní toxikologické pojmy formulovány u většiny autorů. Všeobecná formulace je nezbytná pro postihnutí celé škály stavů, které vznikají po proniknutí otravných látek do organismu (46).

Akutní intoxikace patří do skupiny závažných stavů, které ohrožují zdraví i život pacientů. Množství a druh toxické látky, způsob, doba proniknutí do organismu, velikost distribučního objemu, biologický (eliminační) poločas toxické látky, což je schopnost organismu vyloučit toxickou látku, přetvářet ji na netoxické metabolity a vazebné komplexy, jsou všechno faktory, které rozhodují o dalším osudu intoxikovaného pacienta ještě před prvním kontaktem se zdravotnickými pracovníky. Patofyziologie dějů při poškození organismu toxickou látkou se rozvíjí ve dvou úrovních, které se navzájem prolínají a potencují. Toxické látky mohou vyvolat buď přímé poškození tkání a orgánů nebo alteraci funkcí orgánů a systémů navozující sekundární poruchy fyziologických funkcí v důsledku orgánových změn (48, 61).

### *1.2 Incidence akutních otrav*

Podle literárních zkušeností kolísá incidence akutních intoxikací v závislosti na hustotě osídlení dané oblasti, dále na sociálních podmínkách obyvatelstva, ale také na schopnostech zdravotnického personálu a možnostech zdravotnických zařízení pro stanovení správné diagnózy.



„Podle našich zkušeností i zkušeností literárních převažují u městského obyvatelstva léky požití v sebevražedném úmyslu, zatímco u venkovského obyvatelstva výrazně převažují chemické látky používané v zemědělství.“ (48, s. 17)

### ***1.3 Přehled nejčastěji užívaných látek k intoxikaci v suicidálním úmyslu***

Dle údajů Českého statistického úřadu stojí suicidální otravy na druhém místě v pořadí způsobu provedení sebevraždy. Až do konce 80. let byla nejčastějším způsobem otrava plynem používaným v domácnosti, od počátku 90. let jsou to již otravy pevnými či kapalnými látkami. Dvě třetiny z celkových otrav připadá na sebevraždy léky a léčivy (65).

K intoxikaci může dojít v podstatě po nadměrném užití jakéhokoliv léčiva, záleží na jeho dostupnosti a toxické dávce. Mezi nejčastěji zneužívané léky ve smyslu intoxikace patří psychofarmaka užívaná v medicíně. Ty se dle kanadského psychiatra H. E. Zehmanna u nás dělí na tři základní skupiny, a to na psychofarmaka ovlivňující bdělost a dráždivost, na psychofarmaka ovlivňující afektivitu a třetí skupinu tvoří psychofarmaka ovlivňující psychickou integraci.

Předpis psychofarmak v ČR se řídí směrnicemi zdravotních pojišťoven a je vázán na odbornost lékaře.

Zacházení s omamnými a psychotropními látkami upravuje Zákon o návykových látkách a o změně některých zákonů č. 167/1998 Sb.

Tiskopisy na předpis vydávají okresní úřady a podléhají přísné evidenci (7).

V souvislosti s akutní intoxikací se také často setkáváme s užitím nadměrného množství alkoholu a užíváním návykových látek. Častou skupinou léků, které jsou k intoxikaci zneužívány, tvoří také psychofarmaka užívaná v léčbě bolestivých stavů, analgetika, antiarytmika a celá řada léků, které jsou pro intoxikované jedince dostupné, ať už ve smyslu trvalého léčení jejich akutních nebo chronických onemocnění či onemocnění jejich rodinných příslušníků, příbuzných apod. (7, 42).

### ***1.3.1 Základní dělení psychofarmak***

Anxiolytika

Hypnotika

Antidepresiva

Stabilizátory nálady

Antipsychotika

Anxiolytika – rozvolňují úzkost, mají selektivně tlumivý účinek na centrální nervový systém. Dělí se na nebenzodiazepinová (Meproamat, Guajacuran, Atarax) a benzodiazepinová (Xanax, Neurol, Frontin, Lexaurin, Diazepam, Defobin, Rivotril, Oxazepam, Grandaxin). Jsou relativně málo toxické, klinicky způsobují ospalost, ataxii, setřelou řeč, svalovou hypotonii, útlum dýchacího centra, hypotenzi, bradykardii. Antidotem je Anexate. Zvláštní skupinu tvoří tzv. další psychofarmaka s anxiolytickým účinkem. Do této skupiny zařazujeme antidepresiva, antipsychotika a beta blokátory (7).

Hypnotika – snižují luciditu vědomí a navozují spánek. Dělí se na hypnotika I., II. a III. generace. U nás v současné době patří mezi nejvíce používané Nitrazepam, Rohypnol, Dormicum, Stilnox, Zopiclon, Hypnogen a další. Mezi další psychofarmaka, která také působí hypnoticky, řadíme opět antidepresiva, antipsychotika, ale též antihistaminika a některé rostlinné přípravky (7).

Antidepresiva – působí zlepšení patologicky depresivní nálady a další příznaky, které jí doprovázejí. Dělí se tricyklická (Amitriptylin, Prothiaden), tetracyklická (Trittico), inhibitory monoaminoxidázy (Aurorix, Jumex), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Prozac, Cipralox, Zolof), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a adrenalinu (Coaxil), inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu (Welibutrin), noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva (Remeron, Esprital) + ostatní antidepresiva (7).

Stabilizátory nálady – používají se u rekurentních stavů, hlavně u bipolárních afektivních poruch a schizoafektivních poruch. Patří sem např. Biston, Tegretol, Neurotop, Orfiril, Depakine chrono, Lamictal a další (7).

Antipsychotika – užívají se k léčbě psychotických příznaků, zejména schizofrenie. Antipsychotika I. generace, dříve nazývané klasické či konvenční či

neuroleptika tvoří první skupinu a patří sem např. Chlorpromazin, Perfenazin, Haloperidol. Zástupce II. generace tvoří např. Dogmatil, Risperdal, Zyprexa (7).

### ***1.3.2 Alkohol a jiné návykové látky***

O alkoholu lze říci, že je nejrozšířenější drogou a alkoholismus představuje nejvýznamnější zdroj ekonomických, sociálních, ale také zdravotních problémů.

Alkohol je ve své podstatě jednoduchá, malá molekula –  $C_2H_5OH$  – etanol, která vzniká kvašením cukrů. Zároveň je to droga plná rozporů. V jedné chvíli je schopna v nás vyvolat pocity lásky, které se snadno mohou změnit v agresivitu a zuřivost. Při hladině vyšší jak 2 g/ kg váhy dochází k narkotickému stadiu a pokud hladina alkoholu v krvi přesáhne 3 g/ kg dochází k těžké intoxikaci s následným rizikem bezvědomí, zástavy dechu a smrti (7, 42).

Mezi další návykové látky zařazujeme opioidy, kanabinoidy, kokain, amfetamin a jeho deriváty. V souvislosti s užíváním těchto látek hovoříme buď o akutní intoxikaci, škodlivém užívání, syndromu závislosti, dále o psychických poruchách po nadužívání těchto látek a také o odvykacím, eventuálně delirantním stavu.

Opioidy mají zejména tlumivý, uklidňující a analgetický účinek, způsobují ale silnou tělesnou a psychickou závislost. Zástupce tvoří opium, morfin a jeho deriváty (kodein, heroin, metadon). Při akutní intoxikaci dochází k útlumu, apatii, zpomaluje se psychomotorika, zornice jsou zúžené, hrozí útlum dýchacího centra, hypotenze, somnolence až kóma.

Kanabinoidy patří mezi psychoaktivní látky, pochází z tzv. indického konopí. Jejich účinek je antikonvulzivní, antiemetický, hypotenzivní a analgetický. Jedná se o hašiš a marihuanu, které jsou nejčastěji zneužívanou psychoaktivní látkou na celém světě. Při akutní intoxikaci se objevuje agitovanost, změny nálady, poruchy vnímání, myšlení.

Kokain je alkaloid z listů koky, který vyvolává halucinace, euforickou excitaci. Jeho užívání vede k závislosti. Může se užívat šňupáním nebo parenterálně injekční aplikací. Upravený kokain s jedlou sodou, tzv. crack, se kouří nebo inhaluje. Při akutní intoxikaci dochází k euforii, megalománii, hrubosti, neklidu s agresivitou, k poruchám

vnímání, tachykardii, k poruchám srdečního rytmu, křečím, při těžké intoxikaci vzniká riziko oběhového selhání.

Amfetamin a jeho deriváty – pervitin, ritalin, efedrin, fenmetrazin, většina anorektik, tzv. „taneční drogy“ (Extáze), krystalická forma metamfetaminu tzv. „Ice“ (led). Při akutní intoxikaci způsobují neklid, třes, hyperreflexii, poruchy spánku, mydriázu, tachykardii, psychomotorický neklid, agitovanost, halucinace, zvracení, křeče, epileptické záchvaty, srdeční selhání, oběhové selhání, vazospasmy s rizikem infarktu myokardu, kóma.

Psychomimetika – halucinogeny vyvolávají přechodný psychotický stav s halucinacemi, změnami nálady, s bludy a změnami vnímání časoprostoru. Typickým představitelem je LSD, které se chová naprosto nevypočitatelně. Po požití mohou být opakovaně pozitivní prožitky a pak náhle nepříjemný, intenzivní prožitek při dalším požití, tzv. „horror trip.“ Při akutní intoxikaci se objevuje tachykardie, poruchy nervosvalové koordinace, rozšíření zornic, palpitace, pocení a zimomřivost, třes, neostře vidění (7, 21, 35).

### ***1.3.3 Analgetika***

Bolest je jeden z nejobávanějších symptomů všech pacientů. Bohužel často bývá nedostatečně léčena, a to zejména bolest chronická. Bolest je subjektivní prožitek, který je spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání. Právě pro její subjektivní vnímání nelze odhadnout reakci jedince na krutou bolest, která se stává nesnesitelnou. A právě analgetika bývají často lékem, kterým se lze velice snadno předávkovat, ať už neúmyslně či právě záměrně s cílem ukončit svůj život a tím i utrpení spojené s krutou bolestí.

Analgetika dělíme na neopioidní, např. Paracetamol, kyselina acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika- Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin, Coxtral a analgetika opioidní. Z těch slabších jsou o např. Tramal nebo Codein, z těch silných např. Morfin, Fentanyl, Sufentanil atd. Samostatnou skupinu tvoří tzv. adjuvantní analgetika, což jsou léky, jejichž primární indikace je jiná než analgetická. Jedná se o antidepresiva, antiarytmika, antiepileptika, spasmolytika aj. (7).

#### ***1.4 Diagnostika akutních otrav v přednemocniční fázi***

V této fázi je nejdůležitějším kritériem správného postupu znalost časných klinických příznaků jednotlivých otrav. Ta rozhoduje o včasném a správném stanovení diagnózy, o včasném transportu pacienta do zdravotnického zařízení na odpovídající pracoviště a v neposlední řadě o včasném zahájení adekvátní terapie.

Vzhledem k tomu, že intoxikace jsou nejčastější příčinou netraumatických kómat v dospělém věku a je nutno na ně myslet u všech poruch vědomí nejasné etiologie, musíme ke každému pacientovi s podezřením na akutní intoxikaci přistupovat jako k nemocnému, který je ve stavu vitálního ohrožení. Jednak proto, že většinou neznáme bezpečně druh a množství toxické látky, a jednak proto, že dynamika patofyziologických změn a současné zhoršování klinického stavu pacienta může být velice rychlá.

Neméně důležitou součástí přednemocniční fáze je také nutnost zajistit na místě prvního zásahu zdravotnického personálu zbytky otravné látky, např. prázdné obaly od léků či jiných látek, které mohou intoxikaci způsobit. Pokud je to možné, tak je vhodné též zajistit případný biologický materiál na toxikologické vyšetření.

Dobrá znalost klinických příznaků provázející intoxikace je také nezbytná pro včasné zahájení terapie, často právě již v této fázi, např. aplikace Atropinu při otravě organofosfáty či Naloxonu při otravě benzodiazepanovými psychofarmaky, ještě před transportem pacienta do zdravotnického zařízení (7, 48, 61).

#### ***1.5 Diagnostika akutních otrav v nemocniční fázi***

Akutní intoxikace patří mezi častou příjmovou diagnózu na jednotky intenzivní péče či lůžka akutní resuscitační péče. V posledních letech se častěji používá pojem intoxikační trauma, dříve nemoc z intoxikace. Pojem zahrnuje celý komplex příznaků (dehydratace, šok, bezvědomí, aspirace, myorenální syndrom apod.). Čím je interval od expozice noxy do poskytnutí odborné lékařské pomoci delší, tím je toto trauma významnější a riziko poškození organismu až možnost úmrtí velmi rychle narůstá. Včasná a účinná neodkladná léčba je cílena do obou úrovní poškození toxickou látkou.

Zaměřuje se na inaktivaci a eliminaci noxy a na eliminaci sekundárního poškození orgánů a rozvoj komplikací (61).

### ***1.6 Hlavní klinické příznaky u akutních otrav***

Nález těchto příznakových souborů u intoxikovaného pacienta pomáhá ověřit a upřesnit správnou diagnózu. Klinické příznaky i celé soubory klinických příznaků, které jsou typické pro jednotlivé toxické látky, mohou být ale zastřeny např. při dlouhodobém medikamentózním léčení pro onemocnění předcházející intoxikaci nebo při otravách více otravnými látkami současně (48).

#### ***1.6.1 Poruchy centrálního nervového systému***

Vlivem látek tlumících centrální nervový systém (mezi nejdůležitější patří alkoholy a glykoly, benzodizepiny, barbituráty, opioidy, nebarbiturátová sedativa a hypnotika, tricyklická a jiná antidepresiva, antiepileptika, antihistaminika, antihypertenziva) dochází ke kvantitativní poruše vědomí, což je nejčastější příznak u akutní intoxikace. Mezi kvantitativní poruchy vědomí zahrnujeme poruchy vigility různé intenzity, somnolenci, sopor a kóma. Látky, které mají tlumivý účinek na centrální nervový systém zpravidla, způsobují další příznaky útlumu funkcí organismu, např. bradykardii, hypotenzi, mělké či povrchní dýchání, hypotermii, miózu, omezení střevní peristaltiky. Existují také výjimky, kdy naopak tyto tlumivé látky mohou vyvolat např. tachykardii, křeče, někdy může dojít k rozvoji plicního edému (při předávkování opioidy, sedativy, hypnotiky (7, 48).

Druhou skupinou jsou kvalitativní poruchy vědomí, které lze rozdělit do tří podskupin. První podskupinou jsou tzv. mráкотné stavy, kdy se jedná o změnu vědomí při zachovalé schopnosti jednání, psychomotorické a kognitivní funkce jsou zpomalené, častá je amnézie na čas jednání. Tyto stavy se často vyskytují např. při intoxikaci alkoholem. Druhou podskupinou kvalitativních poruch vědomí jsou stavy zmatenosti. Etiologicky se jedná o nejednotný syndrom se zmateným, inkoharentním myšlením, psychomotorickým neklidem. Tyto poruchy jsou právě časté u intoxikací nebo u

polékových poruchách vodního a elektrolytového hospodářství. Tyto stavy je ovšem nutno diagnosticky odlišit od atypických projevů psychóz. Třetí podskupinou jsou delirantní stavy, což jsou organicky podmíněné psychotické projevy s nejrůznějšími příznaky, např. poruchy pozornosti, dezorientace, poruchy vnímání, motorický neklid, agresivita atd. (7).

Vlivem látek stimulujících centrální nervový systém (mezi nejdůležitější patří amfetaminy, kokain, námelové alkaloidy, LSD, syntetická analoga, sympatomimetika, anticholinergika, salicyláty, teofylin, kofein) dochází k hyperaktivitě, tachykardii, dysrytmii, hypertenzi, tachypnoei, agitovanosti, neklidu, k toxické psychóze, třesu, křečím, mydriáze, hypertermii, v těžkých případech ke kómatu. Intoxikace halucinogenními látkami, např. amfetaminy, kokainem, etanolem, LSD apod., se projevují halucinacemi, nejčastěji zrakovými, dezorientací, panickou reakcí, toxickou psychózou, tachykardií a dysrytmiemi, hypertenzí, tachypnoei, reaktivní mydriázou, hypertermií, vlhkou kůží (35, 48).

Křečové stavy, provází celou řadu intoxikací, nejčastěji po amfetaminech, kokainu, teofylinu, antidepresivech, salicylátech, alkoholu atd. K rozvoji křečí může dojít až do 48 hodin po požití noxy a mohou trvat až 6 hodin, nutné je myslet i na možnou přítomnost intrakraniálního úrazového krvácení, zejména při intoxikaci alkoholem (48).

Anticholinergní příznaky - mezi látky s centrálním anticholinergním účinkem patří např. antipsychotika, antidepresiva, halucinogeny. Tento účinek je jen částí jejich celkového působení a v rámci toxicity dané látky nebývá závažný (48).

Cholinergní příznaky - tyto příznaky vyvolávají zejména organofosfáty, karbamáty, parasympatomimetika. Účinek těchto látek se může projevit zvýšeným slzením, sliněním, zvýšenou bronchiální sekrecí, bronchospasmy, zvýšenou střevní peristaltikou, průjmami, častějším močením, miózou, křečemi, v závažnějších případech až kómatem (48).

### ***1.6.2 Poruchy dýchání***

Při, během a po akutních intoxikacích může být dýchání ovlivněno různými způsoby. Jeden ze způsobů byl již popsán výše, a to útlum centrálního nervového systému. Mezi další vlivy zahrnujeme obstrukci dýchacích cest, např. zvratky, cizím tělesem, bronchiální hypersekrecí či bronchospasmy, dále je zde ovlivnění plicního parenchymu ať už aspirací, atelaktázou, plicním edémem či intersticiálním procesem až fibrózou. K postižení dýchacích svalů dochází zejména při křečích, při otravách, látkami způsobujícími svalovou paralýzu. Dýchání také ovlivňuje vytěsnění kyslíku z atmosféry, např. při otravách oxidem uhličitým. Otravy oxidem uhelnatým způsobují změnu hemoglobinu na karboxyhemoglobin, což je proces, který opět způsobuje poruchy dýchání. K postižení vnitřního dýchání dochází při otravách kyanidy, sirovodíkem, při inhalaci vyšších koncentrací čpavku, chloru, oxidu uhelnatého apod. může dojít až k náhlé zástavě dechu (21, 48).

### ***1.6.3 Poruchy kardiovaskulárního systému***

U kardiovaskulárního systému pozorujeme při intoxikacích celou řadu poruch. Může se jednat o různý stupeň hypotenze nebo naopak o hypertenzi s následným snížením tlaku. Zpomalená srdeční frekvence bývá způsobena např. při intoxikaci beta blokátory, benzodiazepiny. Barbiturátová hypnotika vyvolávají nejprve tachykardii, která přechází později v bradykardii. Stimulující látky vyvolávají tachykardii, dysrytmii, vzácně se může objevit reflexní bradykardie (21,48).

### ***1.6.4 Poruchy regulace tělesné teploty***

Řada otrav bývá spojena se zvýšením tělesné teploty. V některých případech může vysoká teplota převýšit regulační schopnost organismu, potom se jedná o tzv. hypertermický syndrom, na který nás může upozornit svalová rigidita. V diferenciální diagnostice je nutno odlišit jiné stavy se zvýšenou teplotou – infekce, akutní pankreatitida, úpal, dehydratace atd.



Opakem hypertermie je hypotermie, stav kdy klesá teplota tělesného jádra pod 35° C, při hluboké hypotermii pod 28° C. Hypotermii různého stupně způsobuje zejména otrava alkoholem, neuroleptiky, sedativy či hypnotiky, opioidy, oxidem uhelnatým apod. Každá látka tlumící centrální nervový systém a snižující vědomí může ve svém důsledku vést k hypotermii. Nebezpečí podchlazení spočívá v tom, že je lze klinicky velmi snadno přehlédnout, zejména u osob nad 65 let (42, 48).

#### ***1.6.5 Specifické poruchy vnitřního prostředí***

Řada intoxikací je spojena s rozvojem závažné metabolické acidózy v souvislosti s působením a metabolismem dané látky. Metabolická acidóza je typická pro otravy metanolem, etylenglykolem, salicyláty, nesteroidními antirevmatiky, etanolem, kyanidy, toluenem a dalšími látkami.

Další poruchou vnitřního prostředí je tzv. zvýšené osmolální okno. Mezi látky, které z toxikologického hlediska způsobují toto zvýšení, patří např. metanol, etanol, etylenglykol, z medicínského hlediska pak i manitol, sorbitol a některé radiokontrastní látky (48).

#### ***1.6.6 Akutní poškození jater***

K akutnímu selhání jater může dojít v souvislosti s celou řadou intoxikací. Např. toxická dávka paracetamolu pro dospělé osobu je 7g a více. Akutní i chronické poškození jater způsobuje etanol. Vzácně může dojít k poškození jater při požití např. halotanu či izoniazidu (48).

#### ***1.6.7 Akutní poškození ledvin***

Odlišení toxického a ischemického postižení ledvin je v klinické praxi obtížné. Ischemické postižení mnohdy převažuje a překrývá poškození toxickou látkou. S jistotou bylo poškození ledvin prokázáno u otrav etylenglykolem (Fridex) a paraquatem (druh neselektivního herbicidu, který vyrábí firma Syngenta a prodává jej

pod názvem Gramoxone). Za 24 až 48 hodin po akutní intoxikaci paracetamolem dochází k poškození ledvin i jater (48).

### ***1.7 Vyšetření žaludečního obsahu, krve a moči na přítomnost toxických látek***

Žaludeční obsah, zvratky intoxikovaného pacienta nebo výplachovou tekutinu získanou jako první porci při výplachu žaludku odesíláme co nejdříve do laboratoře.

Vzorek moči též získaný z první porce v množství alespoň 50 – 100 ml odesíláme k toxikologickému rozboru.

Krevní vzorek v množství alespoň 10 ml se odesílá k rozboru na toxikologii, nejčastěji pro stanovení hladiny alkoholu, ale i přítomnost různých druhů léčiv.

Současně s řádně označenými vzorky biologického materiálu do laboratoře odesíláme důsledně vyplněnou žádanku na požadovaný rozbor. Je nutné uvést všechny dostupné údaje týkající se klinického stavu pacienta, klinického podezření na konkrétní toxické látky, informace o dlouhodobé terapii, o jaký druh biologického materiálu se jedná, časové označení odběru materiálu a zda je vyšetření požadováno na statim nebo rutinní vyšetření. Pokud známe přibližnou dobu, kdy k intoxikaci došlo, též jí uvádíme na žádanku k toxikologickému vyšetření (1, 48).

### ***1.8 Základní léčebné postupy u akutních otrav***

V přednemocniční péči je prvořadým úkolem zamezit další expozici toxické látky všemi dostupnými prostředky. Na místě je třeba získat co nejvíce informací od pacienta, od rodiny, příbuzných, svědků, prohledat okolí a zajistit lékovky, obaly od léků, eventuálně biologický materiál. Samozřejmostí je zhodnocení a zajištění základních vitálních funkcí dle obecných pravidel. Hospitalizace je doporučena u každé intoxikace. Směřování nemocných s akutní otravou na odpovídající lůžko by se mělo řídit klinickým stavem pacienta a předpokládanými léčebnými nároky. Podezření na suicidium a intoxikace návykovými látkami jsou vždy důvodem k hospitalizaci na JIP z důvodu nutného nepřetržitého dohledu nad těmito pacienty (61).

Základní algoritmus péče o akutně intoxikované pacienty se v podstatě neodlišuje od jiných kritických stavů. Principy léčby mají život zachraňující význam,

brání rozvoji komplikací, hlavně alteraci oběhu, aspiraci do dýchacích cest a plic, rozvratu acidobasické, elektrolytové a vodní rovnováhy, hypo či hypertermii. Dále je nutné zabránit dalšímu vstřebávání noxy, tzv. primární eliminace a urychlit eliminaci již vstřebané toxické látky nebo jejích metabolitů, případně pokud existují, podat antidota. Neméně důležité je zjištění toxikologických informací. K tomu slouží toxikologické středisko, které sídlí v Praze a informace o akutních intoxikacích podává 24 hodin denně. Tato služba funguje nejen pro lékaře, ale také pro laiky. Konzultace toxikologického střediska je způsob, jak nejrychleji získat ucelené informace o toxickém účinku, toxické a letální dávce, o farmakokinetice a eliminaci, o možnostech léčby včetně dostupnosti a indikace podání specifických antidot (29, 48, 61).

### ***1.9 Sebevražedné jednání, definice sebevraždy***

Sebevražedné jednání se v lidské společnosti vyskytovalo vždy, i tehdy, když bylo společností odmítáno a trestáno.

Sebevraždu lze definovat jako násilné jednání s úmyslem zničit vlastní život, jako projev agrese vůči vlastní osobě. Je to porucha pudu sebezáchovy, dobrovolné rozhodnutí připravit se o život. Pro odlišení od jiných forem autodestruktivního jednání je rozhodující přání zemřít a volba prostředků, jimiž lze sebevraždu uskutečnit. Tím se sebevražda odlišuje od náhodného, nechtěného sebezabití nebo od ukončení života v rámci sebeobětování, např. při politickém protestu (36, 39, 50, 53, 57).

#### ***1.9.1 Sebevražda v historii***

Společenské postoje k sebevražednému jednání se v průběhu historie měnily v souvislosti s tím, jaký zrovna převažoval obecný názor na život.

Antická společnost nehodnotila sebevraždu jako mravně zavrženíhodný čin, i když zpočátku vymezovala okolnosti přijatelné pro spáchání sebevraždy. Aristoteles považoval sebevrahy za zbabělce, sebevražda pro něj znamenala překročení zákona. Stoická škola už otevřeně prosazovala právo člověka ukončit svůj život, pokud mu ten přinášel utrpení. Kvalita života byla považována za důležitější než jeho kvantita – délka.

Z historie známe např. sebevraždu stoického filozofa Seneky v Římě nebo sebevraždu Demosthena v Řecku (22, 53).

Ve starověku byla sebevraždnost vysoká ve všech kulturách, v Řecku, v Římě, v Egyptě šlo o běžný, často i veřejně propagovaný způsob smrti, příkladem je egyptská královna Kleopatra. Totéž platilo o Indii, Číně, v Japonsku byla sebevražda považována za čin hodný obdivu, právě zde vznikl tradiční sebevražedný rituál harakiri (22, 53).

Ve středověké Evropě se názor na sebevraždu měnil s postupujícím rozvojem křesťanství. Bible, jako základ křesťanského učení, ale k problematice sebevražd nezaujímá žádné jednoznačné hodnotící stanovisko. V roce 542 církevní koncil v Arbes dokonce odsoudil sebevraždu jako smrtelný hřích a sebevrazi byli vystavováni mnoha sankcím, církevním i světským. Křesťanství proti sebevražednému jednání nepůsobilo jenom sankcemi, ale také nepřímo tím, že lidem poskytovalo smysl života a podporou víry v rovnost před Bohem, když už ne na tomto světě (3, 22, 39, 53).

Společenské názory a postoje k sebevraždě se zásadněji začaly měnit až v 18. stol. Francouzští osvícenci A. Voltaire a J. J. Rousseau byli přesvědčeni, že s určitými výhradami má člověk právo rozhodovat o svém životě. Sankce proti sebevrahům ve formě právních předpisů se však držely ještě velmi dlouho, zákony proti nim byly platné po celé 19. stol., v Anglii dokonce až do roku 1961 (39, 53).

Postoje k sebevraždě souvisely i se způsobem interpretace jeho příčin. Sebevražda byla často chápána jako projev nějaké duševní poruchy. Koncem 18. stol. se sebevraždami začala důkladněji zabývat medicína, psychologie a sociologie. Byly položeny začátky vědeckého zkoumání příčin a souvislostí sebevražd, a tím také možnosti jejich ovlivnění. Ovšem hanlivý přízvuk si sebevražda zachovává dosud. Rodina se často snaží utajit tuto záležitost. „Někteří sociologové hovoří o suicidii necitelně jako o jevu sociální patologie zařaditelné mezi zločinnost, používání drog a prostituci.“ (39, s. 528, 48)

V průběhu 20. století se dokonané suicidium stává dosti častým jevem. Dochází k výkyvům, které jak se zdá pravděpodobně souvisely se společenskou situací v našem státě. Takový může být vzestup sebevraždnosti začátkem třicátých let související s hospodářskou krizí, ve čtyřicátých letech s druhou světovou válkou a jejími následky. Menší vzestup nastal též začátkem padesátých let, což též nepochybně souviselo s

tehdejší politickou situací. Po roce 1970 je možné pozorovat pozvolný sestup, který trvá dosud. Jiný je ovšem trend u adolescentů, zde bohužel v průběhu devadesátých let 20. století dochází k vzestupu (22, 28).

### ***1.9.2 Incidence sebevražd***

Ročně dochází celosvětově asi k jednomu miliónu dokonaných sebevražd. Současný trend není nadějný a ke zhoršování dochází zvláště u mládeže, souběžně s rostoucí agresivitou a užíváním drog.

Dle mezinárodní centrální evidence, je z padesáti evropských zemí největší sebevražednost v Litvě, pak následuje Rusko a pobaltské státy, dále pak Maďarsko, Česká republika se nachází zhruba uprostřed. Vyšší sebevražednost má také např. Finsko, Ukrajina, Rakousko, Švýcarsko, nižší je ve Švédsku, Polsku, Německu. Nejnižší výskyt je v Portugalsku, Španělsku, Anglii, Řecku, Gruzii a Arménii, pokud lze na údaje spoléhat. Lze obecně říci, že sebevražedné tendence klesají ve směru na jih a západ. První může souviset s délkou slunečního svitu a jeho vlivem na depresivní poruchy, druhé s celkovou uspořádaností a stabilitou poměrů. Paradoxně také k poklesu sebevražd dochází v dobách všeobecného ohrožení a strádání, ve válečném období, kdy jsou lidé společně nějak postiženi a nikdo se necítí izolován se svým neštěstím (22, 39, 62).

Česká republika dosáhla vrcholu v počtu spáchaných sebevražd při doznívání krize po roce 1930, kdy připadalo 35 sebevražd na 100 000 obyvatel. Tento poměr vyvažovalo ve společném státě Slovensko, které předtím i potom dosahovalo sotva třetinu tohoto počtu. Platilo, že země s nízkou industrializací a urbanizací a se silným vlivem církve, neměly tak vysoký počet sebevražd. V 70. letech po vyrovnání hospodářských rozdílů došlo v Čechách k trvalému snižování počtu sebevražd (22, 39).

Od poloviny 60. let je v Československé republice vedena přesná evidence nejen dokonaných sebevražd, ale i pokusů o ni. Povinností každého lékaře je povinné hlášení takových událostí, tzv. suicidálním hlášení a rovněž i konkrétní přesná evidence spojená s každou hospitalizací osob, které se o suicidium pokusily. Z dosavadních poznatků se jednoznačně ukazuje, že suicidálním pokusy jsou mnohem častější než dokonané

sebevraždy. Souhrny ukazují na poměr tří suicidálních pokusů na jednu dokonanou sebevraždu (22, 28).

Existuje také poměrně velký rozdíl mezi jednotlivými pohlavími. Ženy realizují mnohem více suicidálních pokusů, ale méně dokonaných sebevražd než muži. Na jednu sebevraždu ženy připadají čtyři sebevraždy mužů (3, 28).

Je známá i zřetelná závislost na ročním období či denní době. Nejvíce sebevražd je realizováno v dubnu a květnu, méně často pak k sebevraždám dochází v zimě a v období okolo vánoc. Na Štědrý den končí život podstatně více mužů, ale celkový počet sebevražd je tento den výrazně podprůměrný (22, 28).

### ***1.9.3 Příčiny suicidálního jednání***

Sebevražda je aktem násilí obráceného proti sobě. Je výrazem hlubokého zoufalství člověka, který neumí, nemůže, nechce už hledat řešení své situace a nevidí jiné východisko, než spáchat sebevraždu. Sebevražda za sebou nechává spoustu otázek a žádné odpovědi, protože ten kdo by mohl odpovědět, zemřel, a nelze se ho tedy zeptat. My se můžeme pouze domýšlet, jaké okolnosti ho vedly k tomu, že tak radikálním způsobem řešil nějaký problém (50).

Příčiny či zvýšené riziko sebevražedného jednání jsou velmi rozmanité. Sebevražedné jednání je obvykle podmíněno multifaktoriálně, tzn., že závisí na kumulaci různých zátěží, získaných nebo vrozených, anebo na nezvládnutých podnětech. Rizikové faktory lze hodnotit jako nespécifické, zvyšující pohotovost k sebevražednému způsobu reagování (53).

Sebevraždou jsou především ohroženi děti a dospělí, kteří nemají dostatek znalostí, dovedností a zkušeností se zvládáním náročných životních situací, staří lidé se mohou cítit osaměle a život pro ně může ztrácet smysl. Osoby, které byly vytrženy ze svého obvyklého řádu, např. lidé po automobilové nehodě, po přestěhování do cizího a neznámého prostředí, lidé postrádající smysl a cíl svého života, např. nezaměstnaní, jsou další ohroženou skupinou. Specifickou rizikovou skupinou jsou pracovníci v pomáhajících profesích (39, 50).

Jednou z velmi častých příčin je duševní onemocnění. Sebevražedně často jednájí lidé s depresivní poruchou nebo lidé, kteří jsou pod vlivem halucinací nebo bludů. Také poruchy osobnostního vývoje zvyšují tendenci k abnormálnímu jednání a chování, tedy i k sebevražednému jednání. Pokud se jedná o velmi důkladně až drasticky dokonané sebevraždy, podílejí se na nich z duševních onemocnění zejména afektivní psychózy a schizofrenie (3, 39, 50).

Velký význam mezi příčinami sebevražd má také návykové požívání alkoholu a drog. U drogově závislých se ale část sebevražd překrývá s náhodným sebezabitím vlivem porušeného vědomí a vnímání nebo s předávkováním (39, 53).

Své místo zde má i faktor pohlaví. Postoj k sebevražednému jednání závisí na gender roli a je ovlivněn biologicky a sociálně. Pro muže a ženy nemá sebevražda stejný význam, ženy a muži mají jiné motivy a obvykle volí jiný způsob sebevraždy. U žen jsou častější potíže v citových vztazích či v osobním životě. U mužů převažují problémy v oblasti seberealizace, ztráta společenského postavení, ztráta zaměstnání apod. Rozdíly dané specifitami rolí se projevují nestejnou tendencí reagovat v různých životních fázích sebevražedným jednáním, nestejný bývá i způsob vyrovnávání se zátěžemi (39, 50, 53).

Vliv sezónních a klimatických vlivů byl již zmíněn. Suicidální jednání se vyskytuje častěji na jaře a na podzim, méně časté je v období letních měsíců. Studie ze skandinávských zemí potvrdily vliv světla, zejména jeho nedostatek na vznik pesimismu a pocitů beznaděje (53).

Nezanedbatelným faktorem pro vznik sebevražedného jednání je věk. Rizikovým obdobím je věk 15 až 19 let, výskyt sebevražd je vyšší u adolescentních chlapců, a také pokročilý věk od 60 let výše. U adolescentů může být příčinou sebevražd nedostatek času a zájmu ze strany příliš zaměstnaných rodičů, rozpadající se rodina, rostoucí agresivita a šikana ve školách, školní neúspěch, narůstající tendence v konzumaci alkoholu a drog, sexuální zneužívání, traumatická událost apod. U starších lidí se motivačně mohou uplatňovat vleklá nebo infaustní onemocnění, trvalá invalidita, chronická bolest, odchod do důchodu, ztráta partnera atd. (22, 24, 39, 53).

#### ***1.9.4 Rizikové faktory***

Rizikové faktory sebevražedného chování představují důležitou problematiku při prevenci, při posuzování akutní hrozby sebevražedného jednání a při plánování následné léčby. Některé faktory působí více na úroveň psychologickou či sociální, jiné zasahují do oblasti biologické. Není však snadné je podle tohoto hlediska rozdělovat, různé faktory se mohou ve svém účinku doplňovat či dokonce umocňovat. Pro dospělý věk jsou nejdůležitější tyto rizikové faktory: sebevražedné pokusy v předchozím období, násilnost metody, malá možnost záchrany, důkladnost plánu a přípravy, vážný úmysl zemřít, psychiatrické onemocnění, zneužívání návykových látek, somatické onemocnění v anamnéze, současné onemocnění či stres, těžká životní situace, rodinný stav, rodinná historie, pohlaví, věk, rasa (6, 22, 39, 50).

Určité rizikové faktory lze považovat za nescifické, u jiných lze předpokládat přímý a adresný účinek směrem k sebevražednému jednání. Nescifickým faktorem může být dlouhodobě nepříznivá rodinná situace, konfliktní rodina, rozvod. Onemocnění těžkou fází depresivní poruchy může představovat specificky působící faktor, protože deprese je nezdánlivá kdy spojená se sebevražedným jednáním (22, 37).

Sebevražda se téměř nikdy nestane bez varování, tzv. z ničeho nic. Člověk často naznačuje, co plánuje, vysílá varovné signály, které však mohou zůstat nevyslyšeny. Někdy jsou zjištělné jenom zpětně. Tyto varovné signály mohou být: rozdávání majetku, negativní poznámky o budoucnosti typu: „beze mne by vám bylo líp“, zájem o smrt a o umírání, o to co bude po smrti, depresivní nálada, ztráta zájmu a potěšení, váhový úbytek (50).

Proto, abychom poznali, že se jedinec chystá spáchat sebevraždu, existuje celá řada diagnostických schémat. Nejznámějším a nejužívanějším je Ringelův presuicidální syndrom, který je založen na třech základních znacích.

Prvním je stupňující se, narůstající zužování, tím se myslí omezování jednání, prožívání a chování suicidálního jedince. Může se jednat o tzv. situační zužování, kdy se jedinec domnívá, že je ohrožen vnějšími okolnostmi na které nemá vliv a nemůže nad nimi zvítězit. Dynamické zužování, kdy jedinec vnímá realitu i sebe sama jednostranně, zúženě a vykazuje jen dva obranné mechanismy – popření a idealizaci. Mezilidské



zužování, kdy dochází k zužování mezilidských vztahů a sociálních kontaktů. Při hodnotovém zužování se narušuje hierarchie hodnot.

Druhým znakem je zadržování agrese, pokud nedochází k ventilaci agrese směrem ven, může následovat obrácení agrese dovnitř, proti vlastní osobě. Takový jedinec se nenávidí, považuje se za neschopného a tudíž nehodného žití.

Třetím znakem jsou suicidální fantazie, kdy fantazie o vlastní smrti a sebevraždě mohou přinášet jedinci osvobození, úlevu nebo návod ke konečnému řešení. Tyto tři základní faktory presuicidálního syndromu se vzájemně umocňují a tím vzniká začarovaný kruh (50).

### ***1.9.5 Některá vybraná psychická a psychiatrická onemocnění s možností výskytu suicidálního jednání***

Psychika člověka je nesmírně složitou a současně vývojově velmi mladou funkcí, proto je také poruchovější než funkce jednodušší, vývojově starší. Mozek je ze všech orgánů energeticky nejnáročnější. Je extrémně citlivý na nedostatek kyslíku a glukózy. Řada duševních poruch je způsobena buď krátkým a výrazným nedostatkem kyslíku, nebo naopak dlouhodobým a vleklým nedostatkem. Mozek je také citlivý na řadu dalších škodlivin – nox, a může reagovat duševními poruchami na noxy z vnějšího prostředí (např. intoxikace organickými rozpouštědly), na noxy metabolických produktů některých orgánů (játra, ledviny), a také může být mozek napaden noxou živou (viry, bakterie), která působí na nervovou tkáň. Až na některé výjimky jsou všechna zánětlivá, nádorová, nekrotická, krvácivá, atrofická, hypoxická poškození mozku a jeho struktur doprovázena duševními poruchami, které nazýváme organickými. Co do příznaků se tyto poruchy liší dle charakteru, rozsahu, lokalizace a trvání poškození. Poškozeny mohou být funkce gnostické (vnímání, paměť, hodnocení, vědomí, myšlení, jednání) nebo funkce emoční (nálady) či obě funkce současně (38, 52).

K rozvoji duševních chorob může dojít i při zdánlivě neporušených mozkových strukturách, jedná se o tzv. psychogenní poruchy, kdy duševní porucha vzniká z duševních příčin. K narušení může dojít při nadměrné zátěži kognitivní nebo emoční výkonnosti či odolnosti psychiky (stresové situace). Člověk má potřeby nejen

biologické, ale také potřeby psychické a sociální. Pokud není jedna či více potřeb uspokojována, dochází k strádání a frustraci a při dlouhodobém neuspokojení potřeb může dojít k poruchám duševního zdraví. U dětí je v takových situacích vážně ohrožen veškerý rozvoj jejich psychiky, včetně struktury osobnosti. Všechny výše popsané problémy mohou vyústit do některé z psychických nebo psychotických poruch, k abúzu alkoholu či návykových látek, a tyto stavy jsou velmi často spojeny se suicidálním pokusy. Suicidálních pokusů je zhruba patnáctkrát více, než je udávaná prevalence dokonaných sebevražd (9, 50).

Mezi odborníky zabývajícími se lidskou psychikou dlouhodobě probíhají diskuze o tom, zda každé sebevražedné jednání je samo o sobě duševní poruchou či nikoliv. Na jedné straně jsou argumenty, které uvádějí, že jde o poruchu sebezáchovy a považují sebevraždu vždy za duševní poruchu. Na druhé straně jsou názory, že člověk má absolutní svobodu se rozhodnout a zvolit si čas, kdy odejde ze svého života, a že sebevražedné jednání vůbec nemusí znamenat vždy patologii (22, příloha č. 1).

#### ***1.9.5.1 Problematika závislosti a suicidálního chování***

Lidé se vždy snažili nalézt možnost úniku svým problémům, dosáhnout pocitů štěstí, síly, pohody, mimořádných schopností, inspirace a fantastických zážitků. Tuto možnost nebo alespoň její iluzi mohou poskytnout psychoaktivní látky, které vyvolají žádoucí pocity, po určitou dobu dokážou zbavit nejistot, starostí, strachu, dosáhnout rychlého a snadného uspokojení. Lidé se užívání psychoaktivních látek nikdy nedokázali zcela zřít, přestože je všeobecně znám jejich škodlivý účinek (53).

Se vznikem a rozvojem závislosti také souvisí vývoj jedince, některé momenty a znaky psychického vývoje jedince lze považovat za rizikové faktory nebo kritické body (neuspokojené potřeby z orálního stadia vývoje, závislost na druhých osobách, narušený vývoj schopnosti vytvářet zdravé vztahy s druhými, neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte, nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty apod.). Jedním z rizikových faktorů pro vznik závislosti jedince je závislost dalšího člena rodiny, v našich podmínkách se jedná zejména o závislost alkoholovou (45, 53).

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických a somatických změn vytvořených v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky. Závislost lze chápat jako životní styl, ve kterém dominuje preferenční zaměření na tuto látku (53).

Mezi psychoaktivní látky vyvolávající duševní poruchy a poruchy chování vyvolané těmito látkami zařazujeme alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa, hypnotika, kokain, stimulancia včetně kofeinu, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a jiné psychoaktivní látky. Časté je současné užívání několika návykových látek, které vyvolá tyto stavy:

- Akutní intoxikace
- Škodlivé užívání
- Syndrom závislosti
- Odvykací stav
- Odvykací stav s deliriem
- Psychotickou poruchu
- Amnestický syndrom
- Reziduální stav a psychotickou poruchu s pozdním začátkem
- Jiné, nespecifikované duševní poruchy a poruchy chování (35,42).

Mezi příznaky projevu vznikající nebo již vzniklé závislosti patří silná potřeba, získat a užívat tuto látku, tzv. bažení, neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k užívání drogy, nárůst tolerance – buď větší množství drogy nebo častější dávky, abstinenční syndrom při snížení nebo vynechání dávky. Potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb, droga je nejvýznamnější hodnotou života (39, 59).

Postoj české společnosti ke konzumentům drog je více odsuzující a odmítavější než k lidem, kteří konzumují ve zvýšené míře alkohol. Je zde silná tendence drogově závislé sociálně izolovat a stigmatizovat. Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky. Závislý jedinec není schopen plnit své povinnosti (chodit do školy, do zaměstnání, plnit svou roli v rodině) a stává se parazitem na rodině či společnosti. Častým důsledkem drogové závislosti je trestná činnost. Ve svém důsledku tito lidé končí na okraji společnosti, bez prostředků, bez domova, bez citového vztahu, závislí na svém okolí. Drogová závislost s možností vzniku následných abstinenčních

příznaků představuje významný rizikový faktor pro suicidální jednání. Podle odhadů až 18% lidí, kteří jsou závislí na drogách, spáchá dokonanou sebevraždu. Velmi často se také droga stává jedem, který je použit pro sebevražedný pokus. Je ale velmi obtížné odlišit předávkování nešťastnou náhodou od vědomého sebevražedného jednání. Dle názorů některých autorů lze již samotné užívání drog považovat za sebedestruktivní a má blízko k protrahovanému suicidálnímu chování (22, 53, 57).

Závislost na alkoholu má trochu jiné sociální důsledky než závislost na ostatních návykových látkách. Důvodem je odlišný postoj společnosti k této problematice. V české společnosti je tolerance k alkoholu poměrně velká, alkohol má určitou sociální funkci, ale společnost očekává, že lidé vědí, kde leží hranice přijatelného chování. Role alkoholika má nízký sociální statut, ženy bývají za nadměrné užívání alkoholu odsuzovány více než muži. Závislost na alkoholu představuje zátěž zejména pro rodinu alkoholika. Závislý alkoholik devastuje rodinu materiálně, sociálně i psychicky. Manželský partner alkoholika může trpět víc než sám závislý jedinec. Dalším problémem je neschopnost alkoholika plnit uspokojivě rodičovskou roli, selhává také profesně. Alkohol odstraňuje zábrany a narušuje schopnost sebeovládání i adekvátního reagování na zevní podněty, je příčinou násilných trestných činů, posiluje sklon k agresivitě, zvyšuje riziko nehod, úrazů, materiálních škod. Neléčený alkoholik často končí jako bezdomovec, neschopný se o sebe postarat a svou neutěšenou situaci může řešit suicidálním pokusem dokonaným či nedokonaným. Stejně riziko hrozí i ostatním členům rodiny, zejména partnerovi alkoholika, který dlouhodobou neutěšenou situací v rodině, neustálé ponižování, verbální i neverbální útoky ze strany alkoholika, přetrvávající pocit bezmocnosti, strach a úzkost, může řešit suicidálním pokusem (23, 25, 42, 52, 53).

Rovněž problematika patologického hráčství je často spojena s tak velikým stresem, který může vyústit v sebevražedný pokus. Situace tzv. gamblerů se vlivem jejich závislosti snadno stane bezvýchodnou, mají obrovské dluhy, často se jim rozpadá rodina. Z této bezvýchodné situace mohou hledat cestu i ukončením vlastního života (22, 53).

### ***1.9.5.2 Deprese a suicidální jednání***

Depresivní stavy jsou svým původem, vznikem, průběhem i léčbou různorodé, mohou se vyskytovat jako reakce na obtížné životní situace nebo vznikají bez jasné vyvolávající příčiny. Mohou probíhat epizodicky, periodicky, ale také dlouhodobě, mohou být příznakem jiného duševního onemocnění nebo provázet některá jiná onemocnění, např. chronická či onkologická onemocnění (3, 9, 53, 57).

Obsah myšlení depresivních pacientů je zaměřen na určitou významnou ztrátu, jsou přesvědčeni o tom, že ztratili něco, co bylo nezbytné, pro jejich štěstí a pohodu.

„ Myšlenkové téma deprese lze formulovat jako tzv. kognitivní triádu: negativní pojetí sebe, negativní interpretace životních zážitků a beznadějný pohled na budoucnost.“

(5, str. 69)

Tyto pocity ztráty a negativní očekávání do budoucna se projeví typickými emocemi, které jsou spojeny s depresí – smutek, zklamání, apatie, zoufalství, úzkost, strach, pocit prázdnoty. Tyto negativní emoce pacienta se postupně navyšují, pacient má pocit, že je lapen do nepříjemné situace, která se zdá být neřešitelná, vytrácí se jeho spontánní konstruktivní motivace a pacient cítí silné puzení k tomu, aby z této obtížné situace unikl pomocí sebevraždy (5, 47, 57).

Právě deprese a stavy s ní spojené jsou nejčastější příčinou dokonaných sebevražd, odhaduje se, že se podílí na 70 – 80% všech dokonaných sebevražd. Jedná se o projev agrese namířené proti sobě. Mnozí pacienti touží po smrti, jako po vysvobození z duševní trýzně, již tato nemoc představuje, a o sebevraždu se nepokusí proto, že v rámci deprese mají významně sníženou aktivační úroveň a tudíž jim chybí energie potřebná k realizaci takového činu. Jakmile se jejich stav zlepší a nejsou tak utlumeni, přichází suicidální pokus. Riziko je v tomto případě je velmi vysoké, 10 – 15% skutečně suiciduje. Vzácností není ani opakované suicidální jednání (22, 53, 57).

### ***1.9.5.3 Suicidální jednání u psychotických onemocnění***

Psychózy jsou závažná duševní onemocnění, která jsou charakterizována poruchami myšlení, vnímání, jednání a emotivity. Jsou to poruchy, které závažným způsobem porušují schopnost jedince pracovat a sociálně se adaptovat. Narušují

samotnou strukturu osobnosti, schopnost prožívat své já a vztah jedince k realitě. Tím, že se psychotické poruchy vyznačují ztrátou schopnosti rozlišovat vlastní prožitky a realitu, objevují se u těchto poruch psychopatologické fenomény jako halucinace (nereálné vnímání) a bludy (změny v myšlenkovém procesu s nevývratným a nereálným obsahem). Bludné myšlení má vliv na jednání postiženého jedince. Typickým příznakem takového prožívání je vztahovačnost – paranoidita. Jedná se o chorobně podmíněnou, nevyvratitelnou vztahovačnost. Tento syndrom paranoidity se nejčastěji projevuje formou bludu pronásledování, stěžování, žárlivosti, ovlivňování nebo vkládání myšlenek zvenčí. Nejčastější psychózy jsou schizofrenie, schizoafektivní porucha a maniodepresivní psychóza (52, 57).

Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronicky narušeným myšlením, vnímáním, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Termín schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u postižených jedinců dochází k rozštěpu, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí. Postihuje asi 1% populace bez ohledu na zeměpisnou polohu, rasu, pohlaví, nebo sociokulturní vlivy. Nejčastěji vzniká v mladém věku, ve věku 15 – 35 let, u žen o něco později než u mužů. Příčina vzniku není jednoznačně určena, předpokládá se, že vznik ovlivňuje velké množství faktorů a jejich vzájemná interakce (dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny, specifické zkušenosti a vyvolávající podněty). U onemocnění rozlišujeme několik forem – simplexní, paranoidní, hebefrenní, katatonní (ta má typ produktivní nebo stuporózní) a reziduální. Nemocnému schizofrenií chybí přiměřený náhled na své onemocnění. Velmi důležitý je postoj rodiny k nemocnému schizofrenií, její reakce závisí zejména na roli, kterou nemocný v rodině zastával před vypuknutím choroby. Právě vliv nemoci na plnění role dospělého člověka, partnera, rodiče, klade velký nárok, odpovědnost a mnohé další povinnosti. V důsledku onemocnění je schopnost pacienta v plnění rolí výrazně omezena a ve svém důsledku výrazně narušuje rodinné vztahy. Přítomnost duševně nemocného člověka působí jako velmi silný stresový faktor, jako zdroj strachu, zásadně mění a ovlivňuje život rodiny. Jak u dospělých, tak i v dětství a adolescenci se u tohoto onemocnění můžeme setkat se suicidálním jednáním více než v běžné populaci. Důvodem je také často přítomný depresivní syndrom. Onemocnění samo i jeho následky přináší pacientům výrazné subjektivní utrpení, a sebevražda se

může jevit jako jediné východisko z nepříznivé životní situace. Vlastní suicidální jednání musíme, ale v tomto případě odlišit od jiného sebepoškozujícího jednání v rámci psychotických stavů. Pacient, který trpí schizofrenií, může mít přítomny paranoidní představy o tom, že je pronásledován a pod vlivem těchto halucinací se snaží uniknout domnělému nebezpečí a vlastně nešťastnou náhodou spadne z okna či vyskočí z vyššího patra apod. V těchto případech však nejde o sebevražedné jednání v pravém slova smyslu (22, 39, 47, 53, 57).

Schizoafektivní poruchy se obvykle rozvíjejí v rané dospělosti, mívají akutní průběh a poměrně krátké trvání. Vyskytuje se častěji u žen, více se podobá afektivním poruchám než schizofrenii, proto se rozlišují dva druhy – schizoafektivní porucha s afektivními příznaky (manické či depresivní) a porucha s příznaky z okruhu schizofrenie. V akutní fázi onemocnění je zvýšené riziko suicida, zejména v závislosti na průběhu onemocnění, věku a případné poruchy premorbidní osobnosti (39, 52, 53).

Dalším onemocněním je porucha s bludy, která je charakterizována vznikem trvalých bludů, které se svým charakterem liší od bludů schizofrenních. Nejčastější jsou bludy perzekuční, velikášské, hypochondrické, žárlivecké či erotomanické. Tyto bludy mohou ovládnout pacientovo prožívání i jednání. Prosazují se do každodenního života pacienta a působí mu značné utrpení, což ve svém důsledku může vyvolat suicidální jednání takto postiženého jedince (38, 47, 57).

### ***1.9.6 Formy suicidálního chování***

U suicidálního chování a jednání rozlišujeme různé formy, od suicidálních myšlenek a tendencí přes suicidální pokus až po smrtí končící dokonané suicidium. Suicidální myšlenky jsou typické zejména v období dospívání. S myšlenkou, co by bylo, kdyby člověk nebyl, byl jistě konfrontován každý z nás, ale ve většině případů se jedná o tristní nápady bez větší intenzity a chybí u nich tendence k realizaci. Jako forma suicidálního jednání jsou suicidálními myšlenky velmi intenzivní, jedinec se jimi zabývá většinu svého času a jsou obtížně odklonitelné. Důležitým faktorem pro posouzení jejich nebezpečnosti je jejich konkrétnost (22, 53).

Suicidální pokus je dalším stupněm suicidálního chování a je definován jako život ohrožující akt s úmyslem zemřít, ale ne s letálním koncem. Úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a sebevražděným činem je dáván život v sázku. Zvláštním typem nedokonaného sebevražděného jednání je parasuicidum. Lze ho definovat jako sebevražděný pokus, kdy není přítomen úmysl zemřít, jde tedy spíše o sebepoškození, které ovšem může nešťastnou náhodou skončit letálně. Také se setkáváme s přímou simulací suicidálního jednání, jeho předstíráním, jeho účelem je něčeho dosáhnout či se něčemu nepříjemnému vyhnout (22, 53).

Třetím stupněm je dokonané suicidium jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Jde o časově ohraničený akt, který může trvat několik minut či hodin až několik dnů. Můžeme se setkat s tzv. protrahovaným suicidálním jednáním, kdy se jedinec např. intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dnů za postupného zvyšování dávky léku. Protrahované jednání může být prováděno i dalšími způsoby, např. pořezáním (5, 22, 24).

### ***1.9.7 Typologie sebevražd***

Na základě motivace k suicidálnímu jednání, cíle, jehož má být tímto dosaženo, a způsobu provedení lze rozlišit tři základní alternativy sebevražd.

První je tzv. bilanční sebevražda, která je reakcí na dlouhodobě subjektivně působící závažné motivy a je výsledkem převážně rozumové úvahy. Jedinec dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná, např. bilanční sebevražda u pacienta s nevléčitelným onemocněním. Tomu je blízká biická sebevražda, sebevražda v normálním duševním stavu a rozpoložení, provedená na základě motivů vycházejících z reality. V případě sebevraždy jedince s duševním onemocněním může být hodnocení reálné situace chybné, např. pacient v depresi vyhodnotí mylně svoji situaci za beznadějnou a svá provinění za odsouzení hodná a odčinitelná pouze vlastní smrtí (22, 53).

Impulzivní sebevražděné jednání je stimulováno náhlým rozhodnutím, v afektu a člověk obvykle nemá vážný úmysl zemřít. Jedná pod vlivem okamžitého impulsu a volí



prostředky v ten okamžik dostupné. Různé bývají motivy takového jednání, tento pokus lze popsat jako volání o pomoc, jako krajní prostředek k dosažení osobně významného cíle. Zahrnujeme sem i tzv. demonstrativní sebevražedné jednání, pouhé předstírání úmyslu k sebevraždě za účelem citového vydírání, ale i toto může skončit letálně. Toto jednání je časté u problému v mezilidských vztazích, zejména při odchodu jednoho z partnerů (3, 11, 22, 23, 53).

Třetí, specifickou variantou, jsou skupinové sebevraždy, sebevražedné jednání dvou a více lidí, někdy též nazývané suicidální dohoda. Je důležité odlišit iniciátora od primárních pasivních účastníků. Jejich jednání by bylo možné chápat jako projev silného ztotožnění s iniciátorem – tím může být partner nebo vůdce skupiny, nejčastěji náboženské či některé z fanatických sekt. Z právního hlediska se napomáhání k vraždě považuje za trestný čin (3, 22, 53).

Zvláštní formou sebevražedného jednání je sebeobětování. Zde má smrt význam oběti ve prospěch lidstva, společnosti nebo idealistických cílů. S tímto typem se můžeme setkat během válek nebo teroristických útoků. Tato forma se nedá úplně označit jako suicidální, protože chybí vědomá touha zemřít. Jako sebevraždu nemůžeme též hodnotit sebezabítí, např. v situaci kdy nemocný při kvalitativní poruše vědomí uniká před svými nepřáteli skokem z okna, přestože u něj nedominuje snaha zemřít či si uškodit (22, 53).

### ***1.9.8 Způsoby suicidálního jednání***

Způsob sebevražedného jednání je důležitým faktorem pro výsledek každého suicidálního pokusu. Obsahem suicidálních myšlenek bývá způsob provedení sebevraždy. Velkou roli zde hraje především fantazie a představivost dotyčného, který se zabývá myšlenkou na suicidium. Důležité je posoudit nebezpečnost, dostupnost a účinek jednotlivých suicidálních metod. Zejména u dětí může být nebezpečnost hodnocena nereálně (22, 24).

Hrubě lze použité způsoby suicidálního jednání rozdělit na metody tvrdé a měkké. Měkkými metodami rozumíme ty způsoby, které jsou vyšší z hlediska záchrany života a nižší z hlediska nebezpečnosti, tedy metody, které většinou nevedou

k okamžité smrti. Lze sem zařadit např. intoxikace léky, skok z nízké výšky, pořezání apod. Na rozdíl od měkkých metod, tvrdé metody vedou nejčastěji k okamžité nebo velmi rychlé smrti a možnost záchrany je velmi nízká. Sem patří zejména smrt oběšením, použití střelné zbraně, skok z velké výšky – pro Prahu typický skok z Nuselského mostu, nitrožilní aplikace některých léků, např. inzulínu, záměrná autonehoda apod. Záleží na dostupnosti metody, např. majitelé střelných zbraní budou volit právě tuto metodu. U dokonaných sebevražd samozřejmě převažuje užití právě těchto tvrdých metod (22).

Velké rozdíly pro užití jednotlivých metod nacházíme mezi pohlavími. Muži mají tendenci k užití agresivnějších a tvrdších metod, na rozdíl od žen, které volí metody měkké, méně drastické. U dětí je tomu podobně, ze statistik vedených do roku 1989 vyplývá, že častější metodou je ta měkká a ve většině případů se jednalo o intoxikaci léky (22, 24, 53).

### ***1.9.9 Sociální význam sebevražedného jednání***

Sebevražda jako akt zaměřený na zničení vlastního života je chápána jako odmítnutí jeho vysoce uznávané hodnoty. Ve společnosti vyvolává ambivalentní reakce a hodnocení sebevražedného jednání balancuje mezi názorem, že jde o projev slabosti a zbabělosti, a mezi obdivem k odvaze vzchopit se k tak radikálnímu řešení. Lidé jsou sice přesvědčeni, že by každý člověk měl mít právo o sobě rozhodnout, avšak tolerance sebevražedného činu závisí na obecně přijatelné míře závažnosti tohoto činu. Společnost není ochotna přijmout skutečnost, že motivy nelze posuzovat jen objektivně, ale že mají svou subjektivně rozdílnou hodnotu. Jako adekvátní řešení je sebevražda akceptována tehdy, jestliže je její příčinou nějaká nadměrná zátěž, např. maligní onemocnění. Lidé odmítají tělesné utrpení a preferují rychlou smrt před dlouhým a pomalým umíráním. Rozdílné postoje společnost také zaujímá k sebevraždě dokonané či k sebevražednému pokusu, zejména demonstrativnímu. U opakovaných demonstrativních pokusů se u lidí objevuje nechuť a odmítání i přesto, že suicidální jedinec opravdu potřebuje pomoc, bohužel způsob jeho volání o pomoc (opakované suicidální pokusy) je pro ostatní jedince nepřijatelný a nepříjemný (39, 53).

### ***1.9.9.1 Vliv sebevražedného jednání na nejbližší okolí***

At' už suicidální jednání skončí jakkoli, není pouze záležitostí jedince, je to také obrovská zátěž pro nejbližší okolí. Příbuzní a přátelé mohou prožívat pocity křivdy, opuštěnosti, bezohlednosti, vždyť i oni mají problémy a neřeší je tak radikálním způsobem. Čin dokonané sebevraždy vyvolává u blízkých lidí celou řadu negativních emocí, zejména pak pocit viny, pocit vlastního selhání, výčitky, pocity zbytečnosti jeho smrti daný nepochopením motivace sebevražedného jednání a příčiny, která k němu vedla, hledání viníka za celou vzniklou situaci za každou cenu. Nejhorší je pocit ztracené možnosti ji ovlivnit, resp. změnit rozhodnutí a zabránit jedinci v suicidálním jednání. U nejbližších lidí může dojít ke změně sebehodnocení, k pocitům ztráty vlastní hodnoty. Také může dojít k idealizaci minulosti, k pozitivnímu zkreslování vzpomínek, společné zážitky nabývají větší hodnoty, než jakou měly původně. Očekávání budoucnosti bývá ve fázi vyrovnání negativní, je ovlivněné aktuálně prožívanými depresemi (3, 22, 33, 45, 49).

### ***1.9.10 Mýty a fakta o sebevraždách***

Chceme-li pomoci lidem, kteří o sebevraždě uvažují nebo tento pokus již započali, musíme si také ujasnit svůj vlastní vztah k této problematice. To, jak budeme přistupovat k suicidálnímu jedinci, závisí ve velké míře právě na našem vlastním postoji k sebevraždám a ke smrti vůbec. Jednou z věcí, kterou je třeba také udělat, je dekonstruovat mýty, které se kolem sebevražd vytvořily (50).

Mezi nejčastější mýty či nepravdy o sebevraždách patří např. ten, že člověk, který o sebevraždě mluví, jí ve skutečnosti nikdy nespáchá. Opak je pravdou, osm z deseti sebevrahů hovoří o svých sebevražedných záměrech a dávají svému okolí najevo, co prožívají, ale bohužel často nebývají vyslyšeni. Názor, že sebevražda je náhlé, impulzivní rozhodnutí, je další nepravdou, která se traduje. Sebevražda však zpravidla není důsledkem náhlého myšlenkového zkratu, jedná se o různě dlouhý rozhodovací proces. Také obavy z toho, že když budu např. s člověkem s depresivní poruchou hovořit o sebevraždě, tak v něm podpořím myšlenku na její spáchání, nejsou pravdou. Naopak rozhovor o případných sebevražedných myšlenkách může dotyčnému

pomoci a nám umožní zároveň posoudit míru suicidálního rizika. Myšlenka, že sebevražda se vyskytuje nejvíce buď mezi bohatými, nebo naopak velmi chudými lidmi, se také nezakládá na pravdě. Sebevražednost se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách, i když chudoba může být jedním z rizikových faktorů (3, 50, 63).

Mezi pravdy o sebevraždách s určitostí lze zařadit např. tyto: riziko sebevraždy se zvyšuje u rozvedených či ovdovělých lidí, s věkem stoupá riziko samoty a též sebevraždy, sebevraždu nejlépe napoví již předcházející sebevražedný pokus, žádný jiný druh smrti nezanechává u příbuzných a přátel zemřelého tolik pocitů studu, viny, zmatku, smutku, hněvu jako sebevražda. Sebevražda se objevuje ve všech sociometrických úrovních, častá bývá zejména mezi lékaři, psychiatry, právníky a psychology (3, 50).

#### ***1.9.11 Právní aspekty sebevražedného jednání***

Sebevražedné jednání ve všech svých formách bohužel přináší situace, kdy je nutné využít právní vědy. Na jedné straně musí být někdy zasaženo do práv pacienta, který se pokouší o sebevraždu. Na druhé straně může jít o řešení případu, kdy někdo mohl být druhou osobou v souvislosti se sebevražedným jednáním poškozen (22).

##### ***1.9.11.1 Hospitalizace bez souhlasu nemocného***

Obecně platí, že každý jedinec, který má být hospitalizován, musí s přijetím k hospitalizaci souhlasit. Jsou ovšem situace, kdy jedinec hospitalizaci bezpodmínečně potřebuje, ale přesto s ní nesouhlasí. §23, odst. 4 zák. ČNR č. 86/1992 Sb., vymezuje indikace, ve kterých je možno zadržet pacienta bez jeho souhlasu:

- Jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení (např. infekční a pohlavní nemoci)
- Jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí (nebezpečí suicidia bývá jedním z nejčastějších důvodů pro nedobrovolnou hospitalizaci)

- Není-li vzhledem k zdravotnímu stavu nemocného možné vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví (např. pacienti v bezvědomí)

Jedinec, který je nedobrovolně hospitalizován, však požívá určité právní ochrany. Zdravotnické zařízení je podle výše uvedeného zákona povinno hlásit do 24 hodin od počátku hospitalizace, která je bez souhlasu nemocného, příslušnému soudu v místě svého sídla, že k této nedobrovolné hospitalizaci došlo a z jakého důvodu. Soud je povinen ve lhůtě 7 dnů od zadržení pacienta rozhodnout o přípustnosti převzetí nemocného do ústavní péče (3, 4, 22).

#### ***1.9.11.2 Trestní odpovědnost v souvislosti se suicidálním jednáním***

Sebevražedné jednání jako takové není trestným činem. Pokud se na sebevraždě podílí další osoba, přichází v úvahu její trestně právní odpovědnost. § 230 trestního zákona hovoří o účasti na sebevraždě. Pomoc může být psychická (rada, jak provést sebevraždu) nebo fyzická (opatření prostředků ke spáchání sebevraždy). Trestným činem je také neposkytnutí první pomoci osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví vážné poruchy zdraví. Nutno je také zmínit, že za hranicí suicidálního jednání je eutanazie. K té trestní zákon říká, že není účastí na sebevraždě, ale trestný čin vraždy. Stejným způsobem se kvalifikuje také suicidální dohoda nebo rozšířená sebevražda. Ten, kdo zabije první je posuzován jako vrah a mrtvý jako ten poškozený, i když následně spáchá sebevraždu. Pokud přežije, je trestně stíhán. Zde je potom nutné znalecké přezkoumání, které odpoví na otázku, zda dotyčný čin spáchal pod vlivem duševní poruchy, která mohla zkreslit jeho rozpoznávací a ovládací schopnosti. Upustit od potrestání a navrhnout ochrannou léčbu může pouze soud (3, 22, 59).

#### ***1.9.12 Možnosti pomoci a prevence suicidálního jednání***

„Nejcennějším přínosem v oblasti prevence sebevražedného jednání bylo zjištění, že u naprosté většiny lidí, kteří mají sklon k takovému reagování, nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a potřeba naděje na přijatelnější řešení svých problémů.“ (53, s. 508)

Základním pravidlem podpory suicidálního jedince, je nabídka účasti a zájmu, ochota vyslechnout ho, identifikovat jeho problém a nabídnout možnosti řešení problému. Pokus o sebevraždu je třeba chápat i jako signál budoucího rizika (53).

Víme, že příčiny sebevražedného jednání jsou multifaktoriální, jsou vázány na interakci rizikových faktorů. Z pochopitelných důvodů se snažíme nalézt preventivní strategie, které by ovlivnily rizikové faktory sebevražedného jednání a zároveň snížily sebevražedné riziko. Preventivní postupy obvykle bývají rozdělovány do tří oblastí – oblast prevence primární, sekundární a terciární (22, 53).

#### ***1.9.12.1 Primární prevence***

Primární prevence se zaměřuje na snížení výskytu poruchy v populaci, na eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolu podmiňují vznik poruchy. Orientuje se na osoby, u kterých ještě nemusí být známky klinické poruchy. Důležitou součástí je podpora duševního zdraví a posílení projektivních faktorů, které oslabují riziko rozvoje klinické poruchy (22, 49, 57).

Současný model primární prevence ještě rozlišuje tři následující okruhy: Univerzální preventivní intervence, která se zaměřuje na celkovou populaci bez ohledu na specifická rizika. Sem zahrnujeme např. preventivní programy pro školní děti. Selektivní preventivní intervence se zaměřuje na populaci, u které je riziko poruchových projevů významně větší, např. dospívající jedinci, kteří mají potíže v adaptaci, mohou být závislí na užívání návykových látek nebo mají konflikty v rodině atd. Indikovaná preventivní intervence je zaměřena na vysoce rizikové jedince, u kterých byly identifikovány subklinické znaky nebo symptomy, ale ještě nesplňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy, např. jedinec v tíživé životní situaci s depresivními projevy, se sníženým sebehodnocením (22, 57).

#### ***1.9.12.2 Sekundární prevence***

Tento typ prevence se orientuje na včasné zachycení a léčbu klinických projevů, součástí je též krizová intervence. Sekundární prevence může být orientována na

pečlivé zhodnocení a krizovou intervencí suicidálních jedinců nebo na ty, které můžeme považovat z hlediska sebevraždy za zvýšeně rizikové (22, 49, 50).

### ***1.9.12.3 Terciární prevence***

Snahou terciární prevence je zmírnění následků klinické poruchy a rovněž zabránit tomu, aby se porucha opakovala (22).

### ***1.9.13 Preventivní programy a intervence***

Preventivní programy orientované na děti bývají většinou zaměřeny nespécificky na zvýšení psychické odolnosti dětí a zlepšení jejich schopnosti řešit problémy a těžkosti. Pokud se v programu zaměříme specificky na téma sebevražedného chování, je zde určité riziko, např. identifikace s dosud neuvědomovanou možností řešit tíživou situaci tímto způsobem. Tyto specifické preventivní programy musí být uskutečňovány po předchozí pečlivé přípravě, nutná je též znalost dětí, na které je program orientován (4, 22, 57).

Preventivní programy orientované na dospělé jedince, které pracují s dětmi, jsou zaměřeny na získání znalostí z oblasti suicidologie, na získání komunikačních dovedností. Fungují také programy pro rodiče, jejichž dítě projevuje sebevražedné chování nebo pro ty, kteří ztratili dítě v důsledku sebevraždy (22, 24).

Preventivní intervence v krizových situacích může zamezit či zmírnit suicidální chování jedince. Krizovou intervencí poskytují psychologická a psychiatrická klinická pracoviště a specializovaná krizová centra, která mají ambulantní nebo lůžkový charakter (22, 57).

Specifickou variantu představují linky důvěry. Zde pracují psychologové, sociální pracovníci, pedagogové, psychiatři, ale i laičtí odborně připravení pracovníci. Cílem těchto pracovišť je poskytnutí okamžité odborné pomoci v krizové situaci. Suicidální jedinci dávají často právě přednost telefonickému kontaktu před osobním, mají potřebu s někým mluvit, nechtějí být viděni, anonymita jim vyhovuje. Důležité je navázat s jedincem kontakt a získat čas a prostor pro diskusi, musíme u klienta hledat tu jeho část, s kterou můžeme komunikovat a spolupracovat. Může nastat i situace, kdy

člověk sebevražedný pokus již započal, ale uvědomil si, že zemřít nechce. Volá ve velké panice a pracovník linky důvěry musí na dálku poskytnout potřebné kroky první pomoci. Musí zůstat samozřejmě na telefonu a současně odstartovat další potřebnou pomoc, jako je přivolání lékařské služby první pomoci event. policejní asistenci, hasiče apod. (22, 57).

### ***1.10 Úloha sestry v péči o akutně intoxikovaného pacienta v suicidálním úmyslu***

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka. Dobré a efektivní hodnocení umožňuje, aby ošetřovatelská péče reagovala na všechny potřeby nemocného. Kvalitní vstupní hodnocení stavu nemocného vytvoří i východisko, kterým lze hodnotit vývoj situace nemocného. K tomu bychom zajistili potřebnou péči, je nutné plánování. Za tímto účelem se používá strukturovaný přístup, který označujeme jako ošetřovatelský proces. Tento pojem v sobě zahrnuje plánovaný, problémově orientovaný přístup k uspokojení zdravotních a ošetřovatelských potřeb nemocného. Sestry se zabývají člověkem jako komplexní bytostí, to je z hlediska biopsychosociálního a duchovního. Jde o rozhodování na základě znalosti celé osobnosti nemocného, o holistický přístup. Ošetřovatelský proces představuje systematický sled dějů, kdy nejdříve na základě objektivních a subjektivních dat sestra zjistí potřeby nemocného. Tyto informace se interpretují a identifikují jako aktuální a potencionální potřeby nemocného. Na základě identifikace problémů lze stanovit ošetřovatelské cíle, které směřují ke zmírnění nebo prevenci problémů nemocného. Z formulace cílů vychází i plánování ošetřovatelské péče a druh ošetřovatelských intervencí, které jsou zaměřeny na potřeby nemocného. K tomu, aby intervence byly účinné, musí být specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické a časově ohraničené. Celý postup ošetřovatelského procesu probíhá v pěti krocích, a to je posouzení, ošetřovatelská diagnóza, plánování, realizace a hodnocení. Strukturu, v jejímž rámci se ošetřovatelská péče poskytuje, nazýváme ošetřovatelským modelem. Ten vyjadřuje pojetí a vztahy k lidem, společnosti, prostředí, zdraví, ošetřovatelství, ale také zahrnuje aspekty zdraví v sociální, fyzické a psychologické oblasti. V ideálním případě by měl být model vybrán tak, aby reagoval na individuální



potřeby nemocného. Nezáleží však na tom, který model se v klinickém oboru právě používá. Jde o to, aby se zdůraznil cíl a zaměření péče, a aby model poskytl strukturu pro zaznamenávání a dokumentování pozorování a intervencí, a tak zlepšil kontinuitu péče (30, 58).

### ***1.10.1 Fáze ošetrovatelského procesu***

Pokud má být ošetrovatelská péče o pacienta ve všech svých bodech kvalitní, musí být plánována a koordinována. Řádně sepsané a realizované plány péče dávají ošetřování směr a spjitost, protože usnadňují komunikaci mezi sestrami a ostatními poskytovateli péče (30).

Prvním krokem v ošetrovatelském procesu je **sběr informací a hodnocení nemocného**. Je nutné si uvědomit, že hodnocení se týká všech výkonů, které pacient podstupuje. Jde o kontinuální proces, který se opakuje v pravidelných intervalech v závislosti na stavu pacienta. Hodnocení můžeme rozdělit na formální a neformální. Formální zahrnuje sběr objektivních údajů o stavu pacienta, které získáme rozhovorem. Neformální hodnocení zahrnuje údaje, kterých si sestra všimne během rozhovoru s pacientem. Do této části patří i základní hodnocení fyziologických funkcí. Dobré a efektivní hodnocení umožní, aby ošetrovatelská péče reagovala na všechny potřeby pacienta, a vytváří východisko, podle kterého se hodnotí vývoj jeho situace (58).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je **diagnostika**. Ošetrovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě získaných informací. Ošetrovatelská diagnóza je vyjádřením pacientových potřeb a problémů. Je určující pro výběr ošetrovatelských intervencí zaměřených k dosažení cílů. Zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopna a kompetentní ovlivnit. Může popisovat současné problémy, ale i problémy, které mohou teprve nastat (11).

U akutně intoxikovaných pacientů v suicidálním pokusu se můžeme nejčastěji setkat s těmito ošetrovatelskými diagnózami:

- Akutní bolest – 00132
- Akutní zmatenost – 00128
- Beznaděj – 00124

- Deficit při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109
- Deficit sebezpečí při koupání a hygieně – 00108
- Deficit sebezpečí při vyprazdňování – 00110
- Hypotermie – 00006
- Chronický zármutek – 00137
- Nausea – 00134
- Neefektivní dýchání – 00032
- Neefektivní plnění role – 00055
- Neefektivní průchodnost dýchacích cest – 00031
- Oslabené dýchání – 00033
- Porucha smyslového vnímání (zraku, sluchu, čichu) – 00122
- Porušená chůze – 00088
- Porušená kožní integrita – 00046
- Porušená osobní identita – 00121
- Porušené myšlení – 00130
- Porušený spánek – 00095
- Riziko aspirace – 00039
- Riziko infekce – 00004
- Riziko intoxikace – 00037
- Riziko násilí vůči jiným – 00138
- Riziko násilí vůči sobě – 11140
- Riziko sebepoškození – 00139
- Riziko sebevraždy – 00150
- Sociální izolace – 00053
- Strach – 00148
- Úzkost – 00146
- Zhoršená pohyblivost – 00085
- Zhoršená verbální komunikace – 00051

Ošetrovatelská diagnóza je rozhodnutím o problému, vyžadující ošetrovatelskou

intervenci. Ošetrovatelské diagnózy soustřeďují pozornost, buď na současné problémy, nebo ty, jejichž vznik hrozí, tzv. potencionální ošetrovatelské diagnózy (11, 30).

Dalším, třetím krokem ošetrovatelském procesu je fáze **plánování**. V této etapě se stanovují cíle a způsoby, jakými se individuálně problém řeší a řadí se dle míry důležitosti (11).

Cílem péče o suicidálního jedince, je především dosáhnout toho, aby se zajistilo bezpečí pacienta, aby nedošlo k dalšímu sebepoškozujícímu pokusu. Abychom tohoto dosáhli, je potřeba pochopit důvody výskytu chování tohoto druhu, rozpoznat podpůrné faktory, vyjádřit pozitivní růst sebeúcty pacienta, osvojit si metody ke zvládnání pocitů a osobitých problémů. Z cíle by měl pacient sám pochopit, co může on sám pro jeho dosažení udělat. Nesmí se zapomínat, že cíle nejsou pevně dané, ale s vyvíjejícím se stavem pacienta se mění v závislosti na efektu poskytované péče a změně jeho potřeb (30, 31).

Po stanovení cílů sestra plánuje, jakým způsobem lze nejlépe vytyčeného cíle dosáhnout. Je důležité, aby pacient, pokud je toho schopen, částečně rozhodoval o péči, která mu má být poskytnuta. Pro správné zajištění kontinuity ošetrovatelské péče musí být plán a intervence jasně a srozumitelně formulovány, aby byly pochopitelné pro celý ošetrovatelský tým (11, 31).

Důležité je, aby sestra posoudila základní příčiny a faktory suicidálních myšlenek pacienta a pomohla mu rozpoznat pocity a chování, které předchází sebepoškození. Aby došlo k vytvoření důvěryhodného vztahu mezi pacientem a ošetřujícím personálem, musí být zvolena správná komunikace. Sestra by měla často pacienta povzbuzovat ke slovnímu vyjádření svých pocitů a dát mu najevo, že je mu oporou (11, 31).

Pro zajištění bezpečnosti pacienta musí sestra vytvořit vhodné prostředí. Z okolí pacienta je potřeba odstranit všechny nebezpečné předměty, zabezpečit okna, zamezit přístupu k jakýmkoliv lékům apod. Akutně intoxikovaný pacient musí být pod neustálým dohledem personálu, musí být umístěn na jednotce intenzivní péče (dále JIP), během pobytu na JIP jsou trvale monitorovány fyziologické funkce (31, 48, 58).

Dalším úkolem sestry je zapojení pacienta do přípravy plánu péče. Sestra vybízí jedince, aby vyslovil svá přání a nesplněné potřeby. Sestra zjišťuje, do jaké míry je

pacient schopen se na péči o sebe podílet a do jaké míry se podílet chce. Vhodné je také zapojení a edukace rodinných příslušníků (11, 31, 58).

Jednotlivé ošetrovatelské úkony se naplánují do intervencí. Každá intervence by měla obsahovat časování, což je údaj, který určuje, za jakou dobu musí být splněna. Intervence a jejich časování se sestavuje individuálně dle stavu daného člověka a jeho potřeb (11).

Předposlední fází v ošetrovatelském procesu je **realizace ošetrovatelského plánu**. Pro pacienta je jednou z nejdůležitějších fází, protože v ní dochází ke konkrétnímu řešení jeho problémů. Ošetrovatelské intervence musejí být řádně dokumentovány v ošetrovatelské dokumentaci a měly by být v souladu s léčebným plánem lékařů, zaměřené na řešení problémů a plnění cílů ošetrovatelské péče. Intervence je nutné upravovat dle aktuálních podmínek a stavu pacienta. Při realizaci plánu u suicidálního jedince sestra dbá vždy na jeho bezpečnost. Musí být vybrány vhodné metody plnění péče a v přístupu k pacientovi sestra musí dbát na vysokou citlivost jeho problému. Empatický, důvěryhodný přístup a vhodná komunikace je nutným základem úspěšné péče (11, 30, 31).

Poslední fází ošetrovatelské procesu je fáze **hodnocení efektivity ošetrovatelské péče**, kdy hodnotíme splnění cílů plánované péče o pacienta a to, jak reagoval na ošetrovatelské intervence. Splnění cílů posuzujeme z hlediska úplného nebo částečného splnění, anebo zda se neobjevily nové problémy. Nesplnění cílů by mělo vést sestru k otázkám, zda byly dobře diagnostikovány problémy pacienta, zda cíle byly reálné, jaké faktory působily v době realizace ošetrovatelských intervencí apod. (31).

### ***1.10.2 Ošetrovatelský standard***

Standardy jsou neoddelitelnou součástí systému řízení kvality. Jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče a k realizaci auditů. Tvorba standardů by však byla zbytečná, pokud nehodláme péči zlepšovat, pokud nebudeme průběžně sledovat jejich dodržování či realizovat nápravná opatření, která vzešla z auditů.

Ošetrovatelské standardy a jejich historie sahají až do období krymské války (1853-1856), kdy Florence Nightingalová sestavila první standardy zaměřené na ošetrovatelský proces a stanovila první indikátory kvality péče. Se vznikem standardů v minulém století byl položen základ k procesu, který nazýváme akreditací. Každá země a každé zdravotnické zařízení vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek. Pacienti vyžadují kvalitní péči, a je proto nutné kvalitní péči poskytovat. Ne vždy musí být kvalitní péče podmíněna vysokými finančními náklady. Slavný americký univerzitní profesor Avendis Donabedián definuje kvalitu zdravotní péče jako „takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek, je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“ (64, cit. 25. 3. 2010)

Standardy jsou odborníky popsané závazné normy a umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Chrání sestry před neoprávněným postihem a pacientům zajišťují bezpečí při konzumaci ošetrovatelské péče. Slouží také jako nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic či zdravotnických zařízení. Nesmí být použity k represím, ale k podpoře vlastního zlepšování. Standard by měl vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné (64).

Neodmyslitelnou součástí každého standardu je ošetrovatelský audit, který obsahuje metodu monitorování jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledku. Auditem rozumíme revizi, kontrolu a prověřování, může být plánovaný i neplánovaný. Je součástí každého standardu a systematicky hodnotí ošetrovatelskou péči, zjišťuje rozdíl mezi daným standardem a skutečností. Posuzuje, zda je standard platný, aktuální, zda není potřeba provést změny, může být interní nebo externí. Interní audit je vykonáván vnitřními auditory, slouží k udržení kvality zdravotnického zařízení a k následnému udělení akreditace. Externí audit provádí certifikované komise, které provádí audit na základě akreditovaných standardů (64).

### ***1.10.3 Specifika ošetrovatelské péče o suicidálně intoxikovaného pacienta na JIP***

Akutní intoxikace je závažný stav, který ohrožuje zdraví i život intoxikovaného jedince. Je celá řada faktorů rozhodujících o dalším osudu intoxikovaného pacienta, jako např. množství a druh toxické látky, její eliminační poločas, včasná diagnostika a

zahájení adekvátní, účinné a komplexní terapie, která pokud možno co nejméně zatíží lidský organismus nežádoucími účinky. Rozhodující je také vybavenost zdravotnického zařízení kam intoxikovaný jedinec přichází a odborná způsobilost zdravotnických pracovníků, kteří zajišťují intenzivní péči o tyto nemocné (48).

Intenzivní péče řeší problematiku závažných onemocnění a kritického stavu pacientů, tedy i akutní intoxikace, ve smyslu komplexní léčebné péče. Zabezpečuje pacienty po stránce diagnostické a léčebné v rámci příslušného oboru s využitím mezioborové spolupráce. V našem zdravotnickém systému se ústavní péče v základě dělí na anesteziologicko resuscitační péči u pacientů se selháním základních životních funkcí, na intenzivní péči pro pacienty u kterých hrozí selhání základních životních funkcí nebo pro pacienty, kteří přicházejí z anesteziologicko resuscitačních oddělení a potřebují ještě na určitou dobu zvýšenou – intenzivní péči, a na standardní ošetrovatelskou péči pro ostatní pacienty hospitalizované v nemocnici, u kterých bezprostředně nehrozí selhání životních funkcí (16).

Jako samostatná specializace si svou podobu teprve buduje intenzivní psychiatrická péče (JIPP). Její postavení a úloha se, ale od jednotek intenzivní péče jiných oborů liší. Důležitá je intenzivní péče vyžadovaná od personálu JIPP, klíčovým faktorem je stálé sledování agresivních a suicidálních pacientů, pacientů s vysokými dávkami léků a okamžití reakce personálu na aktuální potíže pacienta. Rozdíl je také ve vybavení jednotek intenzivní péče medicínských oborů, zatímco tam je většinou velké množství specializovaného technického vybavení a přístrojů, na JIPP jde spíše o účelně a prostorově vybavené prostředí pro pacienty, např. uzavřená zahrada, tichý koutek, izolační místnost, odpočinkový prostor, místnost pro volný čas a hry. Podobně jako pacient na somatické JIP vyžaduje speciální péči, tak i psychiatrický pacient vyžaduje uspokojení svých četných a komplexních potřeb. Neméně důležité je také zajištění určitého stupně bezpečnostních opatření, jako je vyhrazený uzamykatelný prostor, uzamykatelné dveře, samotné oddělení s elektronickým zabezpečovacím systémem. JIPP mohou být trvale uzavřeny nebo pouze zamykány, nesmí splňovat požadavky kladené na vězeňská bezpečnostní uzavření. Pacienti hospitalizovaní na JIPP jsou obvykle velmi problematictí, s vážnými poruchami chování a s velkými subjektivními potížemi. Akutně intoxikovaní pacienti tedy na tyto JIPP v první fázi léčení

nepřicházejí, jelikož zde není personální a fyzické vybavení pro léčení somatických důsledků intoxikace. Mohou, ale být na tyto JIPP překládáni v okamžiku, kdy odezní bezprostřední riziko selhání základních životních funkcí v důsledku intoxikace, ale přetrvává riziko dalšího suicidálního chování, a tito pacienti potřebují zvýšený dohled, který může právě JIPP zajistit (6).

### ***1.10.2.1 Charakteristika práce sestry na jednotce intenzivní péče***

Proces intenzivní péče v sobě zahrnuje tři složky, a to intenzivní pozorování, intenzivní ošetřování a intenzivní léčbu. Intenzivní ošetřování v sobě zahrnuje převážně ty úkony, které vykonává odborně školená sestra, která musí do ošetřování vložit kus své odbornosti, šikovnosti a moudrosti. Sestra má na JIP povinnosti, které kladou zvýšené nároky na sesterskou a ošetřovatelskou péči o pacienty s akutními stavy. Péče o tyto pacienty probíhá po celou dobu hospitalizace na JIP na lůžku, a je nutná neustálá přítomnost sestry u pacienta. Přestože je počet pacientů na JIP menší než na standardním oddělení, na náročnost práce vyžaduje zvýšené personální vybavení. JIP jsou vybaveny velkým množstvím přístrojové techniky na monitorování základních životních funkcí, na podporu ventilace nebo krátkodobou ventilační léčbu, dále jsou zde přístroje na přesné dávkování infúzních roztoků, léků, parenterální i enterální výživy, na zahřívání podchlazených pacientů, přístroje k resuscitaci, na polohování pacientů, přístroje sloužící k diagnostickým účelům apod. Sestra pracující na JIP musí mít vysoké odborné vědomosti, aby byla schopná okamžitě posoudit stav pacienta a vykonat příslušná opatření na zvládnutí akutního stavu. Měla by také mít technický talent, aby zvládla obsluhu přístrojové techniky. Mezi její osobní i charakterové vlastnosti by měly patřit inteligence, rozhodnost, disciplína, vytrvalost, přesnost, čestnost. Všechny tyto požadavky kladené na sestru spojené s prací na JIP, s péčí o pacienty ve velmi vážném zdravotním stavu jsou jistě stresovými faktory, se kterým se musí sestry při své každodenní práci potýkat (16, 43, 48).

Po příchodu intoxikovaného pacienta na JIP je nutno provést v rychlém sledu celou řadu kroků. Zkontrolovat stav dýchacích cest, dýchání, krevní oběh, podle potřeby podporovat základní životní funkce postupy základní i rozšířené resuscitace. U pacientů

v bezvědomí je zvýšené riziko aspirace a sestra musí počítat s eventuální endotracheální intubací, a s transportem zajištěného pacienta na anesteziologicko resuscitační oddělení, pokud není JIP vybavena ventilačními přístroji k podpoře dýchání. Je nutné zajistit žilní vstup nejméně jedním či dvěma žilními katétry, provést odběr biologického materiálu na hematologické, hemokoagulační, biochemické a toxikologické vyšetření, vyšetření krevních plynů. Zavést trvalé monitorování fyziologických funkcí (srdeční činnost, krevní tlak, počet dechů, saturace kyslíkem, tělesná teplota), kontrolovat vědomí pomocí Glasgow koma skóre, zavést permanentní močový katétr, sledovat příjem a výdej tekutin a 1 hodinu, aplikovat oxygenoterapii, podávat léky dle ordinace lékaře. Součástí příjmu pacienta na JIP je také celá řada administrativní činnosti, jako např. přiložení identifikačního pásku se jménem, datem narození pacienta, názvem oddělení, na kterém je hospitalizován a s případnou alergickou anamnézou, založení chorobopisu, lékařského dekurzu, jehož součástí jsou nejen ordinace lékaře, ale také záznam fyziologických funkcí za 24 hodin a způsob aplikace léků, hodnoty příjmu a výdeje tekutin apod.; založení ošetrovatelské dokumentace (příloha č. 2), jejíž součástí by měla být sesterská anamnéza sepsaná během prvních 24 hodin po přijetí pacienta, stanovené ošetrovatelské diagnózy včetně kritérií a ošetrovatelských intervencí s průběžným hodnocením během hospitalizace, hodnocení soběstačnosti pacienta (Barthelův test), určení rizika vzniku dekubitů (např. dle Northonové), určení rizika pádu, rizika dalšího sebepoškození apod. Dále je nutno zajistit transport biologického materiálu včetně průvodních žádanek do příslušných laboratoří, objednat stravu pro pacienta, důsledně sepsat a uložit osobní věci pacienta na určené místo, pokud má u sebe pacient větší obnos peněz či cenné věci, zajistit jejich uložení v trezoru, či v tzv. ústavním depozitu. Součástí zdravotnické dokumentace jsou také informované souhlasy s přijetím pacienta k hospitalizaci a souhlasy s podáváním informací o zdravotním stavu pacienta. Vzhledem k tomu, že podávání informací o zdravotním stavu pacienta nespadá do kompetencí sester, musí toto zajistit lékař, sestra může lékaři při získávání souhlasu od pacienta lékaři asistovat, a podepsaný souhlas založit do jeho dokumentace. Pokud se nepodaří získat výše jmenované souhlasy, z jakéhokoliv důvodu (např. bezvědomí) do 24 hodin od počátku hospitalizace, je lékař povinen podat hlášení příslušnému



okresnímu soudu o nezískání souhlasu, a ten zahajuje v této věci správní řízení (viz předchozí kapitoly) (1, 4, 16, 48).

Výše popsané kroky slouží k zajištění především somatické stránky a nerozlišují mezi intoxikací náhodnou či úmyslnou, vždy je v první řadě nutné podniknout kroky na záchranu života intoxikovaného pacienta. U intoxikací v suicidálním úmyslu se setkáváme se situacemi, které nejsou při přijetí pacientů do nemocnice zcela běžné. Naopak okolnosti přijetí pacientů mohou být někdy až dramatické, pacient může být přivezen spoutaný v doprovodu policie, nezřídka je pacient na oddělení doslova dovezen záchranou službou a policií, protože jeho chování je označeno jako agresivní, kdy agrese je vyvolána působením toxické látky požití v suicidálním úmyslu, vlivem požitého alkoholu nebo užití drogy a pacient nemá zájem o spolupráci se zdravotníky a záchrana jeho života může probíhat zcela proti jeho vůli a záměru spáchat sebevraždu (31, 32).

#### ***1.10.2.2 Ošetřovatelský přístup a komunikace s neklidným agresivním pacientem***

S příznaky, nemocemi a léčením se setkáváme od dětství. Hluboko v nás se ukládají naše zkušenosti s nemocí, s chováním zdravotníků i s reakcí blízkých lidí na onemocnění. Naše vzpomínky ožívají, pokud se v našem životě objeví další situace spojená s nemocí. Prudké reakce nemusí patřit jen aktuální situaci. „Nemoc chápeme jako těžkou životní situaci, která klade nárok na adaptaci. Zároveň s nemocným jsou zvýšené nároky také na jeho okolí.“ (55, str. 75).

Člověka je nutno chápat jako celistvou bytost, proto s příchodem nemoci pozorujeme nejen změny tělesné, ale také sociální a psychické. Psychické změny lze rozdělit do několika skupin. Jednak na změny související s přijetím nemoci, s představou vlastního ohrožení, dále změny sebepojetí, souvisí se změnami role a zvýraznění rysů osobnosti vlivem dlouhodobé zátěže a frustrace. Psychické změny jsou jednak zpracovány v rovině rozumové a v rovině emoční. Právě emoční reakce působí zdravotníkům problémy při komunikaci s nemocnými. Emoce, které způsobují zejména rozpaky při komunikaci, jsou strach, pláč, úzkost, hněv, zloba, agresivita, truchlení, smutek, deprese (26, 54, 55).

Jednou z mnoha již výše uvedených příčin suicidálního chování je reakce na svízelnou životní situaci. Ta může být obvyklá, méně obvyklá nebo maladaptivní. Není jednoduché určit, proč se lidé ve stejných situacích chovají různě a také jejich reakce jsou různé. Pokud dojde z nějakého důvodu k narušení vnitřní rovnováhy jedince, může se jedinec projevit tzv. neadaptivním chováním. Agrese, jako jeden z obranných mechanismů, které jsou zpravidla uplatňovány při řešení svízelných situací, se projevuje stejně u dětí jako u dospělých. Je tedy jisté, že se zdravotníci při své každodenní práci setkávají s jedinci, jejichž schopnost adaptace je snižena, a tím je také ovlivněno jejich chování a jednání. Proto by měli být zdravotníci připraveni na zvládání každodenních problémových situací a pomáhat nemocným při řešení těchto potíží (20, 27, 40, 60).

Agresivní chování zahrnuje celou škálu projevů. Počíná chladným, hostilným nebo ironickým způsobem komunikace nemocného se zdravotníky (verbální agrese). Závažnější jsou projevy násilí vůči věcem, shazování předmětů, plivání léků apod. (poškozování věcí jako přenesená forma agresivního chování). Nejzávažnější je násilí vůči druhé osobě nebo sobě samému. Ohrožení jsou spolupacienti, zdravotníci, případně další osoby právě přítomné na oddělení. Fyzický útok může být proveden bez, nebo s pomocí nástrojů, předmětů či zbraní. Sebepoškození je závažnou formou násilí obráceného proti sobě, jehož extrémní formou je právě sebevražda (54, 55, 60).

Získá-li sestra pocit, že je pacient neklidný a hrozí riziko napadení, musí volit vhodný přístup k pacientovi. Nikdy s ním nesmí hovořit o samotě, nebo se s ním uzavírat v jedné místnosti. Vždy musí být nablízku další zdravotníci. Právě při prvním kontaktu sestry s pacientem, který je přivezen do zdravotnického zařízení proti své vůli, je nutné se rychle zorientovat a včas tak předejít případným konfliktním situacím (31).

Při navazování prvního kontaktu je vhodné se představit a nabídnout pacientovi ruku. Tento rituál má nejen význam společenský, ale také cenný význam informační. Odmítne-li pacient podanou ruku, může to značit nedůvěru, neochotu ke spolupráci, strach ze současné situace a vnitřní napětí. Je to určitý signál, že kontakt a spolupráce může být problematická. K pacientovi bychom měli přistupovat čelem, tedy ze směru, který pro něj není ohrožující. Je vhodné mluvit klidným, pomalým, vyrovnaným hlasem, používat krátké srozumitelné věty, působit profesionálně a sebejistě. Pacient by měl mít jasné informace o tom, kde je, kdo je kdo a co se bude v příštích okamžicích

dít. Sestra se také musí vyvarovat náhlých a nečekaných pohybů, které by pacient mohl vnímat jako ohrožující. Nesmí být naléhavá, nepouštět se do konfrontací. Pacient se nás bojí stejně, často více než my jeho. Zdvořilé chování je také samozřejmostí. Pokud se pacient dožaduje kontaktu s lékařem, mělo by mu být vyhověno (6, 31).

Dojde-li k vyhocení situace a chování pacienta se stává nebezpečné, pacient ohrožuje sebe i své okolí, a jsou vyčerpány všechny ostatní možnosti ke zklidnění, je nutné použít krajní řešení – omezující opatření. Mezi nejčastěji používané restriktivní omezení patří omezení pacienta v lůžku a terapeutická izolace, méně často používané jsou síťová lůžka či ochranný kabátek. Musí-li sestra řešit otevřenou agresi, dbá zejména na bezpečí pacienta, na bezpečí ostatních pacientů a na bezpečí pro personál. Ochrana zařízení je až na dalším místě. Pro optimální zvládnutí takové mimořádné události je nezbytná dostupnost dostatečného počtu personálu. Jen tak může být omezení pacienta provedeno rozhodně a minimalizována jsou také rizika poranění nemocného či personálu. Pokud dojde k poranění, musí být taková událost řádně zdokumentována. Při fyzickém omezení pacienta je třeba mu vysvětlit, proč k omezení došlo a jaký prospěch z toho má. Pokud je nutné podávat ke zklidnění pacienta psychofarmaka, mělo by toto být provázeno jasnou informací o podávaném léku. Omezení pacienta je vždy jen na určitou dobu a nemělo by trvat příliš dlouhou dobu, jelikož je pacientem subjektivně velmi negativně vnímáno a důvěra k personálu a následující spolupráce by mohly utrpět. „Jedná se o profesionální výkon, nikoliv o demonstraci fyzické převahy či potrestání.“ (31, str. 110)

Po celou dobu omezení pacienta nadále platí zásady intenzivní ošetrovatelské péče. Pacient je kontinuálně monitorován, je třeba zajistit hygienickou péči, péči o cévní vstupy a jiné katétry, péči o vyprazdňování, zajistit aplikaci léků dle ordinace lékaře, péči o hydrataci a výživu, provádět odběry biologického materiálu, zjistit transport na vyšetření apod. Dále je nutné plnit ošetrovatelské intervence v rámci realizace ošetrovatelského plánu, vést řádnou ošetrovatelskou dokumentaci. Všechny výkony sestry vykonávají dle postupů platných ošetrovatelských standardů (4, 6).

Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky je upraveno Věstníkem Ministerstva zdravotnictví České Republiky, dále vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a

jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Každé použití omezovacího prostředku (důvod, druh omezovacího prostředku, datum a čas zahájení, datum a čas ukončení omezení) a údaje o zdravotním stavu během dohledu se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace pacienta (příloha č. 2). Toto vyplývá z § 67b zákona. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a z vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Mezi další normy upravující v právním řádu omezení osobní svobody patří také Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník a zákon č. 240/1993 Sb., občanský soudní řád (31, 12).

Bohužel se v praxi setkáváme nejen s agresivním chováním ze strany pacienta, ale také s nevhodnými až agresivními projevy zdravotnického personálu vůči pacientům. Patří sem zejména verbální agresivita, křik, nešetrné zacházení při ošetřování a manipulaci s pacienty, neodůvodněné používání omezovacích pacientů či medikace. Tyto reakce jsou často vyvolány buď pacienty, nebo jejich příbuznými, kteří nespolupracují při léčení nebo sami projevují agresivitu vůči zdravotníkům. Zdravotníci si přestávají být jisti svou profesionalitou a přecházejí do obrany. Ta může mít charakter vyhýbání se těmto pacientům, přehlížení jejich potřeb, slovní konflikty. Fyzické napadení pacienta je extrémní formou a patří k nejzávažnějším selháním zdravotníků (55).

Každý jedinec je osobitá bytost, která se odlišuje od jiných jedinců, má svůj způsob prožívání, jednání, chování. „Člověk je osobností tehdy, když má svou tvář, když je autorem svých činů, když nekopíruje a nenapodobuje, ale když zodpovědně stojí za tím, co dělá, když jedná vědomým důsledků svých činů. Osobnost je dána především tím, jak dovede kontrolovat svou činnost svým svědomím a tím, jak uvědoměle, odpovědně a ohleduplně řeší úkoly svého života.“ (44, str. 28) Úkolem zdravotníků, jako osobností, je dodat pacientovi, také jako osobnosti, odvahu, chuť k životu, klid a trpělivost. Platí to jak pro fyzická, tak psychická onemocnění. Je důležité být vlídný, ale i přísný a mít „lidský přístup“ k pacientovi, ať jsou příčiny jeho nemoci a hospitalizace jakékoliv (41).

Jaké jsou tedy klíčové dovednosti týkající se komunikace mezi takovými osobnostmi, kterými bezpochyby zdravotníci a pacienti jsou? Ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi nemocným a sestrou a získávání dovedností v oblasti komunikace patří již do profesní přípravy zdravotnických asistentů na středních zdravotnických školách. Mezi základní pravidla profesní komunikace patří pozitivní přístup a orientace na pacienta, umět dát najevo, že nám na pacientovi záleží, umět hovořit především o jeho problémech. Umění naslouchat, tedy nejen slyšet, ale také aktivně vnímat, co nám pacient sděluje a jaké signály k nám vysílá (verbální i neverbální způsob komunikace). Umění klást otázky za účelem získání maxima informací o pacientovi. Umění vysvětlovat, objasňovat, abychom mohli jako zdravotníci efektivně a účelně předávat informace, které jsou pro pacienta důležité. A v neposlední řadě ovládat profesionální chování, být si vědomi svého postavení a zodpovědnosti, být empatické, rychle se orientovat v situaci, dokázat pracovat v týmu, respektovat druhé a vhodně reagovat na kritiku (2, 10).

Úspěšnost práce na jednotkách intenzivní péče nespočívá jen v dokonalé organizaci práce, ale také velkou roli hraje psychologický přístup jednotlivých členů kolektivu. Je nutné si uvědomit, že vždy jde o týmovou práci a nedostatečný či slabý přístup jednotlivce může zničit práci a námahu celého kolektivu. Na jednotkách intenzivní péče je také mnohem bližší spolupráce lékařů a sester, sestry mají v současnosti vyšší kompetence, jsou na ně kladeny mnohem větší nároky, které by měly zvládnout. Proto je velmi důležité je správně vést, formovat, pomáhat jim v odborném růstu, v hledání cesty správného formování osobnosti, komunikace a reakcí na různé situace. Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatkem odborných znalostí k výkonu tohoto zodpovědného povolání (16, 60).

Osobnost zdravotníka byla historicky ovlivněna a tento vývoj znamenal jak obsah činnosti sestry, tak prestiž povolání. Pohled na práci sester ovlivňuje i současné sociální prostředí, které často práci sester podhodnocuje. Společnost nejen oceňuje význam určité profese, ale také její pojetí. Při hodnocení chování jednotlivých profesí hovoříme o profesní morálce ovlivněné filozofickým systémem, který společnost vyznává. Pod vlivem etických norem jsou společností formulovány základní

dokumenty, které pomáhají činnost pracovníků zkvalitnit, např. Etický kodex České lékařské komory, Etické kodexy sester, Etický kodex práv pacientů (55).

## **2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit, s ohledem na kompetence sestry, převažující charakter prožitku pacientů, hospitalizovaných na interní JIP, po záměrně způsobené intoxikaci v suicidálním úmyslu.
2. Zjistit, s ohledem na kompetence sestry, příčiny agresivního chování pacientů hospitalizovaných na interní JIP s intoxikací v suicidálním úmyslu, vůči ošetřujícímu personálu.
3. Vytvořit standard ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty.

### ***2.2 Předpokládané hypotézy***

Výzkum bude koncipován jako explorační, měl by zmapovat ošetrovatelský proces a současně přinést informace nezbytné pro vytvoření standardu ošetrovatelské péče, zahrnujícího jak somatickou stránku, tak psychickou. Proto nejsou hypotézy stanoveny, respektive vyplynou z průběhu realizace výzkumu.

### ***2.3 Výzkumné otázky***

1. Jaký je charakter prožitků u suicidálně intoxikovaných pacientů?
2. Jaké jsou příčiny agresivního chování suicidálně intoxikovaných pacientů?
3. Jaké jsou projevy agresivního chování suicidálně intoxikovaných pacientů vůči ošetřujícímu personálu?
4. Jak sestry postupují v případě agresivního chování pacientů?
5. Používají sestry u pacientů se známkami agrese omezovací prostředky?
6. Dodržují sestry platné postupy při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních pacientů?
7. Jaké jsou pocity sester při práci s agresivním pacientem?

### **3. METODIKA**

#### ***3.1 Použité metody***

Jedná se kvantitativně – kvalitativní výzkum, který byl realizován v Nemocnici České Budějovice a.s., na Jednotce intenzivní péče Interního oddělení.

Některé informace byly čerpány ze studie zdravotnické dokumentace daného pacienta. Informace jsou zpracovány ve formě případových studií – komplexních kasuistik a následnou analýzou dat. Snahou bylo zahrnout do kasuistik nejčastější způsoby intoxikací v suicidálním úmyslu a také projevy chování intoxikovaných jedinců. Kasuistiky obecně seznamují s okolnostmi, za kterých byl pacient přijat, dále základní postupy a algoritmy ošetrovatelské péče. Pro přehlednost byla vypracována myšlenková mapa, která je jednou z příloh této práce. Tato myšlenková mapa shrnuje společné postupy a mohla by být jakýmsi rychlým návodem k péči o intoxikované pacienty, kteří jsou hospitalizováni na interní JIP (příloha 3).

Se sestrami pracujícími na této JIP byl veden nestandardizovaný rozhovor. Rozhovor byl veden otevřenou formou, obsahoval celkem 27 otázek, z toho 26 otázek bylo jasně formulovaných a 1 otázka byla doplňující. Otázky se zaměřovaly jednak na problematiku péče o intoxikované pacienty, a také na personální osazení ošetrovatelského týmu, jeho kvalifikaci a zmapováním délky praxe v oboru.

Třetí technikou sběru dat byla obsahová analýza vybrané ošetrovatelské dokumentace, která je na této JIP používána. Z této dokumentace vyplynuly ošetrovatelské diagnózy a intervence, které byly u intoxikovaných pacientů použity.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

První vzorek tvořila zdravotnická dokumentace intoxikovaného pacienta. Druhý vzorek tvořily sestry pracující na JIP interního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Třetím vzorkem byla ošetrovatelská dokumentace používaná na této JIP.

Výzkumné šetření bylo prováděno v období od listopadu 2009 do dubna 2010. Bylo prozkoumáno celkem 11 zdravotnických dokumentací, z kterých bylo



vypracováno 11 případových studií. Dále bylo provedeno celkem 16 nestandardizovaných rozhovorů se všemi sestrami, které pracují na zmíněné JIP a bylo prozkoumáno celkem 11 ošetřovatelských dokumentací.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Kazuistiky

#### Kazuistika 1

Pacientka I. Č., 47 let, byla v odpoledních hodinách přivezena ZZS na ambulanci interního oddělení pro suicidální pokus. Asi hodinu před příjezdem do nemocnice spolkla v suicidálním úmyslu 20 až 30 tbl. Neurolu 1,0 mg. Na ambulanci byl proveden výplach žaludku a odebrány vzorky žaludečního obsahu pro toxikologické vyšetření. Poté byla pacientka přijata k hospitalizaci a uložena na jednotce intenzivní péče interního oddělení (dále JIP).

Po příjezdu na JIP byla pacientka uložena na lůžko, napojena na monitor ke kontinuální monitoraci tepové frekvence, saturace kyslíkem, počtu dechů za jednu minutu, dále byl každou půl hodinu měřen krevní tlak a tělesná teplota každých šest hodin. Byla zavedena druhá periferní kanyla (první byla zavedena od ZZS), provedeny odběry krve na hematologické, koagulační a biochemické vyšetření. Pacientce byl zaveden permanentní močový katétr a odebrány vzorky moče k toxikologickému vyšetření.

Při příjezdu na JIP byla pacientka somnolentní, ale orientovaná. Anamnestické údaje pro spavost pacientky nešly spolehlivě odebrat, dle jejího sdělení byla bez práce a nevěděla jak dále. K dispozici byla prázdná krabička od Neurolu, kterou na místě zajistila ZZS.

Byla zahájena infuzní terapie roztoky Glukózy, Plasmalytu, dále aplikován Quamatel i. v. dle ordinace lékaře. Součástí monitorace fyzikálních funkcí bylo i hodnocení vědomí každou hodinu pomocí Glasgow coma skóre (dále jen GCS, příloha 2).

Po zajištění pacientky byla založena příslušná lékařská i sesterská dokumentace, stanoveny ošetrovatelské diagnózy, zhotoven ošetrovatelský plán a vše zaznamenáno v ošetrovatelské dokumentaci. Průběžně byly zaznamenávány hodnoty naměřených

fyziologických funkcí, GCS, sledován příjem a výdej tekutin a plněny ordinace dle lékaře.

Pro somnolenci nebyla odebrána sesterská anamnéza, na základě aktuálního zdravotního stavu pacientky byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s cévními vstupy a permanentním močovým katétrem.
- 00150 Riziko sebevraždy v souvislosti s důvody přijetí pacientky.

Druhý den hospitalizace byla pacientka již při plném vědomí, a přestože se chovala spíše apaticky, měla smutnou náladu, byla ochotna ke spolupráci. Podepsala informované souhlasy s hospitalizací a podáváním informací o jejím zdravotním stavu synovi.

Také byla odebrána sesterská anamnéza. Dle sdělení pacientky se jednalo o první suicidální pokus. Před přijetím se léčila pro vysoký krevní tlak, také měla problémy s opakovanými záněty ovarií, je po adnexetomii a po plastice dělohy, prodělala tonsilektomii pro časté záněty mandlí a je léčena pro vředovou chorobu gastroduodena. Má také chronické bolesti zad. Pro sezónní alergie také užívá Xyzal dle potřeby, lékovou alergii neudává. Rodiče pacientky již zemřeli, otec v osmdesáti letech, měl letité problémy s alkoholem. Matka zemřela v padesáti letech na mozkovou příhodu, ale několikrát se pokusila o sebevraždu, zřejmě pro neshody s manželem - otcem pacientky a sama také alkohol v hojnější míře užívala.

Pacientka má jednoho syna, jednalo se o těžký porod, syn byl hyperaktivní a měl lehkou mozkovou dysfunkci. Nyní je ženatý, má rodinu a s pacientkou vychází dobře. Pacientka je vyučená prodavačka, nyní je bez zaměstnání a je vedena na úřadu práce, také pobírá částečný invalidní důchod. Pacientka udávala, že nekouří a alkohol a drogy neužívá. Je šest let vdova, stále se s tím nemůže smířit. Manžel zemřel na nádorové onemocnění, syn jí vyčítal, že nešel k lékaři včas a přišlo se na nemoc pozdě. Měli zahradní domek, který si předělali na normální dům, líbilo se jim pěkné prostředí. Asi tři roky po smrti manžela musela koupit příjezdovou cestu, půjčila si 500 000 korun a velmi se tím zadlužila. Nyní je bez práce, má pouze částečný invalidní důchod a podporu v nezaměstnanosti. Není schopna dlužnou částku splácet, má tedy pozastaveno splácení dluhu a splácí pouze úroky. Bála se, že přijde o podporu, bude muset prodat

ledničku či nakonec celý dům. Měla obavy z toho, kdo se postará o zvířata, už má jen ty, až zemřou, nic už jí těšit nebude. Pacientka si také stěžovala na špatné dětství, oba rodiče pili alkohol, matka se opakovaně pokoušela o sebevraždu, zemřela, když bylo pacientce osmnáct let na mozkovou příhodu. Otec se později znovu oženil, ona ale s novou ženou nevycházela a přestali se s otcem stýkat. Nyní si spočítala, že když spolýká krabičku Neurolu, tak to nepřežije, což také učinila. Po požití tablet zavolala snaše, řekla jí, co udělala a ať se postarají o zvířata a o dům. Mrzelo jí, že byli rychlí a zavolali záchranku a zachránili jí. Nebyla ráda, že přežila, protože jí na světě nic netěší, všechno jí bolí a obviňuje se, že si zkazila život.

Po odebrání sesterské anamnézy byly ještě stanoveny další ošetřovatelské diagnózy:

- 00124 Beznaděj v souvislosti s tíživou sociální situací pacientky.
- 00137 Chronický zármutek v souvislosti se ztrátou manžela.

Pacientka byla stále kontinuálně monitorována, byly prováděny ordinace dle lékaře, včetně kontrolních odběrů krve, RTG vyšetření S+P. Byly plněny a hodnoceny ošetřovatelské intervence a vedena ošetřovatelská dokumentace.

Na druhý den hospitalizace bylo objednáno statim psychiatrické vyšetření na lůžku, které bylo odpoledne provedeno. Z výsledku psychiatrického vyšetření vyplynulo, že pacientka má stále suicidální myšlenky a je zde tedy riziko dalšího sebepoškození s cílem ukončit její život. Proto byl indikován překlad na psychiatrické oddělení na druhý den. Pacientka s hospitalizací na psychiatrickém oddělení souhlasila a třetí den byla hospitalizace na JIP ukončena a pacientka s doprovodem byla přeložena na psychiatrické oddělení.

Po dobu hospitalizace na JIP se o pacientku, a její zdravotní stav aktivně zajímal její syn i snacha. Chtěli by pacientce pomoci, její pokus o sebevraždu je zaskočil, nemysleli si, že její problémy by ji dohnaly k takovému činu. Jsou rádi, že se pacientku podařilo zachránit.

## Kasuistika 2

Pacient V. V., 48 let, byl přivezen v podvečerních hodinách na příjmovou ambulanci interního oddělení, kam byl odeslán z traumatologické ambulance. Zde byl krátce předtím ošetřen pro drobné oděrky a odřeniny po těle. Na traumatologickou ambulanci byl přivezen ZZS. Ta byla přivolána k pacientovi, který byl nalezen ležící ve výkopu v Klostermannově ulici.

Na interní ambulanci byl proveden výplach žaludku pro údajné požití benzodiazepinů neurčeného množství. Z pacienta byl cítit alkohol. Byl odebrán vzorek žaludečního obsahu na toxikologické vyšetření a poté byl odeslán k observaci na interní JIP.

Při příchodu na JIP byl pacient somnolentí, ale probuditelný, omezený slovní kontakt byl možný. Byl uložen na lůžko, napojen na monitor, fyziologické funkce při přijetí byly stabilní. Byla zavedena periferní kanyla, permanentní močový katétr a odebrány vzorky krve a moče na biochemické, hematologické, hemokoagulační a toxikologické vyšetření. Dále bylo sledováno vědomí pomocí GCS každou hodinu, zahájena infuzní terapie Plasmalytem kontinuálně i. v. Z výsledků krevního rozboru vyšla přítomnost alkoholu, a to 2,93 ‰.

Po uložení na lůžko a splnění ordinací byla založena dokumentace, lékařská i ošetřovatelská, zapsány hodnoty fyziologických funkcí, podané léky a výsledky laboratorních vyšetření.

Pro spavost pacienta nebyla odebrána ošetřovatelská anamnéza, ale byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s cévními vstupy a permanentním močovým katétrem.
- 00134 Nausea v souvislosti s požitým alkoholem projevující se nevolností, říháním a nucením na zvracení.

Pacient byl uložen na bok a trvale sledován. Asi za dvě hodiny od přijetí se pacient probudil a žádal odstranění močového katétru, dožadoval se propuštění na tzv. revers. Pacient i přes vysvětlování možných komplikací a poučení o nutnosti zůstat hospitalizován alespoň do druhého dne (sestrou i lékařem) stále trval na odstranění invazivních vstupů a dimise. Nakonec s hospitalizací souhlasil, ale pouze pod

podmínkou, že mu bude odstraněn močový katétr a periferní kanyla, v čemž mu bylo vyhověno. V průběhu rozhovoru, vysvětlování jevil známky neklidu, roztěkanosti, agitovanosti, používal vulgarismy.

Za další půl hodiny náhle odcházel z lůžka, nedbal na pokyny personálu, byl verbálně agresivní a při pokusu sestrou jej zadržet byl agresivní i fyzicky. I přes opakovanou snahu vysvětlit pacientovi nutnost observace a psychiatrického vyšetření, pacient odešel a nebyla možnost mu fyzicky zabránit v odchodu. Pacient odešel bez podepsání reversu, přesto poučen o možnosti pozdějších komplikací po požití léků. Byl učiněn zápis do jeho dokumentace a sepsána mimořádná událost.

Ze záznamů z minulých hospitalizací vyplynulo, že se jednalo již o opakovaný suicidální pokus pacienta. Z anamnézy byly k dispozici informace také o tom, že pacient se léčí u ambulantního psychiatra pro depresivní syndrom, užívá Neurol, Diazepam a snad také Tramal. Jiná onemocnění pacient dle zpráv z hospitalizací popíral.

### Kasuistika 3

Pacient J. S., 43 let, byl přivezen v dopoledních hodinách posádkou ZZS na ambulanci interního oddělení. Ráno byl nalezen spící v bytě, na břicho měl četné vpichy po aplikaci Fraxiparinu. Vedle lůžka leželo asi 20 prázdných stříkaček od Fraxiparinu, prázdné balení Dimexolu tbl., a pod polštářem byl dopis na rozloučenou. Fraxiparin dostal na traumatologickém oddělení jako prevenci tromboembolické nemoci na domácí aplikaci.

Při přijetí byl pacient somnolentní, odpovídal nespolehlivě, nic si nepamatoval, nic nevěděl. Nad levým kolenem měl na kůži exkoriace s krustami, na levém bérce měl sádrovou fixaci, 3. a 4. prst levé dolní končetiny byl fialový, ale bez otoku.

Dle dostupné dokumentace byl asi před měsícem hospitalizován na traumatologickém oddělení pro mozkovou komoci po pádu z kola v ebrietě. Sádrovou fixaci měl od předešlého dne pro frakturu 3. a 4. prstu na levé dolní končetině, doma mu spadla na nohu dlaždice. Den před tímto úrazem se pokusil o sebevraždu, kdy si při koupání ve vaně dal do vody fén. Byl ošetřen a předán na záchytnou stanici pro opilost. Ze záchytné stanice byl odeslán na ambulanci psychiatrického oddělení, kde byl vyšetřen, ale nabízenou hospitalizaci odmítl, podepsal revers.

Po vyšetření na interní ambulanci byl pacient uložen na jednotku intenzivní péče interního oddělení. Po uložení na lůžko byla opět zahájena kontinuální monitorace fyziologických funkcí, které byly při přijetí na JIP stabilní. Byly zavedeny dvě periferní kanyly, permanentní močový katétr a odebrány vzorky krve a moče na biochemické, hematologické, koagulační a toxikologické vyšetření. Hematologické a koagulační vyšetření bylo dále prováděno každé čtyři hodiny, biochemické vyšetření po dvanácti hodinách. Bylo také provedeno statim vyšetření RTG S+P a CT mozku.

Byla zahájena infuzní terapie roztokem Plasmanytu kontinuálně, aplikován Quamatel 1 ampule i. v. a Protamin Sulfat 1 amp. i. v., jako antidotum Fraxiparinu.

Byla založena lékařská a ošetrovatelská dokumentace, pravidelně zaznamenávány hodnoty fyziologických funkcí včetně GCS každou půl hodinu, aplikovány léky dle ordinace lékaře, zajištěny výsledky laboratorních vyšetření.

Pro somnolenci zatím nebylo možno u pacienta odebrat ošetrovatelskou anamnézu, dle hodnocení sestry byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy a permanentním močovým katétrem.
- 00140 Riziko násilí vůči v sobě v souvislosti s opakovanými suicidálním pokusy v minulosti.

Během dopoledne také telefonicky sdělila družka pacienta další anamnestické údaje o pacientovi a také kontakt na jeho matku.

Druhý den hospitalizace byl již pacient při vědomí, nadále byly monitorovány fyziologické funkce, odebírány vzorky krve na laboratorní vyšetření, plněny a hodnoceny ošetrovatelské intervence a vše průběžně zaznamenáváno do lékařské a ošetrovatelské dokumentace.

Pacient byl poučen o souhlasech s hospitalizací a o souhlasu s podáváním informací o jeho zdravotním stavu. Pacient tyto souhlasy také podepsal, jako kontakt na rodinu uvedl svou matku a přítelkyni, se kterou žije.

Pacient přiznal, že je to již opakovaný pokus o sebevraždu, ale že tentokrát se ani zabít nechtěl, že si vzal více prášků na spaní a pak nevěděl, jestli si Fraxiparin píchl či ne. Bylo objednáno statim psychiatrické konsilium na lůžku, které proběhlo v odpoledních hodinách téhož dne.

Dle psychiatrického vyšetření se jednalo o emočně nestabilního jedince. Pacient jebyldoptovaný, své biologické rodiče neznal. Je rozvedený, důvodem k rozvodu byl alkohol a gambling, kterému podlehl. Má devatenáctiletou dceru, kterou ale viděl naposledy, když jí bylo dva a půl roku. V devíti letech prodělal zánět mozkových blan. V současnosti se také léčí pro vředovou chorobu žaludku, neurózu, ambulantně se léčil ze závislosti na alkoholu.

Na základní škole měl problémy s chováním, byl na diagnostickém pobytu v PL Opařany a chodil také do pedopsychologické poradny. Po základní škole se šel učit „na zedníka“ a tehdy se dozvěděl, že je adoptovaný. Velmi špatně to nesl, přidal se do špatné party, která pila hodně alkohol. V opilosti někoho zmlátil a byl odsouzen k jednoletému trestu odnětí svobody. Ve vězení se naučil různé nekalé věci, po propuštění asi po dvou dnech opět v opilosti napadl neznámou osobu a byl opět odsouzen ke třem letům odnětí svobody. Pro pobyt ve vězení nedokončil stavební



učiliště, po propuštění z druhého trestu pracoval jako přidavač na stavbách. Nyní pracuje pro instalatérskou firmu.

Již delší dobu žije s přítelkyní a jejím synem z předchozího manželství, přestože mají spolu neustálé shody, tak jí miluje a nechce jí ztratit. Před posledním pokusem o sebevraždu měli s družkou opět neshody, podezíral jí, že si našla jiného muže, ale nakonec si to prý rozumně vyříkali. Kromě neshod s družkou má ještě finanční problémy, je zadlužen kvůli problémům s gamblingem v minulosti a také jeho družka má nějaké dluhy, a „pořád z něj se synem tahají peníze.“

Přiznává, že se chtěl zabít vložím fénu do vany, ale nyní údajně sebevraždu spáchat nechtěl. Jen si vzal hodně léků na spaní, chtěl se vyspat a také uklidnit po hádce s družkou. Byl omámený a začal si píchat Fraxiparin jeden za druhým, protože si nepamatoval, jestli už dávku měl. Pacient se tomu smál, že jsou to injekce na ředění krve. Přestože po pokusu o zabití se fénem přede dvěma dny hospitalizaci odmítl, nyní s překladem na psychiatrické oddělení souhlasil. Byl tedy plánován překlad po stabilizaci stavu pacienta.

V průběhu druhého dne hospitalizace na JIP byly pacientovi fyziologické funkce stabilizované, a také výsledky laboratorních vyšetření uspokojivé. Byly nadále plněny ordinace, ošetrovatelské intervence, vedena ošetrovatelská dokumentace. Po odebrání ošetrovatelské anamnézy byly doplněny ještě další ošetrovatelské diagnózy:

- 00095 Porušený spánek v souvislosti s opakovanými spory v rodině projevující se špatným usínáním a častým buzením v průběhu noci.
- 00148 Strach v souvislosti s tíživou sociální situací projevující se opakovanými pokusy o sebevraždu.

Třetí den hospitalizace na JIP byly ráno provedeny kontrolní laboratorní vyšetření, výsledky byly v normě a na druhou hodinu odpoledne byl naplánován překlad pacienta na psychiatrické oddělení. Před přeložením pacienta byly odstraněny periferní kanyly a močový katétr. Na psychiatrické oddělení byl pacient odeslán s doprovodem.

V ošetrovatelské překladové zprávě byly uvedeny ošetrovatelské diagnózy 00095, 00140 a 00148 jako nadále trvající, včetně kritérií a intervencí.

Při překladu byl pacient plně orientovaný, uvědomoval si nesmyslnost svého činu a byl rád, že nezemřel. Každý den za ním na návštěvu chodila jeho družka a jejich

vztah se zdál být urovnaný. Družka jevila zájem o zdravotní stav pacienta a přiznávala, že by ho nerada ztratila i přesto, že spolu často hádají.

#### **Kasuistika 4**

Pacientka V. W., 38 let, byla přivezena v podvečerních hodinách ZZS na ambulanci interního oddělení pro intoxikaci léky a alkoholem v suicidálním úmyslu. Dle sdělení posádky ZZS se jednalo údajně asi o 10 tablet Diazepamu 10 mg a asi okolo 50 tablet Depakine chrono 500 mg, který užíval syn pacientky. Po požití léků ještě pacientka vypila až 2 litry vína. ZZS přivolal manžel, který pacientku doma našel již somnolentní.

Při předání pacientky na interní ambulanci byla již těžce somnolentní až soporózní, bez slovního kontaktu. Byl proveden výplach žaludku, odebrán žaludeční obsah na toxikologické vyšetření. Při výplachu pacientka opakovaně zvracela, proto byla ponechána nasogastrická sonda na odpad. Poté byla pacientka uložena na JIP interního oddělení.

Po uložení na lůžko JIP byla zahájena monitorace fyziologických funkcí, GCS bylo při přijetí na JIP 9 bodů, fyziologické funkce stabilní. Byly zavedeny dvě periferní kanyly a permanentní močový katétr, odebrány vzorky krve a moče na laboratorní vyšetření, také hladina valproátu (Depakine chrono) v krvi. Do nasogastrické sondy bylo aplikováno 20 tablet živočišného uhlí a sonda na 1 hodinu uzavřena, pacientka uložena na bok.

Byla zahájena infúzní terapie Plasmalytem kontinuálně i. v., aplikován Degan 1 ampule i. v., dle stavu vědomí připraven Anexate i. v., jako antidotum benzodiazepinů. Dále byla aplikována oxygenoterapie, měřen příjem a výdej tekutin po 6 hodinách. Vědomí pacientky se postupně zlepšovalo, nebyla nutná aplikace Anexate i. v., asi po 4 hodinách hospitalizace pacientka na oslovení otevírala oči.

Byly zajištěny výsledky laboratorních vyšetření, hladina alkoholu byla 2,09 ‰ v krvi, ostatní výsledky v normě.

Pro somnolenci nebyla odebrána ošetřovatelská anamnéza, dle stavu a dostupných informací byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy a permanentním močovým katétre.
- 00039 Riziko aspirace v souvislosti s opakovaným zvracením po výplach žaludku.

Druhý den hospitalizace pacientka byla již při plném vědomí, orientována místem i časem. Ráno byly odebrány vzorky krve a moče na kontrolní laboratorní vyšetření, také opět hladina valproátu. Fyziologické funkce v normě, ukončena oxygenoterapie. Z anamnestických údajů, které pacientka sdělila lékaři, vyplývalo, že před současnou hospitalizací se s ničím neléčila, trvale léky neužívala, pouze kontraceptiva. Alergii negovala. Také po poučení o hospitalizaci a informovaných souhlasech o jejím zdravotním stavu tyto formuláře lékaři podepsala. Jako kontaktní osobu udala svou sestru. Na odpoledne bylo objednáno psychiatrické vyšetření statim na lůžku.

Pacientka bohužel odmítala sdělit další informace, zejména ty, které jsou součástí sesterské anamnézy. Ta tedy nebyla odebrána. Sestra mající pacientku po dobu hospitalizace na starost zaznamenala pouze ty údaje, které byla schopna sama posoudit.

V odpoledních hodinách byla pacientka vyšetřena psychiatrem. Dle zprávy z tohoto vyšetření, pacientka sdělila, že má dlouhodobé psychické problémy, je velmi vystresovaná. Sama již chtěla vyhledat odbornou pomoc, někam volala, ale by jí sděleno, že bez doporučení praktického lékaře jí nevezmou. Protože bydlí na vesnici, styděla se jít ke svému praktickému lékaři, aby se to lidé ve vsi nedozvěděli.

Pacientka je vdaná, má dva syny, 8 a 11 let. V současné době je bez práce, předtím pracovala jako speciální pedagog.

Starší syn je postižený, je mentálně retardovaný, autista, epileptik, má problémy s chováním, pravidelně s ním dochází do Arpidy. Pacientka byla poslední roky se synem doma, navíc nemohla sehnat vhodné zaměstnání, které by šlo spojit s péčí o postiženého syna. Druhý syn je zdravý, ale nemůžou být s postiženým synem spolu, protože starší ho provokuje, má své rituály a zvyky, dlouho se s nikým nesnese. Pacientka se cítí péčí o postiženého syna vyčerpána, nevyločila další pokus o sebevraždu. Manželství označuje jako problematické, na všech se podepisuje stres z péče o autistu. Při vyšetření psychiatrem byla depresivní, cítila se unavená, přetížená, anxiózní. Byla jí navržena hospitalizace na psychiatrickém oddělení, kterou přivítala, také i pro možnost odpočinku od rodinných starostí.

Vzhledem k tomu, že laboratorní hodnoty všech vyšetření byly v normě, a pacientka byla při plném vědomí, byla ještě týž den přeložena na psychiatrické

oddělení. Před odjezdem byly odstraněny periferní kanyly a močový katétr. V ošetrovatelské překládové zprávě byly předány stanovené ošetrovatelské diagnózy, včetně intervencí.

Po celou dobu hospitalizace byla vedena ošetrovatelská dokumentace, včetně provedených intervencí a jejich hodnocení. Do lékařské dokumentace zaznamenávají hodnoty fyziologických funkcí, stavu vědomí, výsledky laboratorních vyšetření a aplikované léky dle ordinace lékaře.

Na psychiatrické oddělení byla pacientka transportována s doprovodem.

## Kasuistika 5

Pacientka M. D., 23 let, byla přijata v dopoledních hodinách na interní JIP překladem z Anesteziologicko resuscitačního oddělení (dále ARO). Na ARO byla přijata předešlý den ve 23 hodin pro suicidální pokus, kdy požila v opilosti asi 5 tablet Rivotrilu 0,5 mg a 5 tablet Neurolu, k tomu hrst louhu k čištění odpadů a vše zapila vodou. Došlo k poleptání dutiny ústní a jícnu. Byla přivezena záchrannou službou na ARO, zde zajištěna a stabilizována. Bylo provedeno krční vyšetření a zavedena nasogastrická sonda.

Po přijetí na JIP pacientka kontinuálně monitorována, byla při plném vědomí, orientována, fyziologické funkce stabilní. Měla zavedeny dvě periferní kanyly, permanentní močový katétr, nasogastrickou sondu, která byla uzavřena. Bylo zhotoveno EKG vyšetření.

Byla zavedena lékařská i ošetrovatelská dokumentace. Ordinance podávány dle lékaře. Pacientka dostávala kontinuálně infúzní roztoky Plasmalytu a 10% Glukózy i. v., doplněné minerály dle aktuálních laboratorních výsledků. Dále byly podávány antibiotika, Amoksiklav 1,2 g i. v. po 8 hodinách, Hydrocortison 50 mg. iv. po 24 hodinách, Quamatel 1 ampule i. v. po 12 hodinách a Degan 3x denně 1 ampule i. v. Pacientce byl pozastaven perorální příjem tekutin i stravy, dle tolerance byl do nasogastrické sondy podáván Nutrilac 40 ml. Byla prováděna péče o dutinu ústní výplachy Skinseptem, odvarem slezu a Dexaltinovou pastou.

Pro dobrou spolupráci pacientky byla odebrána ošetrovatelská anamnéza a stanoveny ošetrovatelské diagnózy:

- 00103 Porušené polykání v souvislosti s poleptáním dutiny ústní a jícnu projevující se nemožností přijímat per os potravu a tekutiny.
- 00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy, močovým katétrem a poleptanou sliznicí v dutině ústní a v jícnu.
- 00045 Poškozená ústní sliznice v souvislosti s požitím louhu a poleptáním projevující se pálením, nemožností přijímat potravu.
- 00132 Akutní bolest v souvislosti s poleptáním dutiny ústní a jícnu projevující se pálením, řezáním v dutině ústní a jícnu, zvýšeným sliněním.

Druhý den hospitalizace na JIP byly ráno zhotoveny odběry krve a moče na kontrolní laboratorní vyšetření. Léky aplikovány dle ordinace lékaře, pokračováno v zavedené terapii z předchozího dne, přidán pouze Fraxiparin 0,3 ml s.c. jako prevence tromboembolického onemocnění. Do nasogastrické sondy aplikován Nutrilac 50 ml každé 2 hodiny, sonda proplachována 50 ml čaje každé 3 hodiny. Bylo objednáno krční konsilium a psychiatrické konsilium, obojí statim na lůžku.

Dále pokračovala péče o dutinu ústní, prováděny intervence a jejich hodnocení, vedena ošetrovatelská dokumentace. Průběžně byly zaznamenávány hodnoty fyziologických funkcí, podané léky, měřen příjem a výdej tekutin, zaznamenávány výsledky laboratorních vyšetření.

Dle krčního vyšetření bylo doporučeno provedení RTG pasáže jícnu a žaludku vodním nálevem a poté konzultace gastroenterologa k indikaci fibroskopického vyšetření žaludku.

Ze zprávy psychiatrického vyšetření vyplynulo, že se u pacientky jednalo již o třetí suicidální pokus. O suicidum se pokusila již před čtyřmi a dvěma lety. Bylo to hodnoceno jako demonstrativní suicidální pokus. Pacientka ochotně spolupracovala, komunikovala bez potíží. Udávala dlouhodobé problémy v rodině. Matka nadužívá benzodiazepiny, zdá se jí, že schází před očima. Pacientka sama před časem také přišla o zaměstnání, poté brala pervitin, nyní asi čtvrt roku žádné drogy neužívá. Měla úzkosti, neví přesně z čeho. Nyní má přítele, vychází spolu velmi dobře, plánují společnou budoucnost, chtějí si pořídit byt i rodinu. Svého činu litovala, popírala, že by to udělala znovu. Psychiatr hodnotil pacientku jako emočně nestabilní a její jednání jako akutní reakci na stres. Překlad na psychiatrické oddělení nebyl nutný, pacientka se po stabilizaci stavu mohla přeložit na otevřené oddělení. Psychiatrickou medikaci také zatím nedoporučoval.

Pacientka byla na JIP hospitalizována ještě další dva dny. Po celou dobu byla nepřetržitě monitorována, byly odebírány vzorky krve k laboratornímu vyšetření, plněny ordinace dle lékaře, vedena ošetrovatelská dokumentace včetně hodnocení intervencí. Třetí den pobytu na JIP byla ukončena ošetrovatelská diagnóza 00132-akutní bolest, protože pacientka již bolest negovala, ostatní diagnózy trvaly.

Čtvrtý den pobytu byla pacientka přeložena na standardní lůžko interního oddělení. Fyziologické funkce byly stabilní, pacientka plně orientována. Dále trval zákaz perorálního příjmu, pacientka byla živena nasogastrickou sondou formou enterální výživy podávané kontinuálně enterální pumpou s noční pauzou a proplachy čajem. Na další týden bylo plánováno fibroskopické vyšetření žaludku, které bude provedeno již ze standardního oddělení.

Přestože zpočátku byla pacientka spíše smutná, bez nálady, při překladu byla již veselejší a doufala, že si svým jednáním nezpůsobila trvalejší zdravotní problémy. Těšila se domů, měla podporu zejména ve svém příteli, který jí denně na JIP navštěvoval.



## Kasuistika 6

Pacient J. B., 35 let, byl přijat po dvouhodinové observaci na ARO na JIP interního oddělení. Na ARO byl přivezen ZZS, kterou přivolal otec pacienta. Ten byl nalezen doma, ležící na zemi, nekomunikující, spontánně ventilující. Snad údajně požil neznámé množství i druh léků. Po příjezdu na ARO byl proveden výplach žaludku, zavedena nasogastrická sonda, odebrány vzorky k toxikologickému rozboru. Pacient byl probuditelný, obtížně komunikoval. Fyziologické funkce v normě, GCS 12, byly zavedeny dvě periferní kanyly, permanentní močový katétr. Zahájena infúzní terapie pro podporu oběhu a forsírovaná diuréza. Po stabilizaci stavu a bez progresu poruchy vědomí byl pacient předán do péče interní JIP.

Po přijetí na interní JIP byl pacient napojen k monitoraci, fyziologické funkce v normě, GCS 15, zhotoveno EKG vyšetření. Pokračováno v infúzní terapii Plasmalytem i. v. Pro zarudnutí byla odstraněna periferní kanyla z dolní končetiny a pro dobrou spolupráci také močový katétr, pacient močil do močové láhve.

Byla založena lékařská a ošetrovatelská dokumentace, odebrána sesterská anamnéza. Pacient také podepsal informované souhlasy, jako kontaktní osobu udal svého otce. Ten se také na syna telefonicky dotazoval a jevil zájem o jeho zdravotní stav.

Dle pacientova sdělení se jednalo o druhý suicidální pokus. Pacient je svobodný, bezdětný, bydlí s otcem v panelovém domě. Byl vyučen jako zedník, poslední roky vykonával pouze pomocné práce, v době přijetí byl evidován na úřadu práce. Byl v plném invalidním důchodu, ale nepobíral žádnou finanční podporu, protože prý neměl odpracované roky a sám si nikde nic nezařizoval. Před deseti lety byl sražen autem, utrpěl otřes mozku, četné pohmožděny a od té doby se datují jeho vleklé zdravotní problémy s páteří, zejména s krční. Uváděl, že si někdy musí vzít až 10 tablet Brufenu, aby byl schopen udělat nějakou fyzickou práci, např. na zahradě. Také je dlouhodobě léčen pro potíže se žaludkem, pro co přesně, ale neví. Před pěti lety byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení s diagnózou organicky podmíněné poruchy osobnosti. Docházel a stále dochází ambulantně do psychiatrické ambulance, nepamatoval si, jaké užívá léky. Před dvěma roky byl opět hospitalizován na psychiatrickém oddělení pro závažný suicidální pokus, také se jednalo o intoxikaci léky. Tehdy byl jeho stav

hodnocen jako těžká depresivní porucha s psychotickými příznaky, dále ambulantně sledován. 1x měsíčně také dochází na aplikaci depotního neuroleptika, opět nevěděl název léku. Nepamatoval si, zda byl na vojně. Teď od léta se cítil po psychické stránce poměrně dobře. V minulém týdnu zjistil, že zemřel jeho dobrý známý, údajně na zhoubné onemocnění. Připomnělo mu to smrt jeho matky, která také zemřela na zhoubné onemocnění, ale jemu nic neřekla. Vypadalo to, že zemřela na zápal plic. Nedávno mu také zemřela babička. S otcem vychází vcelku dobře. Uvedl, že se zabít nechtěl, jen si chtěl vylepšit momentální depresi z nepříznivých zpráv. Vzal si asi 10 tablet nějakých svých léků proti depresi a k tomu 1 tabletu Neurolu. Dnes by sebevraždu nespáchal, už se cítí lépe. Na včerejší události okolo sebevraždy si moc nepamatoval, asi si vzal doma dopoledne léky a otec ho po příchodu z práce našel doma ležícího na zemi. Trápilo ho, že si kvůli problémům s páteří nemůže najít žádnou práci, nikde ho nechtějí vzít.

Na základě informací od pacienta a v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s periferním žilním katétretem.
- 00133 Chronická bolest v souvislosti s poraněním páteře v anamnéze projevující se opakovanými zdravotními problémy při fyzické námaze i při běžné denní činnosti.
- 00151 Sebepoškození v souvislosti s požitím většího množství antidepresiv projevující se suicidálním jednáním.
- 00009 Neefektivní zvládnání zátěže v souvislosti s vleklými problémy projevující se pokusem o sebevraždu
- 00137 Chronický zármutek v souvislosti s úmrtím matky i babičky projevující se depresivní náladou a suicidálními tendencemi

Ve večerních hodinách byly znovu odebrány vzorky krve a odeslány do biochemické a hematologické laboratoře. Asi okolo 21 hodiny pacient náhle vstával z lůžka, odmítal spolupracovat, projevoval známky agresivity, nejprve verbální a později i fyzické. Ihned byl přivolán lékař, který se též snažil s pacientem komunikovat, ale ten stále cokoliv odmítal. Bylo tedy přistoupeno k omezení pacienta v lůžku fixací horních končetin. O události byl proveden záznam v lékařské i sesterské dokumentaci, a

také je zaveden zvláštní záznam o kurtování pacienta. Během omezení pacienta v lůžku byly stále monitorovány fyziologické funkce, hodnocen stav vědomí. Později pacient usnul a fixace horních končetin byla asi po dvou hodinách odstraněna. Pacient již bez známek agresivity, spal v klidu na lůžku až do rána.

Druhý den pobytu na JIP byly provedeny kontrolní odběry krve, RTG S+P, EKG vyšetření. Ordinace plněny dle chorobopisu a ordinace lékaře, pokračováno v infúzní terapii. Stále monitorace fyziologických funkcí, vše v normě. Objednáno statim psychiatrické vyšetření na lůžku. Pacient se cítil subjektivně lépe. Nepamatoval si, co se stalo včera večer, omlouval se za agresivní chování, i když si na ně nevzpomínal.

Byly prováděny a hodnoceny ošetřovatelské intervence. V odpoledních hodinách byl pacient vyšetřen psychiatrem, který suicidální pokus hodnotil jako akutní stresovou reakci a u pacienta shledal schizoidní rysy a dekompenzaci osobnosti. Doporučil překlad na psychiatrické oddělení, protože nešlo zcela vyloučit u pacienta další pokus o sebevraždu. Pacient s překladem souhlasil. Přál si, aby byl o překladu také informován jeho otec. Bylo mu vyhověno, otci byla odeslána textová zpráva, a ten v zápětí telefonicky kontaktoval ošetřujícího lékaře. Byl rád, že syn s překladem souhlasil, myslel si, že synovi další léčba prospěje a snad také pomůže.

Vzhledem k tomu, že stav pacienta byl již stabilní a laboratorní hodnoty všech zhotovených vyšetření byly v normě, byl pacient v odpoledních hodinách přeložen na psychiatrické oddělení. Před překladem byl odstraněn i druhý periferní katétr. V ošetřovatelské překladové zprávě byly sděleny stanovené ošetřovatelské diagnózy, které nadále trvali. Pacient byl transportován s doprovodem.

## Kasuistika 7

Pacientka L. B., 38 let, byla přivezena krátce před půlnoci posádkou ZZS na ambulanci interního oddělení pro intoxikaci léky a alkoholem. Dle jejího sdělení měla ve večerních hodinách postupně požit 10 tablet Myolastanu, asi 10 tablet Lexaurinu 3 mg, několik tablet Mydocalmu a Famosanu, současně k lékům požila několik piv. Byl učiněn pokus o výplach žaludku, ale pro nespolupráci a manuální obranu pacientky byl prakticky neúspěšný, nepodařil se ani odběr vzorku žaludečního obsahu na toxikologické vyšetření. Pacientka byla při vědomí, ale spavá, proto byla přijata k observaci na JIP.

Po přijetí na JIP zahájena monitorace fyziologických funkcí, pacientka hypotenzní. Proto byla zajištěna podpora oběhu infúzními roztoky Plasmalytu a 10% Glukózy i. v., aplikován také Quamatel 1 amp. i. v. Pacientka měla zavedenu jednu periferní kanylu od ZZS, byla ještě zavedena druhá kanyla, současně provedeny odběry krve na laboratorní vyšetření. Také byl zaveden permanentní močový katétr a odebrány vzorky moče na toxikologický rozbor. Vědomí bylo sledováno každou půlhodinu, při přijetí bylo GCS 13, pokud by GCS bylo pod 10, byl ordinován Anexate i. v. v rozepsané dávce, jako antidotum benzodiazepinu. Jeho podání nebylo nutné.

Byla založena lékařská i ošetrovatelská dokumentace. Průběžně zaznamenávány hodnoty fyziologických funkcí, stav vědomí, aplikované léky a výsledky laboratorních vyšetření. Alkohol v krvi při přijetí pacientky byl 2,04 ‰, byla mírně zvýšená osmolalita, jinak vše v normě. Vzhledem k tomu, že pacientka byla přijata asi tři čtvrtě hodiny po půlnoci a byla také somnolentní, nebyla ihned odebírána ošetrovatelská anamnéza. Na základě hodnocení pacientky sestrou byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy a močovým katétrem.
- 00134 Nauzea v souvislosti s požitím léků a alkoholu projevující se pocitem na zvracení, říháním a pocitem nadmutého žaludku.

Ráno byla pacientka probuditelná, orientovaná. Byly provedeny kontrolní laboratorní odběry krve, pacientka stále monitorována, GCS 15. Po poučení podepsala informované souhlasy, jako kontaktní osobu uvedla svou matku.

Pacientka byla ochotná ke spolupráci a souhlasila s poskytnutím informací v rámci sesterské anamnézy. Pacientka byla rozvedená, pracovala jako prادلena. Bydlela sama, má svůj vlastní byt. Kuřačka, alkohol ani drogy v minulosti neužívala. V dětství vážněji nestonala. Léky trvale neužívala, alergie negovala.

Její manželství nebylo šťastné, manžel pil, fyzicky jí týral. Pacientka sděluje, že nemůže mít děti, dosud se s tím nevyrovnala a je to také příčinou jejích psychických potíží. V současné době, asi 1,5 roku, má přítele, ale ten se také občas rád napije. Minulý týden ji v opilosti fyzicky napadl, byla z toho roztrpčená, vrátily se jí vzpomínky na to, jak jí bývalý manžel týral. Chtěla vyhledat pomoc psychologa, ale nakonec celou situaci řešila pokusem o sebevraždu. Dnes má na to již jiný náhled, myslí si, že to celé byla hloupost. Její přítel se také telefonicky dožadoval informací o pacientce, ta si však toto nepřála, její přání bylo samozřejmě respektováno.

Během druhého dne byly fyziologické funkce pacientky stabilní, laboratorní nálezy byly v normě, bylo tedy objednáno statim psychiatrické vyšetření na lůžku. V odpoledních hodinách se dostavil psychiatr na konsiliární vyšetření. Ze závěru tohoto vyšetření vyplynulo, že pacientka byla lucidní, bez bludů, depresivně laděná. Hodnoceno jako porucha přizpůsobení v ebrietě. Anamnesticky domácí násilí, nešlo vyloučit posttraumatickou stresovou poruchu. Při vyšetření opakovaně věrohodně negovala další suicidální úvahy či tendence. Nebyl shledán důvod k trvalé medikaci, ale byla doporučena psychologická intervence a pacientce byl předán seznam ambulantičních psychologů a psychiatrů. Dle psychiatra byla dimise po stabilizaci stavu možná.

Po dohodě s pacientkou byla na její přání v podvečerních hodinách propuštěna. Před odchodem byly odstraněny žilní katétry a močová cévka. Byly zhodnoceny ošetřovatelské intervence a ukončeny stanovené diagnózy. Pacientka se cítila dobře, určitě chtěla řešit svou dlouhodobě neuspokojivou situaci návštěvou u psychologa. Nevěděla co se svým současným partnerem, jestli ho má vzít zpět nebo ne. Její přítel jí tento vztah již rozmlouvali, ale ona neměla odvahu jej ukončit. Doufala, že právě psychologické intervence ji pomohou nalézt to správné východisko z této situace. Domů pacientka odešla v doprovodu své matky.

## Kasuistika 8

Pacientka V. V., 59 let, byla předána na interní JIP v pozdních večerních hodinách po asi dvouhodinové observaci na ARO. Zde byla přijata pro intoxikaci hypnotiky. Při přijetí na ARO pacientka byla při vědomí, spolupracující, na dotazy odpovídala s latencí a zpomaleně, ale přiléhavě. Přiznala, že postupně od předešlého dne požila celkem 60 tablet Hypnogenu. Pacientce byla zavedena nasogastrická sonda, proveden opakovaný výplach žaludku, zajištěny vzorky na toxikologii. Zaveden močový katétr, odebrána moč, také zavedeny dvě periferní kanyly a odebrána krev na laboratorní vyšetření. Po krátké observaci byla ve stabilizovaném stavu předána na interní JIP.

Po uložení na JIP pokračováno v monitoraci fyziologických funkcí, včetně hodnocení vědomí každou půl hodinu. Pacientka lehce somnolentní, na dotyk probuditelná. Pokračováno v zavedené infúzní terapii roztokem Plasmalytu kontinuálně i. v. Z laboratorních výsledků při přijetí zjištěna přítomnost alkoholu 2,18 ‰ a mírně zvýšený cholesterol a osmolalita, jinak ostatní hodnoty v normě.

Asi po půl hodině hospitalizace pacientky na JIP její manžel telefonicky sdělil další anamnestické údaje. Pacientka byla léta léčena na psychiatrii, jednalo se o bipolární afektivní poruchu a o sebevraždu se již jednou pokusila. Opakovaně také byla hospitalizována v psychiatrické léčebně U Honzíčka v Písku. Po porodu měla laktační psychózu a prakticky od té doby trpěla nespavostí. V současné době trvale užívala Depakine chrono 500 mg ráno a 300 mg večer, dále Piracetam 800 mg 1 tableta ráno a poledne, Tiapridal 1 tableta třikrát denně a Hypnogen při nespavosti. Manžel předchozí den nebyl doma, a když se dnes vrátil, našel manželku somnolentní, ale probuditelnou, a ta mu sdělila, že spolkla celkem 60 tablet Hypnogenu. Přivolal tedy ZZS a pacientka byla transportována do nemocnice na ARO.

Pacientka stále sledována, somnolentní, kontrola GCS od půlnoci po hodině. Pacientka byla vždy probuditelná. Prozatím nebyla odebrána sesterská anamnéza. Byla vedena lékařská i ošetrovatelská dokumentace, zaznamenávány průběžné hodnoty fyziologických funkcí, stavu vědomí, aplikované léky a infúze. Sledována diuréza. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy a močovým katétrem.

- 00095 Porušený spánek v souvislosti s prodělanou laktační psychózou v anamnéze projevující se špatným usínáním a nekvalitním spánkem během noci.

Druhý den ráno provedeny kontrolní odběry krve pro laboratorní vyšetření. Pacientka stále monitorována, fyziologické funkce v normě. Byl proveden kontrolní RTG S+P a EKG vyšetření.

Byla již při vědomí, orientovaná, na události kolem suicida si vzpomínala. Chtěla se zoufale vyspat, proto někdy od oběda si začala postupně brát tablety Hypnogenu a zapíjela je alkoholem. Následující den už ani nic nejedla, jen stále polykala tablety Hypnogenu, až jich postupně užila celkem šedesát. Pak ji našel manžel a přivolal pomoc. Jiné potíže pacientka neudávala, cítila se po fyzické stránce dobře. Když byla, ale doma a nemohla spát, cítila se unavená a podrážděná. Také se při hospitalizaci cítila nedůstojně, protože měla sebou jenom kalhotky a tričko co měla na sobě, když jí odvezli do nemocnice. Manželovi nechtěla volat, protože by jí prý stejně nezvedl telefon. Mají mezi sebou dlouhodobé problémy, původně bydleli v Praze, a teď asi deset let v Jižních Čechách a ona si tu nikdy nezvykla. Cítila stále jakési vnitřní napětí, chtěla by mít konečně klid. Nevěděla, jestli by to nyní doma zvládla, a také co manžel tomu řekne a jestli bude ochoten jí pomoci.

V rámci sesterské anamnézy byly zjištěny ještě další informace od pacientky. Chvillemi popírala úmysl se zabít, Hypnogen si brala, aby se konečně vyspala. Vystřídala spoustu různých léků, zřejmě je závislá na benzodiazepinech. Kromě výše jmenovaných léků, ale v současnosti nic jiného neužívala. Nekouřila, drogy neužívala, alkohol pila příležitostně. Měla mírnou nadváhu, nemá moc pohybu, protože bývá často unavená. Pacientka měla jedno dítě, po porodní psychóze již nechtěla další děti. Nyní je v invalidním důchodu, dříve pracovala jako právník.

V průběhu dne byla pacientce odstraněna nasogastrická sonda, močový katétr zatím ponechán. Pokračovala infúzní terapie včetně aplikace další medikace dle ordinace lékaře. Byla vedena ošetrovatelská dokumentace, prováděny a hodnoceny ošetrovatelské intervence. Po rozhovoru s pacientkou byly stanoveny ještě další ošetrovatelské diagnózy:

- 00003 Riziko nadměrné výživy v souvislosti s nedostatkem pohybu

- 00093 Únava v souvislosti s poruchami spánku projevující se celkovou slabostí a malou fyzickou aktivitou pacientky.
- 00120 Situačně snížená sebeúcta v souvislosti s hospitalizací pro suicidální pokus projevující se verbalizací, nervozitou
- 00150 Riziko sebevraždy v souvislosti s psychiatrickou anamnézou pacientky

Byl zhotoven další ošetřovatelský plán, intervence a jejich průběžné hodnocení. Pacientka také podepsala informované souhlasy, jako kontaktní osobu udala svého manžela. Bylo objednáno psychiatrické konsilium na lůžku na další den.

Třetí den pobytu na JIP stále pokračováno v monitoraci, infúzní terapii, provedena laboratorní kontrola. Pacientce byl odstraněn močový katétr, a bylo jí umožněno, dojit si s doprovodem na wc.

Před obědem bylo provedeno psychiatrické vyšetření, kde byla pacientka hodnocena jako lucidní, orientovaná všemi kvalitami, ochotná ke kontaktu. Měla přiměřené psychomotorické tempo, kultivovaný verbální projev. Hovořila o své psychiatrické anabázi, místo lehce ironizovala, negovala suicidální úmysl, dle psychiatra nepřesvědčivě, navíc má dlouhodobou poruchu spánku a dlouhodobě užívala hypnotika. Pacientce tedy byla nabídnuta hospitalizace, se kterou ochotně souhlasila. Obávala se návratu do domácího prostředí, protože manžel neměl zájem řešit jejich rodinné problémy. Byl tedy na odpoledne plánován překlad na psychiatrické oddělení.

Pacientce byly po dokapání infúze odstraněny periferní kanyly. V ošetřovatelské překládové zprávě byly předány informace o stanovených ošetřovatelských diagnózách, včetně jejich intervencí a hodnocení.

Ačkoli pacientka během rozhovorů uvedla, že má jedno dítě, tak po dobu hospitalizace na JIP, se na zdravotní stav pacientky dotazoval pouze její manžel. Ona sama také vůbec nehovořila o svém vztahu k dítěti a také neuvedla, zda se jedná o syna či o dceru. Rodinné vztahy pacientky jsou zřejmě dlouhodobě neurovnané a manžel buď nepovažoval za nutné, informaci o suicidálním pokusu manželky sdělit jejich dítěti, nebo se tito s ním vůbec nestýkají. Manžel sám sice jevil zájem o zdravotní stav manželky, ale v podstatě nic jiného z jeho telefonátů nevyplývalo. Během necelých tří dnů hospitalizace také manželku nenavštívil, ani ji nepřinesl její osobní věci. Pacientka byla na psychiatrické oddělení transportována v ústavním prádle (župan a noční košile)



a byly ji zapůjčeny také pantofle. Při překladu byla skleslá, zřejmě jí trápily obavy z její budoucnosti. Na psychiatrické oddělení byla odeslána s doprovodem.

## Kasuistika 9

Pacient M. F., 38 let, byl okolo třetí hodiny ranní přivezen ZZS na ambulanci interního oddělení pro intoxikaci benzodiazepiny v suicidálním úmyslu. Léky požil asi čtyři až pět hodin před příjezdem na ambulanci. Byl proveden výplach žaludku, tablety ve výplachu nebyly, přesto odeslán vzorek žaludečního obsahu na toxikologické vyšetření. Do sondy po výplachu bylo aplikováno 20 tablet Carbosorbu. Pacient lehce somnolentní, orientovaný, sdělil, že dosud se s ničím neléčil, alergii negoval. Delší dobu měl psychické problémy v souvislosti s rozvodem. Od svého praktického lékaře dostal Lexaurin 3 mg, něco málo využíval a dnes po pár pivech požil zbytek z načatého balení, asi 20 až 25 tablet. Z ambulance byl pacient odeslán k observaci na JIP.

Po uložení na lůžko zahájena monitorace fyziologických funkcí, hodnoceno vědomí po půl hodině. Zavedena periferní kanyla a odebrána krev na laboratorní vyšetření. Močový katétr pacient odmítl, moč na toxikologii prozatím nezískána. Nasazena infúzní terapie roztokem Plasmalytu i. v., aplikován Quamatel 1 amp.i. v.

Byla založena lékařská i ošetrovatelská dokumentace, zaznamenávány výsledky laboratorních vyšetření, hodnot měření fyziologických funkcí a aplikované léky dle ordinace lékaře. Pacient oběhově stabilní, fyziologické funkce v normě. Z laboratorních výsledků vyšší hladina osmolality a přítomnost alkoholu v krvi 2,16 ‰.

Pro ospalost pacienta a pokročilou hodinu nebyla zatím odebrána sesterská anamnéza, byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s periferním žilním vstupem.
- 00037 Riziko intoxikace v souvislosti s požitým množstvím benzodiazepinů a neúspěšným výplachem žaludku

Okolo sedmé hodiny ranní se pacient probudil a žádal sestru, aby mu přivolala lékaře. Po příchodu lékaře se pacient důrazně dožadoval propuštění, odmítal další observaci i léčení. Přes náležité, opakované a srozumitelné vysvětlení lékařem a přes zdůrazněné možné riziko trvalého poškození jeho zdraví odmítal navrhouvanou léčbu a podepsal tzv. negativní revers v přítomnosti lékaře a sestry jako svědka. Před propuštěním byla pacientovi odstraněna periferní kanyla. Fyziologické funkce pacienta byly stabilní, ranní kontrolní odběry krve již neprovedeny pro odmítnutí pacienta. Také

nebyla odebrána sesterská anamnéza, ošetrovatelské diagnózy byly ukončeny. Těž nepodepsal informované souhlasy. Pacient odchází z JIP sám, bez doprovodu.

## Kazuistika 10

Pacient L. S., 31 let, přivezen ZZS v dopoledních hodinách na ambulanci interního oddělení. Byl nalezen hlídací službou na WC v obchodním centru Merkury v Českých Budějovicích, ležící na zemi, obtížně komunikující, snad se pokusil o sebevraždu. Snědl asi 9 tablet Ibalginu 400 mg a zapil to neurčitým množstvím tvrdého alkoholu. Na ambulanci somnolentní, odmítal výplach žaludku, nespolupracoval, uložen na JIP k observaci.

Po uložení na JIP zahájena monitorace fyziologických funkcí a vědomí po půl hodině. Zavedena periferní kanyla, provedeny odběry krve na laboratorní vyšetření. Zaveden permanentní močový katétr a odeslán vzorek moče na toxikologické vyšetření. Pacient spontánně ventiloval, byl somnolentní, řeč setřelá, odmítal vyšetření, nechtěl se ani posadit. Nad ramenními klouby měl drobné odřeniny a starší hematom velikost 3x3 cm. Dech byl cítit po alkoholu. Byla zahájena infúzní terapie roztoky 5 a 10% Glukózy i. v., aplikován Quamatel 1 amp. i. v.

Byla založena lékařská i sesterská dokumentace, zapsány výsledky laboratorních vyšetření, průběžně dopisovány hodnoty fyziologických funkcí, stavu vědomí a plněné ordinace dle lékaře. Z laboratorních výsledků byly zvýšené jaterní testy a přítomnost alkoholu v krvi 4,64 ‰!

Od pacienta nebyly získány anamnestické údaje, dle dostupných informací ze starších záznamů o pacientovi, prodělal infekční mononukleózu, opakovaně vyšetřen na psychiatrii – zde také záznamy o abúzu alkoholu, úzkostné poruše. Z léků snad užíval Zoloft, Esprital, Neurol. Pro nespolupráci nebylo možno odebrat sesterskou anamnézu, pacient byl negativistický. Po zhodnocení stavu pacienta sestrou byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s periferním žilním katétrem
- 00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s poraněním ramen projevující se oděrkami obou ramen

Během dne pacient stále monitorován, fyziologické funkce v normě. Stav vědomí se plně normalizoval, byl bez topického neurologického nálezu. Pacient v odpoledních hodinách žádal dimisi. Odmítal další observaci, v chování určité náznaky agrese.

Vzhledem k tomu, že množství požitých tablet nebylo letální a pacient byl hemodynamicky stabilizovaný, spontánně ventilující, byl v odpoledních hodinách propuštěn. Před odchodem byla odstraněna periferní kanyla, zhodnoceny intervence a ošetrovatelské diagnózy ukončeny. Pacient odešel z JIP bez doprovodu, po vlastní ose.

## Kasuistika 11

Pacient J. N., 26 let, byl v odpoledních hodinách odeslán z psychiatrické ambulance na interní ambulanci pro suspektní intoxikaci léky. Dle zprávy z psychiatrické ambulance se jednalo o pacienta toxikomana a narkomana, který v současné době užíval Subutex. Také se léčil současně pro epilepsii, léky však užíval velmi nepravidelně (Tisercin v dávce 0-0-1 tbl. a Rivotril - dávkování nevěděl). Je závislý na alkoholu, opiátech, užívá též pervitin. Pacient též sdělil, že má hepatitidu typu C.

Na psychiatrickou ambulanci se dostavil pro recept na Subutex. Při vyšetření jevil známky opilosti, psychomotorické tempo bylo zpomalené, slovní údaje od pacienta nevalidní, proto odeslán na interní ambulanci. Při vyšetření byl spavý, ale probuditelný, slovní kontakt šlo navázat, ale údaje nebyly validní – zřejmá demence při dlouhodobém abusu psychotropních látek. Levý bulbus byl deviován a pravá zornice miotická, bez fotoreakce. Na horních i dolních končetinách známky po starých vpiších s projevy tromboflebitidy. Pacient byl špinavý a zanedbaného zevnějšku, vyhublý. Ostatní fyzikální vyšetření bez patologického nálezu, fyziologické funkce stabilní.

Na interní ambulanci byl proveden výplach žaludku a odebrány vzorky žaludečního obsahu na toxikologické vyšetření. Poté byl odeslán k observaci na interní JIP.

Po příchodu na JIP byl nejprve uložen na sprchové lůžko a provedena základní očista, pacient byl dokonce pokálen. Po vykoupání uložen a napojen na monitor.

Monitorace fyziologických funkcí a vědomí po 1 hodině. Zavedena periferní kanylka a močový katétr. Byly odebrány vzorky moče a krve na laboratorní vyšetření. Zahájena infúzní léčba roztoky Plasmalytu, 5% Glukózy s minerály a Multibiontou i. v., aplikován Quamatel 1 ampule i. v. Pacient spontánně ventiloval, oběhově byl stabilní.

Byla založena lékařská a ošetrovatelská dokumentace, zaznamenávány hodnoty měření fyziologických funkcí a vědomí dle GCS, dále výsledky laboratorních vyšetření. Z výsledků byly zvýšené jaterní testy, osmolalita a hladina alkoholu 3,4 ‰. V krevním obraze mírně zvýšené leukocyty, jinak ostatní výsledky v normě. Z toxikologického vyšetření byla prokázána přítomnost benzodiazepinů a opiátů.

Pro spavost pacienta nebyla ihned odebrána sesterská anamnéza, byly stanoveny tyto ošetřovatelské diagnózy:

- 00004 Riziko infekce v souvislosti s periferní kanylou a močovým katétrem.
- 00078 Neefektivní léčebný režim v souvislosti s užíváním psychotropních látek projevující se demencí při dlouhodobém abusu.
- 00002 Nedostatečná výživa v souvislosti s nedostatečným příjmem kvalitní potravy projevující se podváhou.
- 00130 Poškozené myšlení v souvislosti s abuzem alkoholu a psychotropních látek projevující se demencí.
- 00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti s požitým alkoholem léky projevující se neschopností souvisle komunikovat.

Pacient byl během odpoledních hodin stále somnolentní, bez známek neklidu a agrese. Oběhově i ventilačně stabilní. Byly prováděny ordinace dle lékaře a intervence dle ošetřovatelského plánu. V pozdějších večerních hodinách se pacient probudil, začal jevit známky neklidu a agitovanosti. Dožadoval se aplikace Dolsinu i. v. pro bolesti v dolních končetinách. Byl proto přivolán lékař ve službě. S pacientem byla obtížná komunikace, stále se urputně dožadoval aplikace opiátů, a když mu bylo toto odmítnuto, začal si sundávat napojené kabely od EKG monitorace a saturační čidlo, také manžetu na měření krevního tlaku. Vytrhl si periferní kanylu a snažil se vstát z lůžka. U lůžka byl přítomen lékař i sestry ve službě, byl přivolán sanitář. Pacient musel být násilně uložen zpět na lůžko. Bylo zastaveno krvácení poté, co si vytrhl flexilu a byl přikurtován za horní i dolní končetiny. Pacient se aktivně fyzicky bránil, byl hrubý, kopal, plival, kousal, byl vulgární. Po fixaci v lůžku byl opět napojen na monitor, zavedena nová periferní kanyla a aplikován Apaurin 1 ampule i. v., a pacient se částečně zklidnil. Byl zpocený, měl tachykardii a hyperventiloval. Byl nasazen Apaurin v kontinuální aplikaci dávkovačem. Po stabilizaci pacienta byl proveden o incidentu záznam do lékařské a ošetřovatelské dokumentace, založen záznam o užití omezovacích prostředků a kontrola vědomí a krevního tlaku byla prováděna každou půl hodinu. Tepová frekvence, dechová frekvence a saturace kyslíkem byly monitorovány nepřetržitě. Během noci byl pacient celkem klidný, občas se probudil, ale bez projevů

agrese. Byly uvolněny dolní končetiny a ponechána kurtace horních končetin. Během fixace v lůžku byl také pravidelně každé 2 hodiny polohován.

Druhý den ráno byly odebrány vzorky krve na kontrolní biochemické vyšetření. Při ranní hygieně byl pacient somnolentní, na bolestivý podnět probuditelný, slovní kontakt přiměřený stavu – pacient nesouvisle drmolil, občas užil nějaký vulgarismus. Nabízenou snídani odmítal, chtěl pivo. Při ranní vizitě nespolupracoval, hovořil nepřiléhavě, personál oslovoval různými jmény, zřejmě svých známých.

Fyziologické funkce byly stabilní, z laboratorního vyšetření byly stále zvýšené jaterní testy a amoniak, CRP je 40, zvýšené byly také leukocyty a větší byl střední objem erytrocytů. Bylo objednáno psychiatrické konsilium na lůžku. Dle ordinace lékaře byly aplikovány léky, infúze, postupně byla snižována dávka kontinuálně aplikovaného Apaurinu. Pacient byl odeslán na RTG vyšetření S+P. Průběžně byly plněny a hodnoceny ošetrovatelské intervence a byly vedena řádná ošetrovatelská dokumentace.

Po návratu z RTG vyšetření byl pacient probuzený, nevěděl kde je a co se mu stalo a proč je kurtován v lůžku. Jevil známky agrese, snažil se uvolnit horní končetiny z kurtů. Hlasitě vykřikoval, byl vulgární. Ošetřující personál se poskytl pacientovi adekvátní vysvětlení, snažil se pacienta uklidnit, byl přivolán lékař. Pacient odmítal vysvětlování, nechtěl spolupracovat, dožadoval se okamžitého propuštění. Přes opakovanou snahu o domluvu byl pacient spíše čím dál tím víc neklidný, snažil se uvolnit z lůžka a jeho agrese měla narůstající tendence. Byl proto aplikován i. v. bolus Apaurinu a pacient se postupně zklidnil. Vše bylo opět zaznamenáno do jeho dokumentace.

Asi hodinu po tomto incidentu přišel na konziliární vyšetření psychiatr. Pacient byl v daném okamžiku nevyšetřitelný, protože byl stále kontinuálně tlumen Apaurinem i. v. Po dohodě s ošetřujícím lékařem bylo od psychiatrického vyšetření prozatím ustoupeno, byl konzultován léčebný postup k probíhajícímu delirantnímu stavu pacienta. Psychiatr navrhl pokračovat v terapii Apaurinem, pokud by byl pacient schopen polykat, bylo by možno přidat Heminevrin v dávce 4x denně 2 až 3 kapsle. Psychiatrické konsilium bude provedeno po zlepšení stavu pacienta.



Čtvrtý den hospitalizace během postupného snižování dávky Apaurinu se pacient začínal probouzet. Po celou dobu hospitalizace byl monitorován, sledovány laboratorní parametry, aplikovány léky dle ordinace, vzhledem ke kontinuálnímu tlumení pacienta bylo ukončeno omezení v lůžku. Protože pacient nebyl schopen perorálně přijímat potravu, byla prozatím aplikována parenterální výživa s přihlédnutím ke zvýšeným jaterním testům. U pacienta byly prováděny ošetrovatelské intervence v rámci ošetrovatelského plánu, dvakrát denně byla prováděna hygiena na lůžku, péče o dutinu ústní, oči, pacient byl pravidelně polohován. Veškeré ošetrovatelské činnosti byly zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace, včetně hodnocení intervencí.

Protože během hospitalizace nebyl pacient schopen vyjádřit souhlas o podávání informací a jeho hospitalizaci, byl hlášen po 24 hodinách hospitalizace Okresnímu soudu. Nebyly také získány informace o příbuzných a po celou dobu hospitalizace se na jeho zdravotní stav nikdo neinformoval.

Během dne se pacient probíral do úplného vědomí, nejevil známky neklidu či agrese. Bylo přerušeno kontinuální tlumení Apaurinem a pacientovi byl podáván Heminevrin per os v doporučené dávce. Bylo možno s ním navázat slovní kontakt, na jednoduché dotazy odpovídal přiléhavě. Pacientovi byl vysvětlen důvod hospitalizace i její dosavadní průběh. K tomu se nijak nevyjádřil, s další hospitalizací souhlasil a také dodatečně podepsal informované souhlasy, což bylo hlášeno na Okresní soud. Uvedl kontakt na svého otce jako nejbližšího příbuzného.

Byla také odebrána ošetrovatelská anamnéza. Pacient byl svobodný, bezdětný a bydlel s otcem v paneláku. Co se přihodilo, před hospitalizací si přesně nevzpomínal. Věděl, že mu došel Subutex, a že si chtěl dojet pro recept. Snažil se přestěhovat do Českých Budějovic, ale nedařilo se mu to. Pamatoval si, že byl v nějaké restauraci v Českých Budějovicích, dal si nějaká piva a spolkl snad několik různých tablet, které měl u sebe. Popíral, že by chtěl spáchat sebevraždu, byl asi jen rozladěný ze své neutěšené situace. Navíc byl bez stálého zaměstnání, v době hospitalizace byl veden na Úřadu práce, neměl stálý příjem. Peníze na drogy si sháněl různým způsobem, ale neřekl jakým, jen krčil rameny. Jeho matka se léčila pro schizofrenii, a když mu bylo patnáct let, tak spáchala sebevraždu. Měl bratra, oba je vychovával otec. Když byl v učení (na zedníka), tak se přidal do party, předháněli se, kdo víc vypije, pak začali

postupně s drogami, až si vypěstoval závislost. Vyhodili ho z učiliště, chvíli pracoval jako pomocný dělník, často střídal zaměstnání, ale nikde dlouho nevydržel. Opakovaně se zkoušel léčit ze svých závislostí, v době přijetí na JIP byl na substituční léčbě Subutexem.

Pacient také již zkusil perorální příjem kašovitě stravy, zvládl to bez potíží. V lůžku byl schopen samostatné sebeobsluhy. Ještě se cítí slabý a unavený.

Další den bylo opět objednáno psychiatrické vyšetření, které proběhlo v odpoledních hodinách. Lékař z psychiatrického oddělení pacienta znal z předchozích hospitalizací. Pacient by si přál být hospitalizován na psychiatrickém oddělení, myslel si, že by se pokusil o intenzivnější odvykací léčbu za hospitalizace, protože to sám nezvládá. Psychiatr s jeho hospitalizací souhlasil a byl domluven překlad na další den.

U pacienta byly před překladem zhotoveny kontrolní laboratorní vyšetření, přetrvávaly zvýšené jaterní testy zřejmě v důsledku nadužívání alkoholu. Bylo také zhotoveno ultrazvukové vyšetření břicha, s nálezem zvětšených jater a jaterní cirhózy. Pacient byl oběhově stabilní, bez teploty. Před překladem byly odstraněny katétrů, žilní i močový, sepsána ošetrovatelská překládová zpráva. Pacient měl pouze znečištěné šatstvo, které bylo předáno spolu s ním na psychiatrické oddělení. Po šesti dnech pobytu na JIP byl pacient s doprovodem transportován na psychiatrické oddělení.

Byla uzavřena ošetrovatelská dokumentace, zhodnoceny intervence. Ke svému chování se pacient nijak nevyjádřil, odešel bez jakékoliv verbální reakce, bez emocí.

## 4.2 Analýza kasuistik

Tabulka 1

Kasuistika č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Celkem
První suicidium	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	+	6
Opakovaný pokus	-	+	+	-	+	+	-	+	-	-	-	5
Těživá finanční situace v období před pokusem	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	4
Problémy v partnerském vztahu před pokusem	-	-	+	+	-	-	+	+	+	-	-	5
Těživá životní situace v období před pokusem	+	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	4
Těživá finanční situace jako příčina suicid.pokusu	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	2
Problémy v partnerském vztahu jako příčina suicid. pokusu	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	2
Těživá životní situace jako příčina suicid.pokusu	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	5
Psychické problémy v anamnéze	-	-	+	+	+	+	-	+	-	-	-	5
Psychiatrická léčba před pokusem	-	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	7
Zdravotní problémy v anamnéze	+	-	+	+	-	+	-	+	-	+	+	7
Psychiatrické onemocnění v rodině	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	2
Suicidální pokus v rodině	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Násilnické chování v anamnéze	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Pobyt ve vězení v anamnéze	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Abúzus léků	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+	4
Abúzus alkoholu	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	3
Abúzus jiných návykových látek	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	2
Suicid.pokus způsobený léky	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	3
Suicid.pokus způsobený léky v kombinaci s alkoholem	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	7
Suicid.pokus způsobený léky, alkoholem a louhem	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	1
Poškození zdraví v důsledku abúzu alkoholu před pokusem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1
Poškození zdraví v důsledku abúzu jiných návykových látek před pokusem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1
Trvalé poškození zdraví suicid.pokusem	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	1
Žena	+	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	5
Muž	-	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	6
Hospitalizace na JIP	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11
Monitorace FF, vědomí po celou dobu hospit.na JIP	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11
Kvantitativní porucha vědomí při přijetí	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	8
Verbální agrese v průběhu hospit. vůči personálu	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	4
Fyzická agrese v průběhu hospit. vůči personálu	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	4

Užití omezovacích prostředků během hospit.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	2
Delirantní stav během hospit.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1
Přetrvávající suicid. myšlenky	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	3
Projev lítosti nad suicid.pokusem	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	4
Plánování budoucnosti po pokusu	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	3
Strach z budoucnosti	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	1
Smutná nálada v průběhu pobytu na JIP	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	7
Podpora a zájem rodiny	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	6
Nezájem ze strany rodiny	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	5
Psychiatrické vyšetření v průběhu hospitalizace	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	8
Souhlas s hospitalizací a léčbou	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	8
Nesouhlas s hospitalizací a léčbou	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	3
Sepsání mimořádné události	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Vynucený odchod z JIP, bez negat.reversu	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Negativní revers	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	1
Dimise do domácího prostředí po ukončení hospit.	-	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-	4
Dobrovolná hospit. na psychiatrickém odd. po propuštění z JIP	+	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+	6

### **4.3 Výsledky dotazování sester**

#### **1. Jak často se setkáváte na vašem oddělení s agresivním chováním u pacientů?**

V odpovědi na tuto otázku se všechny dotazované sestry naprosto shodly. S agresivním chováním pacientů se setkávají velice často.

#### **2. Setkáváte se s projevy agrese také u intoxikovaných pacientů?**

I v této otázce se výpovědi sester shodují. S agresivním chováním u intoxikovaných pacientů se setkávají, i když ne u všech intoxikací. Dle sester záleží na typu intoxikace a také na příčině. Projevy agrese bývají téměř vždy u intoxikací spojených s požitím alkoholu, také u pacientů, kteří jsou závislí na nějakém typu látky, která závislost vyvolává, např. toxikomané, bezdomovci, alkoholici.

#### **3. Víte, jaké jsou typy agresivního chování?**

Vzhledem k tomu, že všechny dotazované sestry se setkaly a setkávají s projevy agrese, je jejich odpověď jednoznačná. Projevy agrese rozdělují do podoby verbální a fyzické nebo kombinace obojího. Jak z odpovědí vyplynulo, všechny se s těmito projevy setkaly a některé z nich bohužel zažily i projevy fyzické agrese.

#### **4. Jaký typ agrese spíše převažuje u intoxikovaných pacientů?**

Zde sestry uvádějí, že téměř vždy jedná nejdříve o verbální agresi. Nikdy se nestalo, že by se pacient bez nějakého předchozího signálu vrhl na ošetřující personál a ihned ho fyzicky atakoval. Bohužel verbální agrese často přechází i ve fyzickou v okamžiku, kdy sestry nutí pacienta setrvat v lůžku, když on toto odmítá a slovním projevem dává najevo svou nelibost i svůj nesouhlas. Vzhledem k tomu, že je nutno pacienta udržet v lůžku, monitorovat ho a stabilizovat jeho zdravotní stav, který je ohrožen požitím otravné látky, je fyzická agrese nechtěně vyvolávána právě tímto omezením. Je to jakýsi kruh, kdy se střetávají názory a potřeby pacienta a zdravotnického personálu.

## **5. Jak se u pacientů projevuje agresivní chování?**

Dle sester je obraz agresivního chování u intoxikovaných pacientů velice podobný. Na začátku to bývá jakási agitovanost, neklid a dotazy typu: „ kde to jsem, proč tady jsem, co se mi stalo, já tady nechci být, vyndejte mi ty hadičky, sundejte mi ty kabely, kde je doktor, já chci jít domů....“ Vždy je k takovéto situaci volán lékař, společně se snaží pacientovi vysvětlit důvod přijetí na JIP, vysvětlit mu co se stalo a hlavně co se může stát, že jeho zdravotní stav je ohrožen v důsledku předchozího pacientova jednání. Část pacientů toto vysvětlení přijme a pochopí, že jejich zdraví je ohroženo a dále již spolupracuje s ošetřujícím personálem. Bohužel u pacientů, jejichž vědomí je ovlivněno předchozím požitím alkoholu či drog, vysvětlování a to opakované, nepomáhá. Přechází do fyzického útoku, vytrhávají si zavedené kanyly, cévky, strhávají kabely k monitoraci, snaží se odejít z lůžka, kopou, plivou, jsou vulgární a hrubí. Potom nezbyvá nic jiného, než tyto pacienty restriktivním způsobem omezit v lůžku. Většinou stačí fixace horních končetin, ale někdy je nutno užít i kurty na dolní končetiny a hrudník.

## **6. Byla jste někdy při poskytování ošetrovatelské péče napadena agresivním pacientem, a jakým způsobem?**

Jak již z předchozích odpovědí vyplývá a jak se sestry v odpovědi na tuto otázku opět shodují, všechny byly napadeny verbálně, některé bohužel i fyzicky.

## **7. Jak postupujete v případě agresivního chování u pacienta?**

Pokud u pacienta dojde k projevům agrese, jakékoli, snaží se sestry pacienta uklidnit tím, že se snaží s ním vše projednat, vysvětlit mu důvody hospitalizace a sdělit mu jaká hrozí rizika, pokud by odešel z nemocnice. Samozřejmě vždy volají lékaře, pokud již není přítomen. Tyto postupy se opakují často několikrát za směnu, nikdy se pacient nekurtuje preventivně nebo při prvním náznaku agresivního chování. Sestry shodně vypovídají, že je toto velmi náročné, na jejich psychiku, ale chápou, že je nutno zabránit tomu, aby nedošlo k poškození pacienta samotného, dalších spolupacientů a snaží se také samozřejmě chránit sami sebe i majetek nemocnice.

**8. O jaký typ intoxikace se nejvíce jedná? Léky, alkohol, drogy nebo kombinace předchozího?**

Odpověď je skryta již v otázce, sestry uvádějí jako nejčastější typ intoxikace intoxikaci léky, potom kombinaci léky a alkohol, a na posledním místě jsou to různé omamné a návykové látky. Zde se jedná spíše o intoxikaci neúmyslnou, vyvolanou předávkováním užití látky.

**9. Co myslíte, že bývá příčinou agresivního chování u intoxikovaných pacientů?**

U této otázky se v odpovědích sester objevila celá škála problémů a příčin agresivního chování. Sestry nejčastěji uvádějí jako příčinu agrese vliv toxické látky na vědomí pacienta. Zejména ten, který je pod vlivem alkoholu, často ztrácí kontrolu nad svým jednáním a chováním. Také vlastní důvod intoxikace, dlouhodobý stres, rodinné problémy, finanční apod., pocity smutku, beznaděje, strachu, vyvolávají u pacienta reakci, která je spouštěcím momentem jejich agrese. Ať už je agrese namířená proti pacientovi samotnému či proti ošetřujícímu personálu. Jako další příčinu sestry uvedly nevhodné prostředí samotné JIP, je zde spousta rušivých elementů, pacient je ztracen ve velkém prostoru, nevidí příliš okolo sebe, protože pacienti jsou od sebe odděleni závěsy a pouze slyší různé zvuky a hlasy ze svého okolí (houkání monitorů, infúzních pump a injekčních dávkovačů, pískání enterálních pump, zvuk patientských zvonků, hlasy dalších pacientů a personálu apod.).

**10. Co je pro vás při péči o agresivního pacienta nejnáročnější?**

Nejnáročnější je pro sestry komunikovat s takovýmto pacientem, zvládat projevy agrese a současně poskytovat řádnou a smysluplnou ošetrovatelskou péči, o kterou pacient v dané chvíli vlastně nestojí. Pro názornost bychom zde citovali odpověď jedné z dotazovaných sester: „Nejnáročnější je jednoznačně zvládnout agresivní projevy a v druhé řadě je to u asociálních pacientů snaha ovládnout pocit hnusu a opovržení u pacientů nesmírně špinavých, zavšivených, páchnoucích, pomočených a pokálených se starými, zhnisanými a zapáchajícími ranami, v nichž můžeme třeba také najít červy. Někdy je pro mě těžké „v tom“ vidět člověka. U sestry se tato dovednost automaticky



očekává, ale i sestra je jenom člověk a tyto situace jsou nesmírně těžké a cítit ošklivost je normální lidská vlastnost. Takovou situaci se mi daří lépe zvládnout, pokud pacient je klidný a spolupracující popř. za péči poděkuje. Pak mám často hřejivý pocit, že má moje práce smysl. Ovšem v případě takto zanedbaného a zároveň ještě agresivního jedince je velmi těžké zachovat vůči takovému člověku pozitivní a profesionální postoj.“

### **11. Byla jste někdy nucena použít omezovací prostředky?**

Zde je odpověď sester naprosto jednoznačná, a to taková, že všechny byly nuceny a všechny použily nějaký druh omezovacího prostředku na agresivního pacienta.

### **12. Jaké?**

Nejjednodušším omezovacím prostředkem jsou postranice u lůžka, ale ty jsou vskutku pro jedince, který má snahu odejít, jen velmi slabou překážkou. Nejčastěji užívaným omezovacím prostředkem jsou měkké, molitanové kurty na horní, popřípadě dolní končetiny. Tento typ omezovacího prostředku, jako nejčastěji používaný, uvedly všechny dotázané sestry. Pokud je agresivní chování opravdu velké a pacient je fyzicky agresivní a hrozí riziko sebepoškození, je někdy nutno použít kurty kožené, pevnější a pro pacienta je mnohem obtížnější se z těchto kurtů vyprostit. Jsou, ale pacienti, kterým se to podaří, a které je nutno navíc fixovat ještě v hrudní oblasti. Současně s fyzickým omezením v lůžku je nutno pacienta tlumit též farmakologickým způsobem.

### **13. Vedete na vašem oddělení záznam o použití omezovacích prostředků?**

Vedení záznamů o použití omezovacích prostředků je veden ve všech případech, kdy k omezení došlo. Tato povinnost je dána jednak ošetrovatelským standardem a také platnou legislativou. Zvláštností je, že větší část dotazovaných sester se zmiňuje o laxnosti lékařů k vyplňování tohoto záznamu. Pokud sestry tento záznam lékařům opakovaně nepředkládají, zůstává tento často nevyplněn.

#### **14. Jsou pacienti monitorováni při použití omezovacích prostředků?**

Všichni pacienti bez výjimky jsou monitorováni. Monitoruje se tepová frekvence, krevní tlak, tělesná teplota, počet dechů, stav saturace kyslíkem a také stav vědomí pomocí Glasgow kóma skóre.

#### **15. A jak často?**

Tepová frekvence, saturace, dýchání, tělesná teplota jsou monitorovány kontinuálně a krevní tlak a stav vědomí dle ordinace lékaře, nejčastěji však po jedné hodině, dle potřeby častěji.

#### **16. Jak na vás působí agresivní pacient?**

Všechny odpovědi se shodují v tom, že agresivní pacient je vždy velmi náročný klient na ošetrovatelskou péči. Sestry mají pocit marnosti jejich práce, snaží se pacientovi zachránit život, ale často proti jeho vůli. Cítí se vyčerpané, unavené a mnohdy si kladou otázku, zda to úsilí za to opravdu stojí.

#### **17. Jaké máte pocity?**

Z odpovědí sester nám vyplynulo, že jejich pocity jsou velmi podobné pocitům pacientů. Strach, úzkost, beznaděj, bezmocnost, pocit vyčerpání, zoufalství, pocit ohrožení, zlosti, vzteku. Tyto pocity u pacientů vyvolávají agresivní chování a u sester se objevují při, nebo po práci s těmito pacienty.

Ještě jedna zajímavá okolnost vyplynula z odpovědí sester, a to je nezáměr ze strany některých lékařů o zvládnutí situace. Sestry bojují s agresivním pacientem a lékař např. ani nepřijde, ordinuje po telefonu a situaci bagatelizuje, aniž by jí byl přítomen. Ovšem v okamžiku konfrontace lékaře s pacientem je to lékař, kdo se dá první na ústup, a z bezpečné vzdálenosti ordinuje co má sestra aplikovat do žilního katétru, který si pacient již vytrhl. I toto bohužel některé sestry zažily.

#### **18. Má agresivní chování vliv na vámi poskytovanou péči?**

I zde se sestry shodují v tom, že agresivní chování má vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Naštěstí ne v tom smyslu, že by sestry nechtěly pečovat o

takového pacienta, i když je toto velmi náročné, ale že pro agresivní chování často nelze adekvátně ošetřovat, provádět intervence, aplikovat léky, pečovat o hygienu apod. Sestry chtějí poskytovat odbornou péči dle platných ošetřovatelských standardů všem pacientům bez rozdílu, ale agresivní chování jim tuto činnost často znemožňuje. Pak je opravdu velmi obtížné platné standardy dodržovat a poskytovat péči v rámci ošetřovatelského procesu.

**19. Máte na vašem oddělení vypracovaný standard ošetřovatelské péče o intoxikované pacienty? Pokud ne, považovala byste tento standard za přínosný pro ošetřovatelskou péči o intoxikované pacienty?**

Z odpovědí sester vyplynulo, že ošetřovatelský standard o intoxikované pacienty není vypracovaný a sestry by takový standard uvítaly. Zejména z důvodu zlepšení kvality ošetřovatelské péče, a také pro určitou přehlednost jednotlivých postupů, hlavně při agresivním chování pacientů a zvládnání jednotlivých projevů agrese.

**20. Když odezní u pacientů projevy agrese, jak se potom chovají?**

V chování a reakcích pacientů je velká individualita. Někteří si vůbec nepamatují na minulé hodiny a neví, co se odehrálo. Někteří si své chování uvědomují, ví o něm a stydí se za něj. Naopak někteří sice vědí, že byli agresivní, ale v podstatě se cítí být v právu, nechápou důvody jejich omezení a často bývají ve svém projevu hrubí a vinu za jejich chování, svalují na zdravotníky. Někdy se také tváří jakoby se v podstatě nic nestalo, odmítají přijmout skutečnost a pravdu o jejich chování, bagatelizují. Jiní nechtějí o proběhlé situaci hovořit, odmítají na toto téma komunikovat. Naštěstí jsou i tací, kteří si přiznají svou „vinu“, nechápou třeba důvody svého chování, zdá se jim to nemožné, ale situaci přijmou a za své chování se omluví a je jim líto, že se chovali hrubě a třeba i násilně.

**21. Mluví s vámi pacienti o důvodech svého předchozího agresivního chování?**

Zde se odpovědi sester velmi rozcházely, některé uvedly, že pacienti s nimi o tomto hovoří, jiné zase, že pacienti odmítají na toto téma hovořit. Spíše se pouze ptají co se s nimi dělo, na většinu si nepamatují či nechtějí pamatovat. Pokud o příčině hovoří, tak

jí vlastně neznají, neví co s nimi dělo, proč se tak chovali a co vyvolalo jejich agresi. Nedokázali si to vysvětlit, někteří se cítili ohroženi, bojovali za svůj život. Dle odpovědi jedné ze sester pacient udával, že mu před očima běžel jakýsi film, který mu splýval s realitou.

## **22. Stalo se vám, že se pacient omluvil za své chování?**

I zde se odpovědi sester lišily. Některým ze sester se pacient omluvil za své agresivní chování, některým ne.

## **23. Mění se chování pacientů v průběhu hospitalizace?**

V odpovědích na tuto otázku se sestry opět shodují. Chování pacientů se v průběhu hospitalizace mění a to v tom smyslu, že projevy agrese po různě dlouhé době vždy ustupují a pacient je schopen spolupracovat s ošetřujícím personálem. Nejvíce jsou pacienti agresivní bezprostředně po přijetí a v prvních hodinách hospitalizace. Když dojde ke stabilizaci zdravotního stavu a k očistění organismu od otravné látky, je spolupráce s pacienty téměř vždy dobrá. Pokud se jedná o pacienty, kteří jsou psychiatricky nemocní nebo dlouhodobě závislí, např. na drogách či alkoholu, bývá spolupráce obtížná, často nemožná. Často po odeznění delirantního stavu a v okamžiku kdy již nehrozí selhání životně důležitých funkcí orgánů, bývají tito pacienti překládáni k dalšímu léčení na psychiatrické oddělení.

## **24. Myslíte si, že se dá předejít projevům agrese?**

Sestry v odpovědích uvádějí, že ano, že se jistě dá předejít agresivnímu chování, ale v daném okamžiku je to velice obtížné. Postupy, které sice uvádí literatura nebo které znali z různých seminářů na toto téma, pak v praxi nefungují. Sestry si také myslí, že tyto postupy lze spíše uplatnit na standardních odděleních či v jiných zdravotnických zařízeních, ale ne na JIP, kdy je prioritou rychlá a účinná pomoc směřovaná na záchranu bezprostředně ohroženého života pacienta. Těžko lze u pacienta, kterému selhávají životně důležité funkce, zkoušet postupy na zvládnutí agrese, např. listování v kalendáři či poslech rádia.

## 25. Jaké pocity převládají u intoxikovaných pacientů v průběhu hospitalizace?

U této otázky se dá říci, že co pacient, to odpověď. U některých pacientů jsou to pocity, které byly příčinou suicidální intoxikace. Někteří pacienti si ani nepřejí podávat informace rodině, partnerovi, odmítají hospitalizaci, léčbu, odmítají psychologickou i psychiatrickou intervenci. Většina z nich svého jednání lituje, hovoří o zkratkovitém jednání a jsou rádi, že se jim nic vážného nestalo. Jiní se třeba litují, hledají vinu u všech ostatních, v rodině, v zaměstnání, u partnera, ale třeba i u sebe.

## 26. Je něco, co byste chtěla ještě k tomuto tématu říci?

Péče o agresivního pacienta je nesmírně náročná, psychicky i fyzicky. V tom se shodují všechny dotázané sestry. Udávají, že je to vůbec asi nejtěžší, a že např. u pacientů, kteří jsou vážně nemocní, ošetrovatelsky velmi nároční, ale snaží se o spolupráci, není ta práce tak vyčerpávající, jako postarat se o agresivního pacienta. Tito lidé nemusí být v bezprostředním ohrožení života, a přesto dokážou sestru naprosto vyčerpat, někdy se sestry cítí naprosto zoufalé a bezmocné vůči takovýmto pacientům. Shodují se také v tom, že práce na JIP je všeobecně velmi náročná a snadno zde může dojít k syndromu vyhoření.

## 27. Jaký je váš věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2

Počet sester	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Celkem
Věk:19-24						+									+		2
25-29		+		+	+				+		+		+				6
30-34			+									+					2
35-39							+							+			2
40-44	+							+									2
45-49																+	1
50-54																	0
55 a více let										+							1

Vzdělání: Středoškolské					+	+	+				+		+				+	+	7
Středoškolské+ vyšší odborné			+	+								+							3
Středoškolské +PSS	+								+								+		3
Vysokoškolské Bc.									+					+					2
Vysokoškolské Mgr.		+																	1
Délka praxe: Méně jak 5 let		+		+		+			+		+		+		+				7
5-10 let	+				+														2
11-15							+					+		+					3
16-20																			0
21-30								+										+	2
31 a více let										+									1

#### ***4.4 Analýza ošetrovatelské dokumentace***

Bylo zkoumáno celkem 11 vzorků ošetrovatelské dokumentace. Součástí ošetrovatelské dokumentace zkoumané na interní JIP Nemocnice České Budějovice a.s., byla sesterská anamnéza, která je u pacienta zpravidla odebírána prvních 24 hodin hospitalizace (příloha 2). Anamnéza se shoduje s ošetrovatelským modelem dle Gordonové a zaměřuje se na jednotlivé domény tohoto modelu.

Další součástí je denní plán ošetrovatelské péče, vždy na každých 24 hodin hospitalizace pacienta. Tento plán obsahuje identifikační údaje pacienta, hodnocení všech fyziologických funkcí včetně vědomí, hodnotí riziko vzniku dekubitů dle Northonové, polohovací záznam, dále jsou zde zaznamenávány informace týkající se vylučování moči a stolice, informace týkající se žilních či arteriálních vstupů, údaje týkající se příjmu potravy (per os, parenterálně či enterálně). Dalšími údaji jsou informace o poskytované péči, např. hygiena, péče o kůži, sliznice, dutinu ústní, oči, uši, nos, záznamy o kožních defektech, provedených převazech, záznamy o provedených vyšetřeních. Součástí dokumentace je také informace o tom, jakou má pacient krevní skupinu, zda má deponován nějaký transfúzní přípravek. Také je zde zaznamenáváno, jestli měl pacient návštěvu. Na závěr je zde zhodnocen denní ošetrovatelský plán a stav pacienta formou stručného hlášení včetně zhodnocení fyziologických funkcí.

Nově od května letošního roku je zaveden nutriční screening u pacientů hospitalizovaných na všech odděleních Nemocnice České Budějovice a.s.

Součástí zkoumané ošetrovatelské dokumentace byl také záznam o užití omezovacích prostředků. Součástí tohoto záznamu je vždy jméno a identifikační údaje pacienta, důvod omezení, doba po jakou bylo omezení použito. Dále jaké byly použity omezovací prostředky, jak probíhalo monitorování fyziologických funkcí. Nezbytnou součástí je také informace o tom, zdali byl pacient poučen o důvodu omezení, a dále razítko a podpis lékaře, který omezení pacienta v lůžku indikoval.

Pokud je u pacienta porušena celistvost kůže, je veden záznam o ošetřování ran (příloha 2). Zde je uveden podrobný popis a lokalizace rány, její vzhled, způsob a četnost ošetření. U každého záznamu je datum, jmenovka a podpis sestry.

Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou, na základě odebrané sesterské anamnézy, celkového hodnocení a posouzení pacienta sestrou, stanovené ošetrovatelské diagnózy, jejich kritéria a stanovené ošetrovatelské intervence. Intervence se hodnotí každých dvanáct hodin, tedy na konci každé směny. Tyto jsou také předávány jako jedna z částí ústního i písemného hlášení při předávání služby mezi sestrami. Nejčastěji se opakujícími ošetrovatelskými diagnózami jsou např.:

- Beznaděj – 00124
- Deficit při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109
- Deficit sebepéče při koupání a hygieně – 00108
- Deficit sebepéče při vyprazdňování – 00110
- Chronický zármutek – 00137
- Nausea – 00134
- Porušené myšlení – 00130
- Porušený spánek – 00095
- Riziko aspirace – 00039
- Riziko infekce – 00004
- Riziko intoxikace – 00037
- Riziko násilí vůči jiným – 00138
- Riziko násilí vůči sobě – 11140
- Riziko sebepoškození – 00139
- Riziko sebevraždy – 00150
- Strach – 00148
- Úzkost – 00146
- Zhoršená verbální komunikace – 00051

Dalším typem a součástí kompletní ošetrovatelské dokumentace je ošetrovatelská překladová zpráva, která se posílá s každým pacientem, který je překládán na jiné oddělení, anebo do jiného zdravotnického zařízení. Obsahuje základní



údaje o fyziologických funkcích překládaného pacienta, údaje o jeho možnostech sebeděče a spolupráce, o jeho dietě, o poslední provedené medikaci, o možné alergii, zaznamenávají jsou i případné dekubity a součástí je také kompletní seznam osobních a zejména cenných věcí pacienta.

Veškerá zkoumaná ošetrovatelská dokumentace byla vedena přehledným způsobem, řádně, čitelně a vždy pouze tou sestrou, která měla pacienta po dobu své směny na starosti. U každého záznamu byl vždy datum, jmenovka a podpis dané sestry.

## 5. DISKUSE

Častými pacienty interního oddělení – JIP jsou lidé, kteří se záměrně intoxikují s cílem ukončit svůj život. Motivy jejich jednání jsou různé, duševní nemoc, bilanční rozhodnutí, snaha upozornit na tíživou životní situaci apod. Cílem této práce bylo zjistit převažující charakter prožitků těchto pacientů, dále jsme se snažili zjistit příčiny agresivního chování intoxikovaných pacientů a třetím cílem této práce byla tvorba ošetrovatelského standardu o tyto pacienty. Z cílů také vyplynuly výzkumné otázky, na které se díky výzkumné části práce podařilo najít odpověď. Odpovědi vyplynuly z celkem jedenácti komplexních kazuistik a následnou analýzou dat. Další odpovědi na výzkumné otázky přinesl rozhovor se sestrami pracujícími na interní JIP, a také analýza ošetrovatelské dokumentace, která je na této JIP používána.

Byly nalezeny společné znaky v jednotlivých případových studiích. Ve všech případech suicidálně intoxikovaní pacienti byli hospitalizováni na interní JIP. Z celkem jedenácti zkoumaných případů suicidálních intoxikací, se v pěti případech jednalo o opakovaný suicidální pokus (kazuistika 2, 3, 5, 6, 8), ve zbylých šesti případech šlo o první pokus ukončit život suicidem. Avšak pouze v jednom případě byl v anamnéze pacienta suicidální pokus u jednoho z rodičů (kazuistika 1). I když literatura uvádí sebevraždu či pokus o ni v pokrevním příbuzenstvu jako jeden z možných rizikových faktorů suicidálního jednání (50).

Podobné si však byly situace před suicidálním pokusem, a to zejména tíživá finanční situace, ta se vyskytla ve čtyřech případech (kazuistika 1, 3, 6, 11), problémy v partnerském vztahu u pěti případů (kazuistika 3, 4, 7, 8, 9) a ve čtyřech případech (kazuistika 1, 4, 5, 6) se jednalo o tíživou životní situaci. Samotnou příčinou suicidálního pokusu byla v pěti případech tíživá životní situace (kazuistika 1, 3, 4, 5, 6), ve dvou případech byla příčinou tíživá finanční situace (kazuistika 3, 6) a problémy v partnerském vztahu byly příčinou dvou suicidálních pokusů (kazuistika 7, 9). U jednoho z případů se také vyskytlo domácí násilí v rodině (kazuistika 3), a to násilí ze strany bývalého manžela na pacientce. Jak uvádí literatura (8), zhruba 38% žen v České republice zažilo během svého života některou z forem násilí (vyhrožování fyzickým

ublížením, házení věcí nebo úder předmětem, strkání, svírání rukou, facka, kopání, kousání, škrcení, vynucený sexuální styk a jiné) ze strany svého partnera (současného nebo bývalého), a téměř shodný počet žen (37%), má podobné zkušenosti s násilím ze strany jiného muže. Alespoň jednu z forem agrese během svého života dle literatury zažilo 59% žen a celková pravděpodobnost, že se žena setká s agresí ze strany muže během jednoho roku, činí 15%, přičemž šance, že násilníkem bude vlastní partner, je mírně vyšší (9%) než v případě cizího muže (7%).

Své místo mezi příčinami suicidálního jednání má i faktor pohlaví. Z kazuistik vyplynulo, že v pěti případech suicidálního pokusu intoxikací se jednalo o ženy (kazuistika 1, 4, 5, 7, 8), a zbývajících šest pokusů připadlo na muže. I v literatuře se uvádí, že postoj k sebevražednému jednání závisí na gender roli a sebevražda nemá pro muže a ženy stejný význam. Zatímco u žen jsou potíže v citových vztazích a v osobním životě častější příčinou sebevražd, ať už dokonaných či ne, u mužů mezi příčinami suicidálního jednání převažují spíše problémy v oblasti seberealizace, problémy v zaměstnání nebo jeho ztráta apod. (39, 50).

Jak zmiňujeme již výše, období před vlastním suicidálním činem hraje důležitou roli v rozhodování pacienta dobrovolně zničit vlastní život. Dalšími společnými znaky zkoumaných případů jsou také psychické problémy v anamnéze suicidálně intoxikovaných jedinců, a to v pěti případech (kazuistika 3, 4, 5, 6, 8). Psychiatrická léčba před pokusem probíhala v sedmi případech (kazuistika 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11) a psychiatrické onemocnění v rodině se vyskytlo u dvou případů (kazuistika 5, 11). Cohen ve své publikaci (9) uvádí, že zhruba patnáctkrát více, než je udávaná prevalence dokonaných sebevražd, jsou psychická či psychotická onemocnění příčinou suicidálních pokusů. Stejně tak stavy spojené s nadužíváním alkoholu nebo návykových látek. Také ve čtyřech zkoumaných případech se v anamnéze vyskytoval abúzus léků (kazuistika 5, 7, 9, 11), ve třech případech abúzus alkoholu (kazuistika 3, 10, 11) a abúzus jiných návykových látek se vyskytl u dvou zkoumaných případů (kazuistika 5, 11). U jednoho zkoumaného případu bylo přítomno poškození zdraví v důsledku abúzu alkoholu (kazuistika 11) a také ve stejném případě se jednalo o poškození zdraví v důsledku abúzu jiných návykových látek užívaných před pokusem. Koutek ve své knize (22) také

zmiňuje diskuze odborníků o tom, zda suicidální jednání je samo o sobě duševní poruchou či nikoliv (viz kapitola 1.9.5).

Asi 95% suicidálních pokusů tvoří právě akutní intoxikace jakýmkoliv množstvím či druhem otravné látky, z toho 80% intoxikací je způsobeno léky (61). Zkoumané případy toto také potvrzují. Celkem sedm suicidálních pokusů bylo způsobeno léky v kombinaci s alkoholem (kazuistika 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11), ve třech případech se jednalo o intoxikaci pouze léky (kazuistika 1, 3, 6) a v jednom případě šlo o kombinaci léků, alkoholu a louhu (kazuistika 5). V tomto případě bohužel také došlo k trvalému poškození zdraví v důsledku působení louhu na trávicí trakt. Také odpovědi sester se v tomto případě shodují s literaturou i s výsledky analýzy kazuistik. Sestry shodně uvádějí, že nejčastějším typem intoxikace je užití léků, užití léků v kombinaci s alkoholem, a na posledním místě užití různých omamných a návykových látek samotných nebo opět v kombinaci s léky či alkoholem.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, jaký charakter prožitků převažuje u suicidálně intoxikovaných pacientů. Z tohoto cíle vyloučena výzkumná otázka 1: ***Jaký je charakter prožitků u suicidálně intoxikovaných pacientů?*** U třech pacientů přetrvávaly nadále suicidální myšlenky (kazuistika 1, 4, 8) a v jednom případě i strach z další budoucnosti (kazuistika 8). V sedmi případech během hospitalizace přetrvávala smutná nálada (kazuistika 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11) a ve čtyřech případech projevovali pacienti lítost nad svým činem (kazuistika 3, 5, 6, 7). Pouze ve třech případech bylo plánování budoucnosti po pokusu (kazuistika 3, 5, 7). Pro suicidálně jednajícího jedince je důležitá podpora a zájem ze strany rodiny. Jak už z předchozích kapitol vyplývá, tak právě problémy v rodině, v partnerském vztahu či v zaměstnání, jsou častou příčinou suicidálních pokusů. U šesti zkoumaných případů byl zájem a podpora ze strany rodiny (kazuistika 1, 3, 4, 5, 6, 7), a bohužel v pěti zbývajících případech nikoliv. Z odpovědí sester také vyplývá, že pocity intoxikovaných pacientů v průběhu hospitalizace souvisí právě často s vlastní příčinou jejich jednání. Někteří pacienti si ani nepřejí podávat informace rodině, partnerovi, odmítají hospitalizaci i léčbu či nabízenou psychologickou nebo psychiatrickou intervenci. Většina z nich svého jednání ale lituje, často hovoří o zkratkovitém jednání a jsou rádi, že se pokus nezdařil. Někteří také litují, ale naopak hledají vinu u všech ostatních, v rodině, v zaměstnání, u partnera, ale také i u

sebe. Osm z jedenácti pacientů souhlasilo s hospitalizací a léčbou (kazuistika 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11), zbývající tři pacienti hospitalizaci a léčbu odmítali, v jednom případě dokonce došlo k vynucenému odchodu z JIP ze strany pacienta a toto bylo hlášeno jako mimořádná událost (kazuistika 2). V jednom případě byl podepsán negativní revers (kazuistika 9). U osmi případů bylo provedeno psychiatrické vyšetření (kazuistika 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11) a šest pacientů souhlasilo s dobrovolnou hospitalizací na psychiatrickém oddělení po propuštění z JIP (kazuistika 1, 3, 4, 6, 8, 11). Čtyři pacienti byli po ukončení hospitalizace na JIP propuštěni do domácího prostředí (kazuistika 2, 5, 7, 10).

Jak uvádí literatura (3, 5, 22), častou příčinou suicidálního jednání je také deprese a s ní spojené emoce, jako je smutek, zoufalství, zklamání, úzkost, strach, pocit prázdnoty. Tyto negativní emoce mohou vyvrcholit právě sebevraždou, a také u suicidálních jedinců nadále přetrvávají a pacienti dále touží po smrti, jako po vysvobození z duševní trýzně. V tomto případě je riziko opakovaného suicidálního pokusu velmi vysoké.

Nad stavem pacienta bdí celý zdravotnický tým. Křivohlavý (26) uvádí, že tam, kde pacient nemá možnost řídit běh dění, nastává pro něho mimořádně těžká situace. Zvláště tam, kde je vystaven stresovým podnětům, kde je pod vlivem nekontrolovatelných negativních vlivů, dopadají na něho nepříjemnosti všeho druhu spojené s nepříjemnými pocity a prožitky. Tam, kde pacient má možnost něco sám řídit, se jeho psychický stav zlepšuje, naopak tam, kde je této možnosti zbaven, se dostává do těžko zvladatelné frustrace. To se může projevit zlostí a neočekávanou až agresivní aktivitou.

Z výše uvedeného tedy vyplývá odpověď na výzkumnou otázku 1. Charakter prožitků ve většině případů souvisí s příčinou suicidálního jednání pacientů a také je ovlivněn aktuálním prožitkem z hospitalizace a z chování ošetřujícího personálu.

Druhým cílem této práce bylo zjistit příčiny agresivního chování pacientů s intoxikací v suicidálním úmyslu. Z tohoto cíle vyplynulo hned několik výzkumných otázek. Otázka 2: ***Jaké jsou příčiny agresivního chování suicidálně intoxikovaných pacientů?*** Otázka 3: ***Jaké jsou projevy agresivního chování suicidálně intoxikovaných pacientů vůči ošetřovatelskému personálu?*** Otázka 4: ***Jak sestry postupují v případě***

*agresivního chování pacientů?* Otázka 5: *Používají sestry u pacientů se známkami agrese omezovací prostředky?* Otázka 6: *Dodržují sestry platné postupy při poskytování péče u agresivních pacientů?* Otázka 7: *Jaké jsou pocity sester při práci s agresivním pacientem?* Ve čtyřech případech došlo v průběhu hospitalizace k verbální agresi vůči personálu (kazuistika 2, 6, 10, 11) a také ve čtyřech případech došlo i k fyzické agresi vůči personálu (kazuistika 2, 6, 7, 11). V jednom případě se jednalo i o delirantní stav během hospitalizace (kazuistika 11). U dvou pacientů bylo nutno užít omezovací prostředky (kazuistika 6, 11). Z odpovědí sester vyplynulo, že s agresivním chováním pacientů, setkávají velice často včetně u intoxikovaných pacientů. Neplatí ale, že každý intoxikovaný pacient je zároveň agresivní. Sestry se v odpovědích shodují, že projevy agrese se vyskytují téměř vždy u alkoholových nebo s alkoholem kombinovaných intoxikací. Agresivní bývají také pacienti závislí na nějakém druhu psychoaktivní látky. Venglářová ve svém článku (54) udává, že agresi můžeme najít všude kolem sebe. Profesionálové pomáhajících profesí, se setkávají nezdědka s agresivními projevy svých klientů. Ošetrovatelská profese není výjimkou (34). Násilí a agresivní chování není problém jen českých zdravotnických zařízení. Ze zahraničních studií (13, 14, 17) jasně vyplývá, že agresivita je problém nejen národní, ale také mezinárodní. Agresivní chování a případné násilné chování má dopad na sestry ve stejném měřítku nejen u nás, ale i ve světě. Dotazované sestry dělí agresivní chování do dvou typů, agresi verbální a fyzickou nebo kombinaci obojího. Co se týče typu agrese, která převažuje, sestry uvádějí, že téměř vždy se nejdříve jedná o agresi verbální. Nikdy se nestalo, že by pacient atakoval personál bez předchozího signálu. Bohužel agrese verbální přechází ve fyzickou velice často, a to v souvislosti s důvody hospitalizace intoxikovaného pacienta. Protože intoxikace je závažný, život ohrožující stav a vědomí pacienta může být ovlivněno požitou toxickou látkou, je hospitalizace v takovém případě nutná i přes nesouhlas pacienta. Také u osmi zkoumaných případů byla přítomna kvantitativní porucha vědomí při přijetí (kazuistika 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11). Pacienti často odmítají setrvat v lůžku, chtějí odejít a sestry se jim v tom snaží zabránit, a pacient má pocit ohrožení a začíná se fyzicky bránit. V takové situaci je vždy volán lékař a společně se sestrou se snaží pacientovi vysvětlit závažnost jeho zdravotního stavu. Část pacientů vysvětlení přijme a pochopí, že jejich zdravotní stav je ohrožen.

Bohužel jsou i pacienti, kteří přes opakované vysvětlování a snahu o spolupráci s ošetřujícím personálem odmítají, ať už vědomě či pod vlivem toxické látky, a přechází do fyzické obrany i útoku. Vytrhávají si zavedené kanyly a cévky, strhávají kabely k monitoraci fyziologických funkcí, plivou, koušou, kopou, jsou vulgární a hrubí. Všechny dotazované sestry byly napadeny verbálně, některé z nich bohužel i fyzicky. Jako příčinu takového chování sestry nejčastěji uvádějí právě vliv toxické látky na vědomí pacienta. Zejména pokud je pacient současně pod vlivem alkoholu či jiné omamné látky. Jako další příčinu sestry vidí také vlastní důvod intoxikace. Dlouhodobý stres, rodinné problémy, finanční, pocity smutku beznaděje, strachu mohou u pacienta vyvolat reakci, která může být spouštěcím momentem agrese, která může být namířena jak proti personálu, tak proti pacientovi samému. Také samotné prostředí JIP může být jednou z příčin agresivního chování. Je zde spousta neznámých zvuků a rušivých elementů, pacient vlastně nevidí mnoho okolo sebe, pouze slyší různé zvuky, hlasy a řeč personálu, dalších pacientů a vztahuje si obsah hovoru třeba i na sebe. I odborná literatura uvádí (16,19), že neosobní prostředí JIP může být spouštěcím momentem agresivního či delirantního chování pacienta. Zvládnout projevy agrese a současně poskytovat řádnou smysluplnou péči podle daných pravidel a standardů, je pro sestry vůbec jedna z nejnáročnějších činností jejich profese. Na otázku jak sestry postupují v takovém případě, odpovídají, že se vždy z počátku snaží pacienta uklidnit, projednat s ním danou situaci, vysvětlit důvody hospitalizace. Samozřejmostí je v této situaci přítomnost lékaře. Toto se opakuje i několikrát za směnu. Sestry shodně vypovídají, že je to velmi náročné, ale chápou, že je nutno zabránit tomu, aby nedošlo k poškození pacienta samotného, je nutné zabránit projevům a prohloubení agresivity. Chránit musí nejen samotného pacienta, ale také ostatní pacienty a personál samotný. Ochrana hmotného majetku stojí až na dalším místě. Venglářová (54) např. doporučuje ke zklidnění situace pacienta posadit. Pokud to rezolutně odmítá, nenutíme ho, udržujeme bezpečnou vzdálenost, na dosah klienta. Je vhodné ponechat otevřenou ústupovou cestu sobě i klientovi. Lepší variantou je, když uteče, než když bude muset z cesty odklidit ošetřující personál. Důležitá je ale empatie vůči potřebám klienta, i agresivní pacient má své potřeby. Není naším úkolem zkoumat jeho motivy, ale v akutní situaci se snažíme identifikovat a pokud možno naplňovat jeho lidské potřeby. Uklidnění může pomoci

např. umožnění pacientovi si zavolat, zakouřit si, i když to zrovna na oddělení není zvykem. Účelem je odvrácení pozornosti jinam. Sestry si často v takových situacích neví rady, sami se cítí ohroženi a svým nevhodným přístupem či chováním mohou agresivitu u pacienta ještě prohlubovat. Z odpovědí sester vyplynulo, že by uvítaly ošetrovatelský standard na zvládnání péče o intoxikovaného pacienta, zejména pokud jeví známky agrese. Jednak by jim mohl poskytnout jakési vodítko a také by mohl zaručit regulérnost pracovního postupu ve shodě s platnými pravidly a legislativou. Některé z doporučených postupů jsou popsány v kapitole 1.10.2.2. Právě na to, jak sestry postupují v případě výskytu agresivity u pacienta, byla zaměřena výzkumná otázka 4 a odpověď na ni vyplývá z předchozího textu. Další otázkou bylo, zda sestry používají omezovací prostředky. Zde byla odpověď naprosto jednoznačná, a to, že všechny sestry byly nuceny použít nějaký druh omezovacího prostředku. V souvislosti s užitím omezovacích prostředků byla stanovena výzkumná otázka 6: ***Dodržují sestry platné postupy při poskytování ošetrovatelské péče?*** Jak jistě víme, téma omezovací prostředky a jejich používání v nemocnicích, je velmi často diskutovanou otázkou a předmětem zájmu médií. Jistě si vzpomínáme na aféru, kterou rozpoutala britská spisovatelka J. K. Rowlingová, když vyslovila svůj rezolutní nesouhlas s používáním těchto prostředků. K této problematice zaujalo svůj postoj i Ministerstvo zdravotnictví České Republiky a na podzim 2009 vydalo věstník (56), kde je přesné znění nařízení k používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České Republiky. Toto nařízení vychází z vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, z paragrafu 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a z vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. V odpovědích na tuto otázku sestry uvádějí, že omezovací prostředky užívají ve shodě s platným ošetrovatelským standardem Nemocnice České Budějovice a.s. (standard č. 037). Použití omezovacího prostředku vždy indikuje lékař a ve všech případech jeho užití je veden záznam o použití omezovacího prostředku. Zvláštností je, že větší část dotazovaných sester se zmiňuje o laxním přístupu některých lékařů k vyplňování tohoto záznamu. Sestry musí formulář těmto lékařům opakovaně předkládat, než ho vyplní. Mezi nejčastěji užívané omezovací prostředky sestry zahrnují měkké látkové kurty na



fixaci horních a dolních končetin, a také postranní zábrany u lůžka. Často je také užíván farmakologický způsob tlumení pacienta. Všichni pacienti bez výjimky jsou na JIP kontinuálně monitorováni, tedy i pacienti, kteří jsou omezeni v lůžku. Monitoruje se tepová frekvence, krevní tlak, saturace kyslíkem, počet dechů, tělesná teplota a také stav vědomí pomocí GCS. Všechny údaje jsou zaznamenávány v lékařské i ošetřovatelské dokumentaci. Zkoumaná ošetřovatelská dokumentace ve všech případech tyto údaje obsahovala, byla vedena přehledným způsobem a vždy bylo jasné, kdo jakou ordinaci či intervenci provedl.

Z odpovědí sester na další otázky rozhovoru, také vyplynulo, zda má agresivní chování pacientů vliv na poskytovanou péči. Sestry se shodují, že ano, ale naštěstí ne v tom smyslu, že by nechtěly pečovat o tyto pacienty. Sestry chtějí poskytovat vysoce odbornou a kvalifikovanou péči dle platných ošetřovatelských standardů všem pacientům bez rozdílu. Agresivní chování pacientů však tuto činnost často znemožňuje. Potom je velmi obtížné takové standardy dodržovat a poskytovat péči v rámci ošetřovatelského procesu. Vzhledem k tomu, že u intoxikovaných pacientů agresivní projevy ve většině případů rychle odeznívají ve shodě s odezníváním vlivu toxické látky, a chování pacientů se vrací k zažitým normám, lze ošetřovatelský proces u těchto pacientů aplikovat s dobrým účinkem. Sestry uvádějí, že po odeznění agrese se chování pacientů mění, naprostá většina z nich je ochotna ke spolupráci, ale jejich chování, popřípadě verbální projev je velmi odlišný. Někteří si vůbec minulých hodin nepamatují a neví, co se odehrálo, neznají důvod své hospitalizace. Někteří přiznávají, že si pamatují své chování, ale neznají jeho příčiny, někdy uvádí, že měli pocit, že jsou aktéry nějakého filmu, situace nebo to vše bylo v nějakém snu. Někdy se tváří jakoby se nic nestalo, bagatelizují, jiní odmítají na toto téma vůbec hovořit. V některých případech se také pacienti za své předchozí chování sestrám omluvili.

Na otázku, zda si sestry myslí, že lze předcházet projevům agrese uvádějí, že jistě ano, ale v daném okamžiku je to velice obtížné. Postupy, které uvádí literatura nebo které znají z různých seminářů, nedokážou v praxi použít nebo nefungují. Sestry se shodují v názoru, že tyto postupy lze spíše uplatnit na standardních odděleních či v jiných zdravotnických zařízeních (např. geriatrická péče), ale na JIP, kdy je prioritou

rychlá a účinná pomoc směřovaná k záchraně bezprostředně ohroženého lidského života užitou noxou, tyto postupy selhávají nebo je často ani použít nelze.

Výzkumná otázka 7 zněla: *Jaké jsou pocity sester při práci s agresivním pacientem?* Některé odpovědi na tuto otázku již zazněly. Vždy se jedná o velmi stresovou situaci, práce s agresivním pacientem je jedna z nejnáročnějších. Co se týče pocitů sester, tak z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že jejich pocity jsou velmi podobné pocitům pacienta. Sestry pociťují strach, úzkost, beznaděj, pocit vyčerpání, zoufalství, ohroženosti, ale také zlost a vztek. Stejně pocity a způsob jejich prožívání u pacientů mohou vyvolat projevy agrese. Hájek ve své publikaci (18) uvádí, jak si v komunikaci můžeme pomoci navzájem s emocemi, jakým způsobem vést komunikaci s klientem a zdůrazňuje kvality pomáhajícího, např. vidět každého člověka jako individualitu a akceptovat jeho hodnoty. Tyto kvality charakterizuje pomocí třech proměnných, které pojmenoval: opravdovost, nepodmíněné pozitivní přijetí a odpovídající empatické porozumění. Taylor se ve své knize (51) zabývá emocemi, jako je vztek, konflikt, hrozba. Vztek popisuje jako zcela destruktivní emoci, a přesto ho všichni někdy pociťujeme. Zvládání vzteku je klíčem ke zvládání problémových lidí. „Mlčíme, kdybychom měli mluvit, odcházíme, kdybychom měli zůstat, zadržujeme vztek, kdybychom ho měli ventilovat, ale když mu dáme volný průchod, je většinou postižena nesprávná osoba.“ (51, str. 108) Tou osobou může právě být někdo z členů ošetřujícího personálu či některý ze spolu pacientů. Taylor také uvádí, že mnoho lidí nemá na své chování zpětnou vazbu. Lidem, kteří tyranizují nebo jsou agresivní, to může dlouhou dobu procházet. Při práci s nejobtížnějšími a nejproblémovějšími lidmi došla k názoru, že jejich problémové chování však není úmyslné.

Péče o agresivního pacienta je nesmírně náročná. V tom se shodují všechny dotázané sestry. Udávají, že je to vůbec asi jedna z nejvíce náročných činností sestry, a že u pacientů, kteří jsou mnohem závažněji nemocní, ošetřovatelsky velmi nároční, ale snaží se o spolupráci, není práce zdaleka tak psychicky a fyzicky vyčerpávající, jako se postarat o agresivního pacienta. Tito lidé nemusí být v bezprostředním ohrožení života, přesto dokážou ošetřovatelský personál naprosto vyčerpat. Nejednou se sestry cítily v takové situaci naprosto zoufalé a bezmocné a přemýšlely o smysluplnosti své práce. Právě tyto situace, nahromaděné napětí, dlouhodobý stres vedou k často zmiňovanému

syndromu vyhoření. Na sestru pracující na JIP jsou kladeny vysoké nároky, jak po stránce odborné, tak po stránce psychické. Být s pacienty, kteří prožívají negativní emoce je velmi náročné na psychiku ošetřujícího personálu, sester nevyjímaje. Pokud pacient nemá prostor pro vyjádření svých pocitů, nenalézá odezvu, ocitá se v izolaci. Mohou v něm vzniknout další negativní pocity, jako je beznaděj, neporozumění, nepochopení. Pacient i sestra se pak ocitají v bludném kruhu vzájemného nepochopení, nemůže fungovat dobrá spolupráce mezi sestrou a pacientem směřující k jeho uzdravení.

V dnešní době, kdy se naštěstí již mění pohled na osobu pacienta, který je chápán jako celistvá bytost, je kladen velký důraz na vzájemnou komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Její schopnost komunikovat slouží k navázání kontaktu s pacientem, velkým omylem je, že se této dovednosti nedá naučit. Naopak, komunikaci je možné rozvíjet kdykoliv v průběhu života. Nesmíme zapomínat, že sestra nekomunikuje pouze s pacientem, ale také s jeho příbuznými, s dalšími členy ošetrovatelského týmu, s rodinou, s přáteli. Ale v její práci jako sestry profesionálky, zaujímá výlučné místo komunikace s pacienty. V praxi můžeme rozlišit tři základní druhy profesionální komunikace, komunikaci sociální, specifickou a terapeutickou. Pokud se pacient ocitne v situaci, která klade vysoké nároky na jeho adaptaci, může reagovat jinak, než očekáváme. Zkušená sestra se naučí sledovat signály, které pacient vysílá. Vyžaduje to značné sociální dovednosti, znalost prostředí, reakcí lidí. Venglářová (55) ve své knize uvádí některé doporučené postupy u pacientů s různými typy projevů agrese. Zdůrazňuje, že na části nepřiměřeného či agresivního chování pacienta, se spolupodílejí sami zdravotníci. Nesmíme zapomínat, že k rozvoji konfliktu je zapotřebí minimálně dvou lidí, kteří jednájí komplementárně. Přesto přes všechna doporučená opatření, může dojít ke střetu s agresivním pacientem. Tato situace je nepříjemná pro všechny zúčastněné strany. Takovou situaci lépe zvládne školený tým, a je nutné se z takové situace poučit, nehledat však vinu! Zážitek s napadením se dotkne všech zúčastněných. Zdravotníci mohou zažívat oba póly pocitů. Mohou cítit podporu a souhlas kolegů, ale také pochybnosti. Situace, která vyústila v napadení, může být chápána jako profesionální selhání a nedostatečné zvládnutí situace. Napaden může být

i dobrý profesionál a může mít stejné pocity viny, jako nezkušený zdravotník. Důsledky napadení mohou být krátkodobé (pocit viny, ztráta jistoty, psychická i fyzická únava) a dlouhodobé (přeceňování hrozícího násilí, nepřiměřený strach z dalšího napadení apod.), může vzniknout až posttraumatická stresová porucha! V takovém případě je nutná podpora ze strany kolegů i nadřízených.

Na interní JIP, kde bylo prováděno výzkumné šetření, pracuje celkem 16 sester, 3 sanitárky a 2 lékaři. Z celkového počtu sester, je 11 z nich zaměstnáno na plný pracovní úvazek, 2 sestry pracují na poloviční pracovní úvazek a 3 sestry na tzv. dohodu. 7 sester má pouze středoškolské vzdělání, 3 sestry mají středoškolské a vyšší odborné vzdělání. 3 sestry mají středoškolské vzdělání a specializaci pro anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péči. 2 sestry mají bakalářské vzdělání a 1 sestra magisterské vzdělání. 7 sester má praxi v oboru kratší než 5 let, 2 sestry pracují v oboru 5 až 10 let. 11 až 15 let pracují 3 sestry, 21 až 30 let 2 sestry a 1 sestra pracuje v oboru déle jak 31 let.

Třetím cílem práce bylo zhotovit ošetrovatelský standard o intoxikovaného pacienta. Všechny dotazované sestry shodně uvedly, že by takový standard uvítaly a práce podle ošetrovatelských standardů jim dává pocit jakési ochrany před selháním ošetrovatelského postupu. Jsou postupy a činnosti, které jsou pro sestry pracující na JIP naprostou rutinou, ale jsou také činnosti, se kterými se sestry na JIP nesetkávají příliš často, i když se například jedná o běžné vyšetření prováděné na standardních odděleních. Zde je právě rozdíl v činnostech vykonávaných na JIP a standardních odděleních. Péče o pacienta na JIP má vysoce odborný a specializovaný charakter a směřuje k navrácení a zachování životních funkcí, na rozdíl od standardního oddělení, kde účel poskytované péče je shodná s JIP, ale již ne v takové míře a rozsahu, a také se zde provádí zejména velké množství vyšetření k určení správné diagnózy pacienta. Jak už bylo řečeno v předchozích kapitolách, akutní intoxikace je závažný stav, který ohrožuje zdraví i život intoxikovaného jedince. Mezi rozhodující faktory dalšího osudu intoxikovaného pacienta, patří také vybavenost zdravotnického zařízení, kam jedinec přichází, a dále také odborná způsobilost ošetrovatelského personálu, který zajišťuje intenzivní péči o tyto nemocné. Pokud chceme, aby péče byla systematická, kontinuální a racionální, poskytovaná formou ošetrovatelského procesu, byla plánovaná a

poskytovaná individuálně, je nutné poskytovat takovou péči ve shodě s platnými ošetrovatelskými standardy.

Součástí kvalitní ošetrovatelské péče je také řádně vedená ošetrovatelská dokumentace. Ta byla posledním zkoumaným vzorkem této práce. Bylo zkoumáno celkem 11 vzorků, které obsahovaly několik druhů této dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace je vždy shodná pro každého pacienta, obsahuje údaje týkající se ošetrovatelských činností za každých 24 hodin hospitalizace. Mezi jednotlivé součásti ošetrovatelské dokumentace používané na interní JIP Nemocnice České Budějovice a.s. patří, ošetrovatelská anamnéza vypracovaná ve shodě s ošetrovatelským modelem M. Gordonové, dále denní ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu, nově také od 1. 5. 2010 je prováděn nutriční screening u každého pacienta. Každá dokumentace dále obsahuje stanovené ošetrovatelské diagnózy, kritéria a intervence včetně jejich průběžného hodnocení za každou směnu. Pokud je potřeba, tak je veden také záznam o hojení ran, záznam o použití omezovacích prostředků. Sledovány jsou také všechny dekubity u pacientů, a to buď nově vzniklé nebo dekubity u pacientů přijatých z jiných oddělení či jiných zdravotnických zařízení včetně domů pro seniory a také dekubity, se kterými pacient přišel z domova. Dalším typem ošetrovatelské dokumentace je ošetrovatelská překládová zpráva, která se posílá s pacientem při překládu v rámci nemocnice, ale také při překládu do jiného zdravotnického zařízení. Součástí této zprávy jsou všechny základní údaje týkající se fyziologických funkcí pacienta, údaje o poslední aplikované medikaci, o případné alergii atd. (příloha 2)

Veškerá zkoumaná ošetrovatelská dokumentace byla vedena přehledným způsobem, čitelně, řádně, obsahovala všechny patřičné údaje. U každého záznamu byl vždy datum, jmenovka a podpis sestry, která s dokumentací pracovala, a která měla pacienta ve směně na starosti.

## 6. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jaký je charakter prožitků u záměrně se intoxikujících pacientů v suicidálním úmyslu a jaké jsou příčiny agresivního chování pacientů hospitalizovaných na interní JIP s intoxikací. Posledním cílem bylo vytvořit standard ošetrovatelské péče i intoxikované pacienty. Cíle byly splněny.

Sebevražedné jednání je velmi závažným chováním jedince. Akutní intoxikace patří do skupiny závažných stavů, které ohrožují zdraví i život člověka. Patří mezi nejčastější příjmovou diagnózu jednotek intenzivní péče. Jednou z příčin suicidálního jednání, je reakce na svízelnou životní situaci, a agrese je jedním z obranných mechanismů, které jsou v takové situaci používány.

Bylo zkoumáno jedenáct případů a použitou metodou byl kvalitativně kvantitativní výzkum, analýza dat a rozbor zdravotnické dokumentace, který byl zpracován do jedenácti kazuistik. Dále byl proveden rozhovor se sestrami pracujícími na interní JIP a zkoumána byla také ošetrovatelská dokumentace, používaná na této JIP. Výzkumem byly zjištěny odpovědi na výzkumné otázky, které vycházely ze stanovených cílů této práce. Z odpovědí na výzkumné otázky vyplynuly některé hypotézy. Hypotéza H1: *Charakter prožitků u pacientů po suicidální intoxikaci souvisí s příčinou suicida.* Hypotéza H2: *Charakter prožitku u pacientů po suicidální intoxikaci je ovlivněn chováním a přístupem ošetřujícího personálu.* Hypotéza H3: *Příčinou agresivního chování intoxikovaných pacientů je vliv toxické látky na jejich vědomí.* Hypotéza H4: *Intoxikovaní pacienti mají vůči ošetřujícímu personálu projevy verbální i fyzické agrese.* Hypotéza H5: *Sestry dodržují platné a doporučené postupy při používání omezovacích prostředků.* Hypotéza H6: *Péče o agresivního pacienta je velmi psychicky i fyzicky náročná.*

I když sestry pracují v biopsychosociální oblasti, určujícím fenoménem jejich profese je způsob lidské odpovědi, nikoliv chorobný proces. K důležitým součástem ošetrovatelského procesu patří hodnocení a zlepšování zdravotních služeb. K zajištění a udržení kvality ošetrovatelské péče také slouží ošetrovatelská dokumentace a ošetrovatelské standardy. Ošetrovatelská dokumentace byla jednou z částí výzkumného šetření, a došli jsme k závěru, že je vedena pečlivě, řádně, přehledně, a je přínosem pro

zkvalitnění ošetrovatelské péče. Jedním z výsledků této práce, je vytvořený ošetrovatelský standard Péče o intoxikované pacienty. Věříme, že přispěje ke zkvalitnění péče o tyto pacienty a bude v praxi využíván. Přílohou této práce je také myšlenková mapa, která obsahuje algoritmus péče o intoxikovaného pacienta, a může být rychlým a přehledným vodítkem pro práci sestry při ošetřování těchto pacientů. Diplomová práce by mohla být využita ke zprostředkování zjištěných skutečností zdravotnickým pracovníkům nejenom na interní JIP, ale také v prezentacích na odborných seminářích, mohla by napomoci k lepšímu porozumění ve vztahu k prožívání lidí suicidiálně jednajících. Protože pokud nějakému problému rozumíme, máme o něm dostatek informací, a jsme schopni ho pochopit, daleko lépe také dokážeme pomoci.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B., HAROLD, C., E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. BAMBUŠKOVÁ, V., MATĚJKOVÁ, N. Návuk komunikace s nemocným – moderní přístup. *Diagnóza*. Kutná hora: 2008, roč.IV., č. 2, s. 27. ISSN 1801-1349
3. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3
4. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
5. BECK, A.,T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-7367-032-1
6. BEER, D., M., PEREIRA, S., M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7
7. BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 304 s. ISBN 80-247-1136-2
8. BURIÁNEK, J. a kol. *Domácí násilí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 108 s. ISBN 80-7254-914-6
9. COHEN, R., M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4



10. ČERMÁK, M. Komunikuji, komunikuješ, komunikujeme. Zdravotnické noviny. Praha: 2008, roč. 57, č. 6, s. 14-17. ISSN 0044-1996
11. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Pracovní postup. *Péče o neklidného pacienta/klienta-použití omezovacích prostředků*. [on-line]. Publikováno 2.5.2008 [citace 2010-03-15] Dostupné z: <http://www.cna.cz/docks/tiskoviny-/cas/pp/2008/0002.pdf>
12. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry 2.* vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
13. GEORGIEVA, I. at al. Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*. Napitu 2009. s. 1-8
14. GUDJONSSON, G., H., RABE-HESKETH, S., SZMUKLER, G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *British journal of psychiatry*. 2004. s. 258-262.
15. GUILMARTINOVÁ, N. *Mlčeti zlato*. 1. vyd. Praha: NLN sro., 2003. 181 s. ISBN 80-7106-660-5
16. GULÁŠOVÁ, I., ŠURÁNIOVÁ, H., Stresové faktory působící na práci sestry na jednotce intenzivní péče. *Kontakt*. České Budějovice: 2004, roč. 6, č. 1, s. 9-25. ISSN 1212-4117
17. HAHN, S. at al. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. [ citace 2009-11-22] Dostupné z: <http://www.elsevier.com/copyright>
18. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-107-7

19. INOUYE, S., K. *Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and target intervention strategies*. Ann Med 2000 ISBN 32.257-263
20. JAROŠOVÁ, D., SZKANDEROVÁ, M. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese on-line* 2008. Ročník I., číslo 1 s. 1 -9 ISSN 1803-4330
21. KABÍČEK, P. a kol. Akutní stavy způsobené návykovými látkami u dětí a dorostu. *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Copyright 2002 [ cit. 2009-10-16 ] Dostupné z: <http://www.cls.cz/dp>
22. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9
23. KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-332-3
24. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-233-4
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
27. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. [citace 2009-10-28] Dostupné z <http://www.zdn.cz/clanek/kvalita-osevrotelske-pece-ocima-pacientu-277590>

28. LUKEŠ, V., VOSTOUPALOVÁ, J., CHROUSTOVÁ, M. Některé psychologické pohledy na příčiny suicida. *Kontakt*. České Budějovice: 1999. roč. 1, č. 3, s. 19-22. ISSN 1212-4117
29. LÜLLMANN, H., MOHR, K., WEHLING, M. *Farmakologie a toxikologie*. 15. zcela přepracované vyd. Praha: Grada, 2004. 728 s. ISBN 80-247-0836-1
30. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
31. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
32. MASÁR, O., KOTRBOVÁ, K., PEŠEK, R. Některé problémy spojené s péčí o pacienty – toxikomany. *Kontakt*. České Budějovice: 2004. roč. 6, č. 1, s. 26-30. ISSN 1212-4117
33. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. 395 s. ISBN 80-200-0763-6
34. NEEDHAM, I. at al. *Violence in clinical psychiatry*. Amsterdam: Kavana, 2009. 384 s. ISBN -10: 90-5740-069-3. ISBN-13: 978-90-5740-069-8
35. NEŠPOR, K. Závislost na návykových látkách a související poruchy. *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Copyright 2002 [ cit. 2009-10-16 ] Dostupné z:  
<http://www.cls.cz/dp>
36. PAVLICA, K. Postoje studentů k sebevraždě. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 1, s. 72-80. ISSN 1212-4117

37. PRAŠKO, J., HÁJEK, T. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2
38. RABOCH, J., DOUBEK, P., ZRZAVECKÁ, I. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 296 s. ISBN 80-7262-162-9
39. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8
40. RŮŽIČKA, J. *Péče o duši v perspektivách psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tritov, 2003. 332 s. ISBN 80-7254-312-1
41. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5. vyd. Praha: Grada, 2007. 195 s. ISBN 978-80-247-1174-4
42. SANDOROVÁ, R. a kol. Droga jménem alkohol. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 2, s. 358-364. ISSN 1212-4117
43. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9
44. SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. 4. vyd. Brno: Barrister Principál, 2009. 524 s. ISBN 978-80-86598-65-9
45. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8
46. STERNBERG, R., J. *Kognitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 632 s. ISBN 80-7178-376-5

47. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9
48. ŠEVELA, K., ŠEVČÍK, P., KRAUS, R. a kol. *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 248 s. ISBN 80-7169-843-1
49. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 130 s. ISBN 80-247-0888-4
50. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9
51. TAYLOR, R. *Změň sám sebe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 115 s. ISBN 80-7169-989-6
52. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7
53. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
54. VENGLÁŘOVÁ, M. Agresivní klient v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. Praha: 2005. Roč. 15, č. 2, s. 20-22. ISSN1210-0404
55. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
56. Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky částka 7 Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2009 s. 5-6

57. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9
58. WORKMAN, B., BENNETT, C., L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
59. ZÁHORSKÁ, J. *Psychologická intervence při vyšetřování trestných činů*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 136 s. ISBN 978-80-7367-236-2
60. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
61. ZAZULA, R., MAKOVCOVÁ, H. *Současné trendy v léčbě intoxikací*. [ cit. 2009-10-23 ] Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz/>
62. Anon. *Sebevražda*. [ cit. 2009-10-28 ] Dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>
63. Anon. *Sebevražda – představy a skutečnosti o sebevraždách*. [ cit. 2009-10-28 ] Dostupné z: <http://www.dying.blog.cz/rubrika/sebevrazda/>
64. Anon. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána* [ cit. 2010-03-25 ] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/standardy-osevrotatelske-pece-pod>
65. Anon. *Statistika dat o sebevraždách v ČR za období 2001-2005*. [ cit. 2009-10-28 ] Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4012-6/>

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Sebevražda

Intoxikace

Agresivní pacient

Ošetřovatelská dokumentace

Ošetřovatelský standard

## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

9.1 Podíl duševních poruch na dokonáných sebevraždách – graf

9.2 Ošetrovatelská dokumentace požívaná na interní JIP Nemocnice České Budějovice  
a.s.

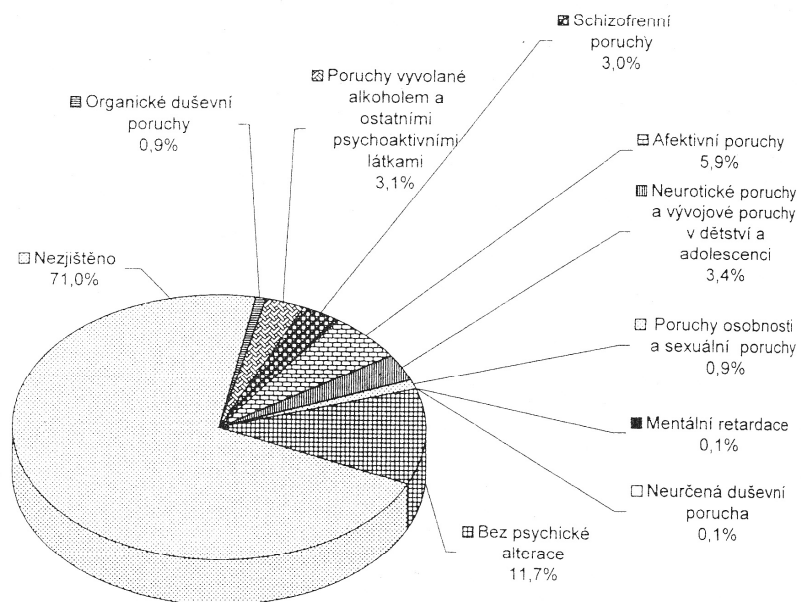
9.3 Myšlenková mapa

9.4 Standard ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty



### 9.1. Podíl duševních poruch na dokonáných sebevražďách – graf

Obr. 21.1 Podíl duševních poruch na dokonáných sebevražďách (podle M. Antončíkové a A. Brokešové, 1999)



## 9.2 Ošetrovatelská dokumentace používaná na interní JIP Nemocnice České Budějovice a.s.



### OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

<b>Štítek se jménem pacienta:</b>		<i>Nemocný svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s:</i>	
		Právy pacientů: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
		Domácím řádem: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
		Cennosti uloženy v trezoru: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Ošetř.anam.odebrána od:</i> Pacienta <input type="checkbox"/>		<i>Datum:</i>	<i>Podpis pacienta:</i>
Rodinného přísl. <input type="checkbox"/> jiné.....		<i>Ošetř.anam.sepsala (jmenovka+podpis):</i>	

<b>1.Podpora zdraví:</b>		<i>Sociální podmínky- bydlí:</i>	
<i>Kouříte</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		Sám ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DD ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Drogy</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		Partner/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DPS ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Sport aktivně</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		S rodiči ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Kontaktní osoba:</i>		Manžel/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
		S dětmi ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Kontaktní osoba informována</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>			

<b>2. Výživa</b>		<i>Kožní turgor</i> dobrý <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/>	
<i>Dieta č. -</i>		<i>Kůže</i> normální <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/>	
<i>Váha</i>	<i>Výška</i>	<i>BMI</i>	jiné léze <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/>
<i>Chut' k jídlu</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>			<i>Sliznice:</i> suché <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/>
<i>Výživa:</i> dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná <input type="checkbox"/>			jiné <input type="checkbox"/> jaké.....
nadměrná <input type="checkbox"/> vegetarián <input type="checkbox"/>			<i>Stupnice dle Northonové – součet bodů:</i>
<i>Nutriční screening:</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>			<i>Způsob přijímání potravy:</i>
<i>Výsledek – počet bodů:</i>			ústy <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> krmem <input type="checkbox"/>
<i>Nutriční terapeut volán:</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>			Sonda NGS* <input type="checkbox"/> NJS* <input type="checkbox"/> PEG* <input type="checkbox"/> PEJ* <input type="checkbox"/>
<i>Viz standard č. 006</i>			<i>Výživa</i> enterální <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/>
			<i>Zubní protéza</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

<b>3. Vylučování a výměna</b>		<i>Způsob vyprazdňování</i>	
<i>Močení</i> bez potíží <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> jiné.....		sám <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> s pomocí WC <input type="checkbox"/>	
<i>Inkontinence</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		stomie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Bolest při močení</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		<i>Inkontinence stolice</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Stolice</i> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>		<i>Bolest při vyprazdňování</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/>		<i>Plyny</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Reprodukční činnost:</i>			
Menstruace začátek v letech.....		Klimakterium ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>		problémy.....	
Cyklus (dny)..... normální <input type="checkbox"/>		Vaginální výtoky ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké.....	
bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/>		<i>Problémy s prostatou</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Antikoncepce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaká.....		jaké.....	

<b>4. Aktivita - Odpočinek</b>		<i>Sebepéče</i> soběstačný ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<i>Spánek</i> kvalitní <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/>		deficit při oblékání <input type="checkbox"/>	
časté buzení <input type="checkbox"/> obtížné usínání <input type="checkbox"/>		při hygieně <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/>	
léky na spaní <input type="checkbox"/> sp.návyky <input type="checkbox"/>		při vyprazdňování <input type="checkbox"/>	

<b>Pohyblivost</b> normální <input type="checkbox"/> zhoršená <input type="checkbox"/>	<b>Barthelův test – součet bodů:</b>
imobilita <input type="checkbox"/> inv. vozík <input type="checkbox"/>	- viz standard č. 034
berle, hůl <input type="checkbox"/> konč. protéza <input type="checkbox"/>	<b>Dýchání</b> bez potíží <input type="checkbox"/>
riziko pádů ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	dušnost klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/>
<b>Způsob hodnocení rizika- viz standard č. 049</b>	TSK* <input type="checkbox"/> ETK* <input type="checkbox"/>

<b>5. Vnímání - poznávání</b>	<b>Řeč</b> plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/>
<b>Vědomí</b> jasné <input type="checkbox"/>	němý <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/>
somnolence <input type="checkbox"/>	<b>Poruchy zraku</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
sopor <input type="checkbox"/>	jaké.....
kóma <input type="checkbox"/>	brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/>
<b>Orientován</b> úplně <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/>	<b>Poruchy sluchu</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<b>Dezorientován</b> osobou <input type="checkbox"/>	jaké.....
místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/>	naslouchadlo <input type="checkbox"/>

<b>6. Vnímání sebe sama</b>	<b>Porušený tělesný obraz</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<b>Nálada</b> normal <input type="checkbox"/> smutná <input type="checkbox"/> veselá <input type="checkbox"/>	
bezmocnost <input type="checkbox"/> beznaděj <input type="checkbox"/>	

<b>7. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu</b>	
<b>Strach, úzkost, smutek</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	<b>Chronický zármutek</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

<b>8. Bezpečnost - ochrana</b>	<b>Alergie</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<b>Riziko</b> dekubitů ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	- na potraviny, jaké.....
aspirace ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	- léky, jaké.....
sebepoškození ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	- jiné.....
infekce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
<b>TT</b> v normě <input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/>	
horečka <input type="checkbox"/> podchlazení <input type="checkbox"/>	

<b>9. Komfort</b>	<b>Nauzea</b> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
<b>Bolest</b> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	<b>Zvracení</b> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Akutní <input type="checkbox"/> Chronická <input type="checkbox"/>	
<b>Stupnice 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10</b>	<b>Hodnocení bolesti- viz standard č. 041</b>

* NGS nasogastrická sonda	* PEJ perkutánní endoskopická jejunostomie
* NJS nasojejunální sonda	* TSK tracheostomická kanyla
* PEG perkutánní endoskopická gastrostomie	* ETK endotracheální kanyla

### EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Datum	Téma a průběh	Podpis sestry	Podpis pacienta

### BARTELŮV TEST DENNÍCH ČINNOSTÍ

	Činnost	Provedení činností	Bodové skóre	Datum hodnocení	
				při přijetí	při propuštění
1.	najedení napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3.	koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0		
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0		
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0		
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8.	přesun na lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	10 5 0		
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0		
10	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
<b>Celkové hodnocení</b>					

#### Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0-40 bodů	vysoký stupeň závislosti
45-60 bodů	střední stupeň závislosti
65-95 bodů	lehký stupeň závislosti
100 bodů	nezávislý

vyšetření provedl/a .....



**Dýchání:**

spontánní  aplikace O<sub>2</sub> maskou  inhalace  odsávání z DC ano  ne  á hod.  
 bez O<sub>2</sub>  brýlemi  ambuing  odsává se mnoho   
 podávání O<sub>2</sub>  .....l/min. T spojka  laváž DC  minimálně   
 nebulizace  jinak  sputum sklovité až bělavé   
 UPV  žluté   
 Typ ventilátoru \_\_\_\_\_ hnisavé   
 Ventilací režim \_\_\_\_\_ s příměsí krve   
 krvavé

ETK č. \_\_\_\_\_, na \_\_\_\_\_ cm, \_\_\_\_\_ den

Péče o ETK (prevence dekubitů): ano  ne   
 defekty, oděrky   
 otlaky   
 dekubity   
 ošetřeny

Saturace O<sub>2</sub> á hod.  Dech. frekvence á hod  

TSK č. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ den klidná  ošetřena   
 zarudlá  časté převazy

**Operační rána:**

Kde \_\_\_\_\_  
 sterilně převazováno při toaletě   
 sterilně převazováno při vizitě   
 opakovaně, časté převazy   
 nepřevazováno   
 operační rána a okolí \_\_\_\_\_

Speciální ordinace při převazu \_\_\_\_\_

Led na ránu ano  ne **Drenáže:** počet \_\_\_\_\_ kde \_\_\_\_\_

hrudní drén – aktivní sání   
 hrudní drén – Büllau   
 drén na spád   
 Redonův drén   
 drén na spád – zkrácen do obvazu   
 založený drén k výplachům   
 korýtkový drén   
 komorová drenáž   
 Charakter sekretu z drenáže \_\_\_\_\_

Množství sekretu z drenáže \_\_\_\_\_

Záznam hojení ran ano  ne **Bolest:** ano  ne  škála VAS 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10analgetika  naposledy v hod. \_\_\_\_\_opiáty  naposledy v hod. \_\_\_\_\_epidurální analgezie 

epidurální katetr. ....den, místo vpichu a okolí. ....

**Otoky:** ano  ne obličej  anasarka HK  DK **Cévní vstupy:** v. subclavia l. dx./sin. ....den**Centrální**  v. jugularis l. dx./sin. ....den

v. anonyma l. dx./sin. ....den

v. basilica l. dx./sin. ....den

v. femoralis l. dx./sin. ....den

fleboklýza. ....den

sterilní převaz  místo vpichu a okolí. ....dennávrat krve ano  ne měření CVP ano  ne  á hod.**Cévní port** l. dx./sin. ....den, napíchnutý. ....densterilní převaz  místo vpichu a okolí. ....**Periferní**  počet. .... lokalita. ....den

.....den

.....den

sterilní převaz  místo vpichu a okolí. ....návrat krve ano  ne **Artérie**  a. radialis l. dx./sin. ....den

a. femoralis l. dx./sin. ....den

sterilní převaz  místo vpichu a okolí. ....návrat krve ano  ne **Zevní stimulace**  dx./sin. ....den

**Výživa:**

nic per os <input type="checkbox"/>	enterální <input type="checkbox"/>	jejunostomie <input type="checkbox"/>	sonda neodvádí <input type="checkbox"/>
příjem per os <input type="checkbox"/>	ent.bolusově <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	sonda odvádí <input type="checkbox"/>
dieta č. _____	ent.kontinuálně <input type="checkbox"/>	PEJ <input type="checkbox"/>	odvádí žal.šťávy <input type="checkbox"/>
chut' k jídlu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	noční pauza <input type="checkbox"/>	proplach sondy, stomie <input type="checkbox"/>	nestrávené zbytky <input type="checkbox"/>
parenterální <input type="checkbox"/>	pauza od _____ do _____	čaj <input type="checkbox"/> á _____ hod. _____ ml	jiné _____
parent.částecná <input type="checkbox"/>	NGS sondou <input type="checkbox"/>	jiné _____ á _____ hod. _____ ml	nauzea <input type="checkbox"/>
parent.kompletní <input type="checkbox"/>	duod.sondou <input type="checkbox"/>	sonda na odpad <input type="checkbox"/>	zvracení <input type="checkbox"/>

**Močení:**

spontánní - wc <input type="checkbox"/>	PMK Folley <input type="checkbox"/>	nefrostomie dx./sin. <input type="checkbox"/>
moč.láhev, podl.mísa <input type="checkbox"/>	katétr č. _____ den _____	převaz <input type="checkbox"/> místo vpichu _____
inkontinence <input type="checkbox"/>	odstranění PMK Folley	epicystostomie <input type="checkbox"/>
retence <input type="checkbox"/>	katétr odstraněn v _____ hod.	převaz <input type="checkbox"/> místo vpichu _____
anurie <input type="checkbox"/>	<b>Močení po odstranění PMK</b>	pouch <input type="checkbox"/> proplach á _____ ml
jednorázové cévkování <input type="checkbox"/>	spontánně <input type="checkbox"/>	stoma <input type="checkbox"/> výměna planžety <input type="checkbox"/>
perm.moč.katétr <input type="checkbox"/>	pomočuje se <input type="checkbox"/>	ureterální cévka dx./sin. <input type="checkbox"/>
trojcestný PMK <input type="checkbox"/>	nemočí, jednorázové cévkování <input type="checkbox"/>	laváž ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	nemočí, znovuzavedení PMK <input type="checkbox"/>	

**Bilance tekutin**

negativní <input type="checkbox"/>	vyrovnaná <input type="checkbox"/>
pozitivní <input type="checkbox"/>	podpora diuretiky <input type="checkbox"/>
diuréza á _____ hod	

**Menstruace** ano  ne   
den \_\_\_\_\_

**Zbarvení moče**

Fyziologická <input type="checkbox"/>	slabá hematurie <input type="checkbox"/>
Jiná _____	střední hematurie <input type="checkbox"/>
Proplach aktivní ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	silná hematurie <input type="checkbox"/>

**Dialýza**

hemodialýza   
peritoneální dialýza   
další dialýza dne \_\_\_\_\_ v hod. \_\_\_\_\_

**Odchod stolice a plynů:**

spontánní,wc,podl.mísa <input type="checkbox"/>	stolice byla dnes _____ X, nebyla kolik _____ dnů
inkontinence <input type="checkbox"/>	fyziologická <input type="checkbox"/> enteroragie <input type="checkbox"/>
stomie <input type="checkbox"/>	průjmovitá <input type="checkbox"/> meléna <input type="checkbox"/>
	tuhá <input type="checkbox"/>

**Podpora střevní peristaltiky**

projímadlo   
čípek   
klyzma   
rektální rourka   
léky   
manuální vybavení

**Péče o stomii**

jednodílný systém   
dvoudílný systém   
odpouštění větrů   
odpouštění stolice   
výměna systému   
okolí stomie \_\_\_\_\_

**Flexi seal**

ano  ne   
den \_\_\_\_\_

**Hygiena, péče o kůži a sliznice:****Oči**

prevence vysychání   
krytí očí   
speciální ordinace   
ošetření očí á \_\_\_\_\_ hod.  
sledování reakce zornic   
mydriáza ano  ne   
mióza ano  ne   
normální ano  ne   
sledování á \_\_\_\_\_ hod.

**Nos**

bez patologie   
patolog.nález   
oděrka   
otlak   
dekubitus   
sekrece   
odsávání   
prevence dekubitu   
ošetřeno \_\_\_\_\_

**Uši**

čisté   
bez patologie   
patolog.nález   
oděrka,otlak   
dekubitus   
sekrece   
prevence dekubitu   
ošetřeno \_\_\_\_\_  
naslouchátko

**Dutina ústní**

bez patologie   
patolog.nález   
afty   
povlaky   
soor   
ošetřeno \_\_\_\_\_  
hygiena   
zubní protéza   
sonda

**Kůže**

- bez patologie   
 patolog. nález   
 hematomy  \_\_\_\_\_  
 opruzeniny  \_\_\_\_\_  
 jizvy  \_\_\_\_\_  
 jiné \_\_\_\_\_  
 dekubity ano  ne   
 lokalita \_\_\_\_\_  
 I. začervenání, zduření  
 II. povrchový defekt, puchýř  
 III. hlubší kožní defekt  
 IV. nekróza  
 ošetřeno  \_\_\_\_\_  
 záznam ošetřování ran ano  ne

**Končetiny**

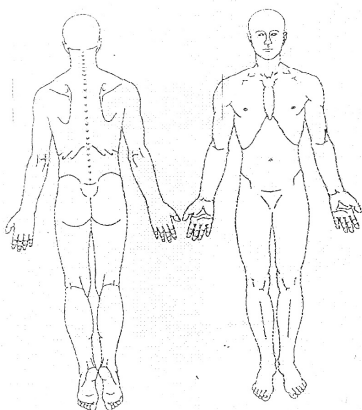
- bez patologie   
 patolog. nález   
 ošetřeno \_\_\_\_\_  
 bandáže HK / DK   
 prevence dekubitů   
 stříhání nehtů

**Koupelel**

- celková koupel na lůžku   
 celková koupel – sprcha   
 celková koupel – sprchov. lůžko   
 umyvadlo k lůžku   
 mytí vlasů   
 holení   
 masáž

**Krevní deriváty:**

Podáno:	Deponováno:
1. _____ TU EBR	1. _____ TU EBR
2. _____ TU EBRD	2. _____ TU EBRD
3. _____ TU MP	3. _____ TU MP



Návštěva: ano  ne

**HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU**

Stanovené ošetrovatelské diagnózy: č. \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_  
 Hodnocení intervencí: ano  ne  Hodnocení intervencí je součástí ošetr. diagnózy: ano  ne

**Hodnocení plánu ošetrovatelské péče:****D**

Odběr biolog. materiálu ano/ ne  
 Konzília:

Ct vyš./ echo vyš./ MR/ rtg vyš./ izotop.vyš./ ekg/ emg/ eeg

**Jmenovka a podpis sestry:**

**N**

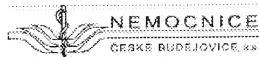
Odběr biolog. materiálu ano/ ne  
 Konzília:

Ct vyš./echo vyš./ MR/ rtg vyš./ izotop.vyš./ ekg / emg/ eeg

**Jmenovka a podpis sestry:**



Použití omezovacích prostředků	
Jméno pacienta: Datum:	
Důvod použití + druh omezovacího prostředku:	
Frekvence sledování vitálních funkcí (TK, P, CGS): Jiné:	
Záznam sledování lékařem: Hodnocení stavu během omezení (každé 3 hodiny):	
Důvod ukončení omezení:	
Podpis pacienta: Podpis vedoucího lékaře:	



**OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLADOVÁ, PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA**  
**Nemocnice České Budějovice, a.s.**

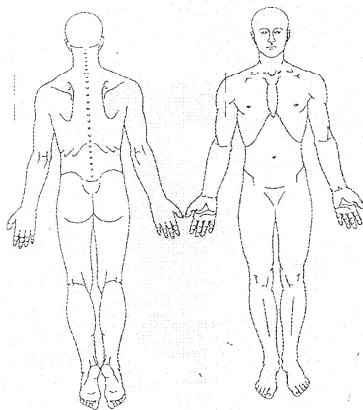
Jméno, Příjmení, Rodné číslo	Nalepit štítek				
Hospitalizace na odd.		od		datum překladu	
Pac. byl o překladu informován	ano*		ne*		
Schopen sebeobsluhy	schopen*		s pomocí*		neschopen*
Úroveň kontaktu	dobrá*		obtížná*		neklid*
Pohyblivost	chozí*		s pomocí*		ležící*
Příjem potravy	sám*		s pomocí*		dieta č.
	krměn*		sonda*		
Vyprazdňování	kontinentní*		inkontinentní*		
Permanentní katétr	zaveden dne			stolice dne	
Fyziologické hodnoty	tlak		puls		teplota
Stav pokožky (dekubity)	ne*		ano*		stupeň
Důležité převazy (běrc, vředy, dekubity, apod.)	naposledy dne		poslední medikace		
Poslední provedená ordinace (ATB, insulin, časované léky)					
Alergické projevy (např. náplast, léky, dezinf. prostředky)					
I.v. kanyla, sonda	zavedena dne				
Sociální šetření	ano*		ne*		
Zvláštní upozornění, cennosti					
Datum		Jmenovka a podpis sestry			

- Odpovědi ano, ne označujte křížkem

### Dekubity:

(stupeň zakreslit na příslušné místo červeně)

- I. - zarudnutí lok. zduření, bolest
- II. - tvorby puchýřků, poškození kůže a podkoží
- III. - hluboké poškození kůže - nekróza
- IV. - dekubitální vřed



Bačkory	Kalhoty	Oblek pánský	Ručník	Vesta	
Boty zimní	Kapesník	Pantofle	Rukavice	Zástěra	
Boty letní	Kalhotky spodní	Peněženka	Řetizel žl. kov	Zubní protéza dolní	
Brýle slun.	Kostým dámský	Podkolenky	Řetizek bílý kov	Zubní protéza horní	
Brýle diop.	Košile	Podprsenka	Sako	Žinka	
Bunda zimní	Košile nožní	Ponožky	Sukně	Župan	
Bunda letní	Košilka spodní	Polobotky	Svetr		
Budík	Kombinéza	Pouzdro na brýle	Šála		
Čepice	Mikina	Prsten žl. kov	Šátek		
Halenka	Mob.telefon	Prsten bílý kov	Šaty dámské		
Hodinky	Náramek žl. kov	Přívěsek žl. kov	Taška		
Hůl	Náramek bílý kov	Přívěsek bílý kov	Televize		
Hůl franc.	Naslouchadlo	Punčocháče	Tepláky		
Kabela	Náušnice žl. kov	Pyžamo	Trenýrky		
Kabát zimní	Náušnice bílý k ov	Rádío	Tričko		

**Hotovost:**

**Doklady:**

**Předala:**

**Převzala:**

## Záznam o ošetření rány-vstupní údaje

JMÉNO: (nalepit štítek)

DATUM:

ZAPSAL/A:

### CELKOVÝ STAV PACIENTA

- věk
- podvýživa
- diabetes mellitus
- srdečně-cévní onem.
- onemocnění periferních cév
  - tepen
  - žil
- imobilita
- obezita
- infekční onemocnění
- anemie
- alergie
- ...

CELKOVÁ LÉČBA .....

### BOLEST

- ano - VAS:
- ne
- občas
- při převazu-VAS:  
profúzní

### ANTIDEKUBITÁRNÍ POMŮCKY TERAPIE

- ano
- ne

### VELIKOST RÁNY

lokalita  
délka  
šířka  
hloubka

### SEKRECE Z RÁNY

- žádná
- ne

### DALŠÍ PŘEVAZ:

- ano
- ne

### FÁZE HOJENÍ

- epitelizace
- granulace
- fibrin.povlak
- nekróza

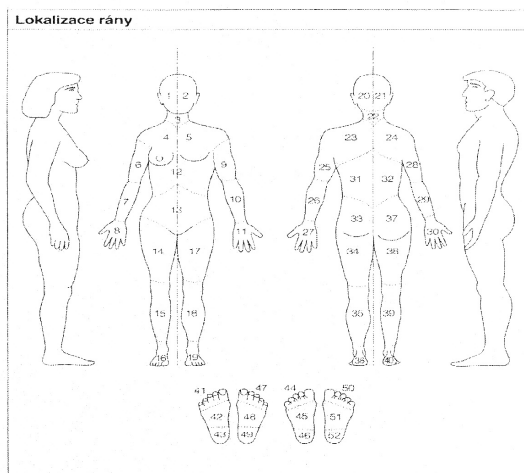
### ANALÝZA RÁNY OKRAJE RÁNY

- dekubitus
- ohraničené
- ulcus cruris
- neohraničené
- gangréna
- klidné
- jiná.....
- edém

### SEKRET Z RÁNY ZÁPACH

- bílý
- ano
- žlutý
- mírná
- zelený
- střední
- krvavý
- 

### KOMPRESIVNÍ



### ZÁZNAM O OŠETŘENÍ RÁNY

Datum	Popis rány + Popis ošetření	Použitý materiál	Podpis

# Nutriční skrining

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)



IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK		DATUM PŘÍJMU	ODDĚLENÍ
HMOTNOST	VÝŠKA	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	

		body	
1	Pacienta <b>nelze změřit a zvážit</b> - nevyplňovat 4, 5, 6,	2	
2	<b>Nelze</b> od pacienta <b>získat informace</b> - nevyplňovat 4, 5, 6,	3	
3	<b>Věk</b>	do 65 let	0
		nad 65 let	1
		nad 70 let	2
4	<b>BMI*</b>	20 - 35	0
		18 - 20, nad 35	1
		pod 18	2
5	<b>Ztráta hmotnosti</b> nechtěná	žádná	0
		více než 3 kg za 3 měsíce (volné šaty)	1
		více než 6 kg za 3 měsíce	2
6	<b>Množství jídla</b> za poslední měsíc	beze změn	0
		poloviční porce	1
		občas nejl	2
7	<b>Projevy nemoci</b>	žádné	0
		bolesti břicha, nechutenství	1
		zvracení, průjem nad 6x/den	2
8	<b>Faktor stresu**</b>	žádný	0
		střední	1
		vysoký	2
<b>Součet bodů (INDEX)</b>			
<b>Podpis a razítko sestry:</b>			

INDEX	opatření	nutriční terapeut
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7	ohlásit ošetř. lékařů, nutrič. terapeutů	nutné vyšetření, speciální dieta
8 až 12	ohlásit ošetř. lékařů, nutrič. terapeutů	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, nutná speciální nutriční léčba !!!

\* BMI více než 30 - pacient obdrží pokyny k redukční dietě

\*\*Faktor stresu:

**Střední faktor stresu:** chronické onemocnění, DM, menší plánovaný oper. výkon, vyšetření

**Vysoký faktor stresu:** akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO

Záznam nutričního terapeuta:

#### 9.4 Standard ošetrovatelské péče Intoxikace – péče o intoxikované pacienty

Název zdravotnického zařízení:

Standard ošetrovatelské péče č. X

### INTOXIKACE – PÉČE O INTOXIKOVANÉ PACIENTY

KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
S1	<i>Téma:</i>	Intoxikace, ošetřování intoxikovaného pacienta	P1	S podporuje K/P v efektivním léčebném režimu	V1	V průběhu hospitalizace intoxikovaného pacienta byla poskytována komplexní ošetrovatelská péče v rámci ošetrovatelského procesu.
S2	<i>Definice:</i>	Intoxikace je stav, který následuje po proniknutí otravné (jedovaté, toxické) látky do organismu. Je charakterizována chorobnými změnami typickými pro jednotlivé jedovaté látky. Tyto změny narušují zdravotní stav a mohou být příčinou zániku organismu.	P2	S provádí nutriční screening u každého K/P	V2	V průběhu hospitalizace byly dodržovány všechny zásady bariérové ošetrovatelské péče.

KÓD	STRUKTURA	KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
S3	<p><i>Hlavní klinické příznaky intoxikace</i></p> <p>1.Poruchy CNS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativní poruchy-somnolence,sopor a kóma</li> <li>• Kvalitativní poruchy-mrákotné stavy,stavy zmatenosti, delirantní stavy</li> <li>• Křečové stavy</li> <li>• Anticholinergní příznaky</li> <li>• Cholingerní příznaky</li> <li>•</li> </ul> <p>2. Poruchy dýchání</p> <p>3.Poruchy kardiovaskulárního systému-hypotenze, hypertenze,bradykardie, tachykardie,dysrytmie</p> <p>4.Poruchy TT</p> <p>5.Specifické poruchy VP</p> <p>6.Akutní poškození jater</p> <p>7.Akutní poškození ledvin</p>	P3	S sleduje diurézu u každého K/P	V3	V průběhu hospitalizace byly dodržovány všechny zásady prevence vzniku komplikací.



KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
<b>S4</b>	<i>Přehled základních antidot:</i>	Univerzální antidotum=živočišné uhlí- Carbosorb -Opioidy vč. Heroinu=Naloxone, Intrenon Benzodiazepiny=Anexate Paracetamol=Acetylcystein Digoxin, digitoxin= Digitalis-antidot BM Organofosfáty= Atropin 50 a 100 mg Heparin= Protamin sulfat Metanol, glykoly (fridex)= Tvrdý alkohol	<b>P4</b>	S sleduje a hodnotí vyprazdňování stolice u K/P	<b>V4</b>	Všechny ošetrovatelské intervence byly v průběhu hospitalizace K/P průběžně vyhodnocovány a řádně zaznamenávány do příslušné ošetrovatelské dokumentace.
<b>S5</b>	<i>Cílová skupina:</i>	Intoxikovaný pacient	<b>P5</b>	S hodnotí kvalitu spánku u K/P	<b>V5</b>	Všechny naměřené hodnoty fyziologických funkcí byly řádně zaznamenávány do zdravotnické dokumentace K/P.

KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
<b>S6</b>	<i>Oš. cíl:</i>	Zajistit ošetrovatelskou péči o intoxikovaného pacienta jako klienta ve všech fázích ošetrovatelského procesu včetně poskytnutí všech dostupných informací. -akceptovat práva intoxikovaných pacientů na poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče -zajistit diagnosticko- terapeutickou péči ve všech fázích ošetrovatelského procesu -zajistit individuální přístup s důrazem na dodržování zásad lidské důstojnosti	<b>P6</b>	S sleduje a zaznamenává fyziologické funkce K/P	<b>V6</b>	Během hospitalizace K/P byly zajišťována jeho bezpečnost a vyloučena rizika sebepoškození.
<b>S7</b>	<i>Oš. proces realizuje:</i>	Všeobecná sestra Diplomovaná všeobecná sestra Sestra bakalářka (Bc.), Sestra magistra (Mgr.) Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí	<b>P7</b>	S pomáhá vyrovnat deficit sebeděče ve všech oblastech K/P	<b>V7</b>	V průběhu hospitalizace byl u K/P kompenzován deficit sebeděče.
<b>S8</b>	<i>Místo použití:</i>	JIP, lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice	<b>P8</b>	S sleduje případné poruchy smyslového vnímání K/P	<b>V8</b>	V průběhu hospitalizace byla u K/P zajištěna všechna vyšetření ordinovaná lékařem.
<b>S9</b>	<i>Standard sestavila:</i>	Komise pro tvorbu standardů	<b>P9</b>	S ihned reaguje na případnou akutní zmatenost K/P	<b>V9</b>	Během hospitalizace K/P byly bezpečně uloženy jeho osobní věci v souladu s platným oš. standardem.

KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
S10	<i>Oponenturu provedla:</i>	XY	P10	S hodnotí verbální komunikaci K/P	V10	Při hospitalizaci K/P na JIP byly oš. činnosti vykonávány v souladu s požadavky na intenzivní péči - intenzivní pozorování, intenzivní ošetřování a intenzivní léčbu.
S11	<i>Kontaktní osoba:</i>	Bc. Iveta Drábková – staniční sestra Interní odd. JIP	P11	S motivuje K/P při pocitech bezmoci a beznaděje	V11	Veškeré ošetrovatelské činnosti prováděné u K/P v průběhu hospitalizace byly prováděny v souladu s platnými ošetrovatelskými standardy.
S12	<i>Platnost od:</i>		P12	S pomáhá zmírnit u K/P strach a úzkost	V12	U K/P intoxikovaných v suicidální úmyslu bylo zajištěno psychiatrické vyšetření.
S13	<i>Revize standardu:</i>	Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 1rok (31. 12. 2011)	P13	S sleduje riziko vzniku infekce u invazivních vstupů u K/P		
S14	<i>Schválil (a):</i>	XY – náměstek pro ošetrovatelskou péči	P14	S pečuje o poškozenou ústní sliznici K/P		

KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDKY
			P15	S hodnotí rizika vzniku porušení kožní integrity u K/P		
			P16	S sleduje všechna rizika spojená s intoxikací u K/P		
			P17	S monitoruje projevy chování K/P		
			P18	S předchází riziku sebepoškození K/P		
			P19	S sleduje u K/P případné projevy bolesti		
			P20	S sleduje zda K/P nemá nauzeu		
<b>Seznam zkratk:</b>						
S	sestra		Oš.	ošetřovatelský		
K/P	klient, pacient		Vč.	včetně		
TT	tělesná teplota		S1 – S14	struktura		
VP	vnitřní prostředí		P1 – P20	proces		
JIP	jednotka intenzivní péče		V1 – V12	výsledek		

## KONTROLNÍ KRITÉRIA K AUDITU č. X INTOXIKACE - PÉČE O INTOXIKOVANÉ PACIENTY

*Oddělení/stanice:*

*Datum auditu:*

*Jména auditorů:*

KÓD	METODA	KONTROLNÍ KRITÉRIUM	S1	S2
S1	Dotazem na S	Je na oddělení standard č. X Intoxikace – Péče o intoxikované pacienty?		
S2	Dotazem na S	Znáte definici intoxikace?		
S3	Dotazem na S	Jaké jsou hlavní klinické příznaky intoxikace?		
S4	Dotazem na S	Vyjmenujte základní antidota.		
S6	Dotazem na S	Jaký je oš. cíl standardu č. X?		
P1	Dotazem na K/P	Cítíte se podporován v léčebném procesu ze strany ošetřujícího personálu?		
P2	Dotazem na K/P	Byl u vás proveden nutriční screening?		
P3	Pohledem do dokumentace	Jsou zaznamenávány hodnoty sledované diurézy?		
P4	Pohledem do dokumentace	Jsou vedeny záznamy o vyprazdňování stolice u K/P?		
P5	Dotazem na K/P	Je sestrou hodnocena kvalita vašeho spánku?		
P6	Pohledem do dokumentace	Jsou zaznamenávány naměřené hodnoty fyziologických funkcí K/P v průběhu hospitalizace?		
P7	Pohledem do dokumentace	Je stanovena ošetrovatelská diagnóza deficit sebepěče, a navržené intervence směřují ke kompenzaci či odstranění deficitu?		
P8	Dotazem na S	Sledujete u K/P případné poruch smyslového vnímání?		
P9	Dotazem na sestru	Je u pacienta sledováno a hodnoceno vědomí?		
P10	Dotazem na S	Jak hodnotíte u K/P verbální komunikaci?		
P11	Dotazem na K/P	Cítíte ze strany ošetřujícího personálu podporu a motivaci pro vaše léčení?		
P12	Dotazem na K/P	Máte pocity strachu a úzkosti v průběhu hospitalizace?		
P13	Pohledem do ošetrovatelské dokumentace	Jsou v dokumentaci zaznamenávány a hodnoceny ošetrovatelské intervence týkající se rizika vzniku infekce?		

<b>KÓD</b>	<b>METODA</b>	<b>KONTROLNÍ KRITÉRIUM</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>
<b>P14</b>	Pohledem do dokumentace	Jsou v ošetrovatelské dokumentaci záznamy o péči o dutinu ústní?		
<b>P15</b>	Pohledem do dokumentace	Je veden záznam o polohování pacientů včetně hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové?		
<b>P16</b>	Pohledem do dokumentace	Jsou ve zdravotnické dokumentaci K/P zaznamenávány výsledky pozorování sestry týkající se případných rizik spojených s intoxikací?		
<b>P17</b>	Dotazem na S	Objevují se u intoxikovaného K/P změny v chování, pokud ano, jaké?		
<b>P18</b>	Dotazem na s	Jsou z bezprostředního okolí a dosahu K/P eliminována případná rizika dalšího sebepoškození?		
<b>P19</b>	Dotazem na sestru	Jsou u K/P sledovány a zaznamenávány projevy bolesti?		
<b>P20</b>	Pohledem do dokumentace	Je zaznamenáno v ošetrovatelské dokumentaci, zda měl K/P nauzeu?		
<b>V1</b>	Pohledem do dokumentace	Je komplexní oš. péče poskytována v rámci oš. procesu?		
<b>V2</b>	Dotazem na sestru	Jak dodržujete zásady bariérové péče?		
<b>V3</b>	Dotazem na sestru	Jsou dodržovány během hospitalizace intoxikovaného K/P zásady prevence vzniku komplikací?		
<b>V4</b>	Pohledem do dokumentace	Je vedená ošetrovatelská dokumentace přehledná, čitelná, má vypovídající hodnotu?		
<b>V6</b>	Dotazem na K/P	Cítil jste se v průběhu hospitalizace bezpečně, neměl jste pocit ohrožení?		
<b>V9</b>	Dotazem na S	Jak jsou ukládány osobní věci K/P?		
<b>V10</b>	Dotazem na S	Jsou na vašem pracovišti využívány ošetrovatelské standardy?		
<b>Seznam zkratk:</b>				
<b>Oš.</b>	ošetrovatelský			
<b>K/P</b>	Klient/pacient			
<b>Celkem získaných bodů:</b>				

**Výsledky:**

<i>20 bodů výborně</i>	<i>16-14 bodů velmi dobře</i>	<i>13- 11 bodů dobře</i>	<i>Méně než 10 bodů nedostatečně</i>
------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

**Po provedení auditu zašlete formulář spolu s protokolem k provedení auditu k rukám hlavní sestry.**

**Podpisy auditorů:**

**Podpisy vrchní/staniční sestry:**