



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta zdravotně sociální

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Ošetrovatelská péče o intoxikované pacienty

Vypracovala: Barbora Sztarsichová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková

České Budějovice 2015

## **Abstract**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. V současné době neustále přibývá množství toxických látek a s tím je spojen zvýšený počet hospitalizovaných pacientů s diagnózou intoxikace. Práce sestry s intoxikovanými pacienty se tedy neobejde bez kvalitních znalostí o této problematice stejně tak jako znalostí o poskytování komplexní ošetrovatelské péče.

V teoretické části této bakalářské práce jsme se věnovali všeobecnému popisu a rozdělení intoxikací podle cest vstupu do organismu, zmínili jsme se o historii toxikologie, rozdělení intoxikací podle příčin a lékových intoxikací. Dále jsme se věnovali toxikologickému informačnímu středisku, diagnostice intoxikací, příznakům některých intoxikací, léčebným a eliminačním metodám, specifickým antidotům, ošetrovatelské péči a komunikaci s intoxikovaným pacientem.

Pro tuto bakalářskou práci jsme si stanovili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry. Cílem druhým bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. Pro tuto práci byly stanoveny tři výzkumné otázky. První otázka je, jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry. Druhá otázka se týká zjištění, jaká je role sestry v péči o intoxikovaného pacienta. Poslední výzkumná otázka zjišťuje specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů.

Ke zpracování empirické části této bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumu, který byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru s dotazovanými respondenty. Výzkumný vzorek, respondenty, tvořilo devět sester pracujících na interním oddělení, jednotce intenzivní péče interního oddělení a ARO oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. Data získaná pomocí rozhovorů jsme následně analyzovali a zpracovali do třech kategorií. První kategorií jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta, druhou kategorií jsou role sestry v péči o intoxikované pacienty a poslední kategorií tvoří specifika ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta.

Provedeným výzkumem jsme si odpověděli na předem připravené výzkumné otázky. Sestry jako problémovou oblast v péči o intoxikovaného pacienty vidí hlavně častou pacientovu nespolupráci a agresivitu, dále také uvedly problém v oblasti komunikace s intoxikovaným pacientem. Na druhou otázku, která se týkala rolí sestry v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta, respondenti uvedli, že základní rolí je plnění pokynů lékaře, odběr materiálu k toxikologickému vyšetření a edukace pacienta. Specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty tvoří zabezpečení pacienta proti dalšímu ublížení a intoxikaci, zamezení dalšího vstřebávání toxické látky do organismu a eliminace toxických látek z organismu pacienta.

Z výsledků práce vyplývá, že ošetrovatelská péče o intoxikované pacienty je pro většinu sester psychicky náročná a to hlavně z důvodů spojených s nespoluprací a agresivitou pacientů.

**Klíčová slova:** intoxikace, ošetrovatelská péče, sestra, pacient

## **Abstract**

This thesis deal with problems of nursing care of intoxicated patients. Nowadays increasing amounts of toxic substances associated with increasing number of hospitalized people with diagnosis intoxication. Nurse work with intoxicated patients can't be done without good knowledges about this issue as same as without providing comprehensive nursing care.

In theoretical part of this thesis we paid attention to general description and to the division of intoxication by journeys into the organism. We mentioned history of toxicology, division of intoxication by the cause of intoxication and drug intoxication. Then we paid attention to the toxicological information center, the diagnostics of intoxication, symptoms of some intoxications, treatment and elimination methods, specific antidotes, nursing care and communication with the intoxicated patient.

For this thesis we set two goals. No. 1 : To find out what are problematic areas in nursing care of intoxicated patients from nurse's point of view. No. 2: To find out specifics of nursing care of intoxicated patients. For this thesis were also set three research questions. Question no. 1 is what are problematic areas of nursing care of intoxicated patient from nurse's point of view. Second question refers to discovery what role has nurse in taking care of intoxicated patients. And the last research question finds out specifics of nursing care of intoxicated patients.

For processing the empirical part of this thesis was used a qualitative research for which we used semi-structured interview. Respondents were 9 nurses work at the internal medicine department, intensive care unit of internal medicine and urgent care department in Hospital of České Budějovice a.s. The data gathered from the interviews were subsequently analyzed and processed into three categories. The first category are the problematic areas in nursing care of the intoxicated patient. Second category is the role of nurses in the care of intoxicated patients and the last category is the specifics of nursing care of intoxicated patient.

This survey has provided answers to our research questions. Nurses sees as the biggest problem in taking care of intoxicated patients mainly their lack of cooperation and aggression and also a problem in communication with this patient. Second question,

what role has nurse in taking care of intoxicated patients, respondents said that the basic role is to fulfil doctor's orders, take blood samples for toxicological examination and educated patients. Specifics of nursing care of intoxicated patients constituted of security against further injury and intoxication, prevent further absorption of toxic substances into the organism and elimination of toxic substances from the body of the patient.

From the results of this work follows that nursing care of intoxicated patients is mentally challenging for most of the nurses mainly because reasons related to lack of cooperation and aggressive patients.

Keywords: intoxication, nursing care, nurse, patient

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 31.7.2015

Barbora Sztarsichová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Zdeňce Pavelkové za věnovaný čas, obětavou pomoc a podporu při zpracování bakalářské práce.

Úvod .....	6
1 Současný stav .....	7
1.1 Historie toxikologie .....	7
1.2 Cesty vstupu do organismu.....	8
Orální cesta .....	8
Inhalační cesta .....	9
Transdermální cesta .....	9
Intravenosní cesta .....	9
1.3 Rozdělení intoxikací podle příčin .....	9
1.4 Intoxikace léky.....	10
1.5 Toxikologická informační střediska (TIS).....	10
1.6 Diagnostika .....	11
1.6.1 Přednemocniční péče o intoxikované.....	11
1.6.2 Nemocniční péče o intoxikované .....	12
1.6.3 Odběr a vyšetření žaludečního obsahu na přítomnost toxických látek	
12	
1.6.4 Odběr a vyšetření moči na přítomnost toxických látek.....	12
1.6.5 Odběr a vyšetření krve na přítomnost toxických látek .....	13
1.7 Hlavní klinické příznaky u akutních intoxikací.....	13
1.8 Hlavní příznaky některých lékových intoxikací .....	14
Paracetamol.....	14
Benzodiazepiny.....	15
Lithium .....	16
1.9 Základní léčebné postupy .....	16
1.10 Způsoby snížení absorpce toxické látky .....	17
1.10.1 Vyvolání zvracení.....	17
1.10.2 Adsorpční uhlí .....	18
1.10.3 Výplach žaludku .....	18
1.11 Způsoby eliminace toxické látky z organismu .....	21
1.11.1 Forsírovaná diuréza .....	21



1.11.2	Hemoperfuze .....	22
1.11.3	Hemodialýza .....	23
1.11.4	Hemofiltrace.....	24
1.11.5	Plazmaferéza .....	25
1.11.6	Peritoneální dialýza .....	25
1.12	Specifická antidota.....	26
1.13	Ošetrovatelská péče a role sestry při péči o intoxikovaného pacienta.....	26
1.14	Komunikace .....	33
2	Cíle práce a výzkumné otázky .....	34
3	Metodika práce.....	35
4	Výsledky výzkumu.....	36
5	Diskuze.....	51
6	Závěr .....	59
7	Seznam použité literatury.....	61
8	Seznam příloh.....	64

## Úvod

Intoxikace je akutní stav, který ohrožuje pacienta na zdraví a životě. Toxických látek a látek, které mohou být nebezpečné a zdraví škodlivé je v našem běžném životě velké množství. Málokdo z nás si uvědomuje jejich každodenní přítomnost, ať už se jedná o látky obsažené ve vzduchu, vodě či potravinách, které jsou nedílnou součástí našich životů. Existuje však široké zastoupení dalších toxických látek, s kterými se v životě můžeme setkat, a proto je dobré vědět jak tomuto kontaktu předejít a v případě nutnosti umět pomoci.

Ze současných průzkumů vyplývá, že nejčastější zastoupení akutních intoxikací tvoří náhodné otravy v první řadě způsobené léky a akutní intoxikace se suicidálním úmyslem opět lékové povahy (příloha 1). K zamyšlení je určitě informace o tom, že přibývá počtu intoxikovaných dětských pacientů s prokázanou drogovou závislostí a adolescentů, kteří se intoxikují s demonstrativním anebo se suicidálním úmyslem.

V této bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na problematiku ošetrovatelské péče spojenou s tímto tématem a to hlavně na odděleních ARO a JIP. Cílem této práce bude zjištění nejčastějšího ošetrovatelského problému, s kterým se setkávají sestry u akutně intoxikovaných pacientů. Tento cíl bude zkoumán pomocí polostrukturovaných rozhovorů na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko resuscitačních odděleních.

## 1 Současný stav

Otrava je stav po proniknutí otravné (jedovaté) látky do organismu. Otrava je charakterizována chorobnými změnami typickými pro jednotlivé jedovaté látky. Tyto změny pak narušují stav zdraví a mohou být i příčinou zániku organismu.

Jed můžeme charakterizovat jako organickou či anorganickou látku, která svým chemickým nebo fyzikálně chemickým účinkem již v malém množství vyvolává otravu. Jedovatá látka může být v kapalném, plynném nebo pevném skupenství (1).

Podle účinku na lidský organismus jsou jedovaté látky členěny nejčastěji do těchto skupin: dráždivé, hepatotoxické, hepatonefrotoxické, látky s tlumivým účinkem na centrálně nervový systém, neurotoxické látky a krevní jedy. Dále můžeme toxické látky rozdělit podle časového profilu pronikání toxické látky do organismu na akutní, subakutní a chronické (1).

### 1.1 Historie toxikologie

Otravy doprovázejí dějiny lidského rodu od samého počátku. S úmyslným trávením neboli travičstvím, se setkáváme v antice, ve středověku, v období renesance i baroka a ani doba moderní a postmoderní nebyla a není tohoto fenoménu ušetřena. Účinky jedů z rostlin i živočichů znali a používali je jako zbraně již primitivní lidé. První zmínky o toxinech se objevují již před rokem 1500 před Kristem, kdy byl ve starověkém Egyptě sepsán dosud nejstarší známý soubor lékařských záznamů a postupů, takzvaný Ebersův papyrus, který obsahoval popisy kroků při přípravě jedů. Staří Egyptané uměli destilovat kyanovodík z hořkých mandlí. Hindští medikové zase používali jedy, jakými jsou např. otrušík akonit nebo opium, jak se lze dočíst ve Védách. Starověcí Číňané používali akonit jako šípový jed. Z prací Hippokrata, přibližně kolem roku 400 před Kristem, vyplývá, že Řekové měli téměř profesionální znalosti o jedech a principech toxikologie, dokonce o léčení otrav pozměněním jejich absorpce v organismu. Prvním významným toxikologem byl Paracelsus, vlastním jménem Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, který se narodil roku 1493 ve Švýcarském Einsiedeln. Mnoho jeho názorů zůstává součástí toxikologie dodnes. Paracelsus prováděl skutečné pokusy a položil tak vědecký základ toxikologie. S rozvojem

lékařských věd bylo stále více patrné, že řada sloučenin nebezpečných lidskému organismu, může být, za určitých okolností, cíleně využita jako farmaka. Této skutečnosti si jasně povšiml právě Paracelsus, když na prahu novověku, v roce 1527, zformuloval základní poučku definující jedovatou substanci, a to poučku: „*Pouze dávka rozhoduje, je-li látka jedem.*“ Další významnou postavou oboru toxikologie je španělský lékař M.J.B. Orfila, který žil mezi lety 1787 a 1853, byl to lékař a analytický chemik, který absolvoval univerzitu v Paříži, kde se stal také profesorem. Tento španělský lékař zavedl kvantitativní metodologii do studií účinků chemikálií na zvířata, a proto je pokládán za otce moderní toxikologie (2, 3).

S rozvojem řemesel a počátky průmyslu přibýly i takzvané otravy profesní, často po staletí spojované právě s určitou lidskou činností. V minulém století se navíc objevily jedy průmyslové a bojové otravné látky. Formy a prostředky se proměňovaly tak, jak se vyvíjela míra lidského poznání v oblasti biologie, mikrobiologie, lékařství, chemie, biochemie, kriminalistiky a toxikologie, avšak důvody travičů se za tisíciletí příliš neměnily. Touha po bohatství, touha po moci, nenávist a zaslepenost náboženská nebo národnostní, závist zloba a pomsta (2, 3).

## ***1.2 Cesty vstupu do organismu***

Toxické látky se mohou do organismu dostávat různými způsoby, ať už jde o intoxikace úmyslné či intoxikace náhodné, neúmyslné.

### *Orální cesta*

Tato vstupní brána je vůbec nejčastější, tvoří 95% všech případů. Při tomto způsobu otravy se toxická látka dostává do organismu ústy, čili požitím toxické látky, kterou mohou být např. léky, které mohou děti snadno zaměnit za bonbóny, alkohol, který je nejčastějším zástupcem akutních otrav, jedovaté houby, čisticí prostředky, apod. Některé látky se mohou vstřebávat již v ústní sliznici, ale vzhledem k tomu, že látka ústa i jícnem rychle opouští, je toto vstřebávání zanedbatelné. Největší část vstřebávání v gastrointestinálním traktu probíhá v žaludku a v tenkém střevě (1, 4, 5).

### *Inhalační cesta*

Vdechnutím se do těla dostávají toxické látky skrze dýchací cesty. Inhalační otravy tvoří 2% všech otrav. Tento typ otrav je rizikový zejména v malých nevětraných prostorách nebo při různých nátěrech. Otrava inhalační cestou může být i záměrná, např. u narkomanů nebo při dětských experimentech (1, 4, 5).

### *Transdermální cesta*

Touto cestou se rozumí vstřebávání jedovaté látky přechodem skrz kůži nebo sliznice. Vstřebáváním přes kůži se chemikálie dostane do krevního řečiště a tím do celého těla. Touto cestou se mohou do těla dostat např. organofosfáty nebo bojové otravné látky. Častost těchto otrav je procentuálně stejná jako u otrav inhalačních, činí 2%. Transdermální vstřebávání může být srovnatelné až s intravenosním (vstřebávání přímo do krve), pokud je mechanicky či chemicky poškozena pokožka. Toto může nastat při poleptání, onemocněním různými dermatitidami, popálením, sedřením nebo pořezáním (1, 4, 5).

### *Intravenosní cesta*

Při intravenosní aplikaci je toxická látka vpravena přímo do žilní krve krevního oběhu. Účinek toxické látky závisí na místě, kde byla vpravena do těla, protože postupuje vždy s proudem krve. Intravenosní intoxikace se mohou objevovat například při chybném podání léků nebo u drogově závislých osob a její celkové zastoupení je 1% (1, 4, 5).

## **1.3 Rozdělení intoxikací podle příčin**

Podle literárních zkušeností kolísá incidence akutních otrav v závislosti na hustotě osídlení dané oblasti, na sociálních podmínkách obyvatelstva i na schopnostech zdravotnického personálu a možnostech zdravotnických zařízení stanovit správnou diagnózu. Incidence závažných otrav se pohybuje mezi 35 až 60 pacienty na jeden milion obyvatel za rok (1, 6).

Nejčastější příčinou akutních intoxikací, která převažuje nad ostatními, jsou suicidální neboli sebevražedné úmysly. Tato příčina je zastoupena v 95% případů. Další příčinou je omyl, o který se jedná ve 3% a ve 2% se pak jedná o pracovní úraz. Podle literatury můžeme rozdělit otravy městského a venkovského obyvatelstva. Zatímco u městského obyvatelstva převažují v sebevražedném úmyslu otravy způsobené léky, u venkovského obyvatelstva výrazně převažují chemické látky používané v zemědělství (1,6).

#### ***1.4 Intoxikace léky***

Toxická látka může poškodit tělesné struktury nebo narušit normální funkci organismu. Nejčastějším zdrojem toxických účinků jsou léky, ale okruh toxických látek je samozřejmě mnohem širší. I přes nevědomost, jaký lék intoxikaci vyvolal, je v případech toxických projevů potřeba rychlého a zasvěceného jednání. Bystrý úsudek sestry může pomoci k jeho správnému určení tehdy, když pacient nemůže, nebo nechce sdělit, o jakou látku se jednalo. Při léčbě pacienta intoxikovaného léky je nutné zaměřit se na tyto cíle: podpora základních životních funkcí pacienta, určení látky, která intoxikaci způsobila, odstranění či neutralizace této látky nebo zrušení jejich účinků, urychlení exkrece, odvrácení nebo léčba závažného poškození tělesných struktur (7, 8).

#### ***1.5 Toxikologická informační střediska (TIS)***

První toxikologická informační střediska byla zakládána v 60. letech 20. století ve většině zemí. V České Republice bylo toxikologické informační středisko založeno v roce 1962 a patří mezi střediska s nejdélejší tradicí. Toxikologická informační střediska na celém světě poskytují telefonické konzultace k terapii akutních otrav na podkladě elektronických databází, někdy i svých vlastních. Středisko v Praze disponuje databází s více než sedmdesáti tisíci položek (9).

Toxikologická informační střediska usnadňují práci lékařům, při akutních situacích, kdy je potřeba neprodleně zjistit, v jakém ohrožení se pacient nachází, jaký vývoj otravy lze očekávat a co je důležité okamžitě udělat. Do těchto středisek může volat nejenom lékař, ale i laik. Poskytování poradenských služeb těmito středisky laikům se výrazně

snížily náklady pro zdravotnictví. Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že uzavřením toxikologického informačního střediska z důvodu nedostatku financí na jeho provoz, se výrazně zvýší náklady potřebné pro ošetřování intoxikovaných pacientů v dané oblasti (9).

Na internetových stránkách toxikologického informačního střediska je k nahlédnutí statistický graf, který znázorňuje postupný nárůst počtu dotazů ohledně intoxikaci (příloha 2).

## ***1.6 Diagnostika***

V oblasti diagnostiky intoxikací je důležitým předpokladem pro správné stanovení diagnózy zejména znalost klinických příznaků u jednotlivých typů otrav. Důležitou rolí ve stanovování diagnózy pacienta je také sběr informací od příbuzných, blízkých nebo svědků incidentu. Včasná a správná diagnóza je určujícím prvkem úspěšné terapie intoxikovaného pacienta (1, 10).

### ***1.6.1 Přednemocniční péče o intoxikované***

Přednemocniční neodkladnou péči celkově můžeme rozdělit na odbornou a laickou. Úkolem laika při poskytování první pomoci u intoxikovaného pacienta je transport nemocného z dosahu toxické látky, přivolání odborné pomoci, kontrola základních životních funkcí a jeli to nutné provádět resuscitaci do příjezdu záchranné služby (1).

Úkolem zdravotníků, tedy odborné první pomoci u intoxikovaného pacienta, je včasná diferenciatlní diagnostika, která spočívá ve vyloučení jiných možných příčin bezvědomí. Dále kontrola základních životních funkcí pomocí přístrojů, jakými jsou, tonometr, fonendoskop, saturační čidlo, glukometr, elektrokardiograf. Úkolem zdravotníků je také, zajistit možné látky, které otravu způsobily, popřípadě dopis na rozloučenou, pokud se tyto na místě nacházejí (10, 11).

### *1.6.2 Nemocniční péče o intoxikované*

Diagnóza akutní intoxikace je řazena mezi časté diagnózy, které jsou přijímány na jednotky intenzivní péče či anesteziologicko resuscitační oddělení. Nemocniční péče o intoxikované pacienty je přímo navázaná na přednemocniční péči.

Základní postupy v péči o intoxikované pacienty se v zásadě neliší od jiných akutních stavů. Principy léčby mají život zachraňující význam, zamezují rozvoji komplikací, v první řadě poruše krevního oběhu, aspirace do dýchacích cest, rozvratu acidobazické, elektrolytové a vodní rovnováhy, hypotermii nebo hypertermii. V dalším postupu je důležité zabránit dalšímu vstřebávání toxické látky a urychlit vylučování toxické látky již vstřebené. Pokud je to možné a pokud existují, podat specifická antidota. K zjištění toxikologických informací slouží toxikologické informační středisko, které podává informace 24 hodin denně. Konzultace toxikologického informačního střediska je nejrychlejší způsob k získání ucelených informací o toxickém účinku, toxické a smrtelné dávce, o eliminaci a možnostech léčby včetně informací o dostupnosti a indikaci podání specifických antidot (1, 10, 11).

### *1.6.3 Odběr a vyšetření žaludečního obsahu na přítomnost toxických látek*

Žaludeční obsah na toxikologické vyšetření sestra získává pomocí výplachu žaludku Kussmaulovou sondou. Pro účely tohoto vyšetření je zapotřebí získat 100 – 250 ml z prvního výplachu. Ihned po výplachu žaludku a odběru materiálu posoudí sestra vzorek. Sestra posuzuje objem, barvu a zápach. Z barvy žaludečního obsahu může sestra vyhodnotit přítomnost žluče nebo krve, ze zápachu pak možnost karcinomu žaludku či druh požití látky při intoxikaci. Na toxikologické vyšetření se taktéž posílají zvratky intoxikovaného pacienta, zajištěné zdravotnickou záchrannou službou (1, 7, 8).

### *1.6.4 Odběr a vyšetření moči na přítomnost toxických látek*

Pro prokázání toxických látek v moči se odebraná moč zasílá na toxikologické vyšetření do biochemické laboratoře. K tomuto vyšetření je nutné odebrat vzorek alespoň 50 ml moče. Sestra provádí odběr moče do čistých, hermeticky uzavřených



nádob, na kterých uvede jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, datum a čas odběru. Odebranou moč sestra uloží do doby odeslání v chladniče, která musí být zabezpečena proti případné manipulaci. K materiálu, který je zasílán na toxikologické vyšetření musí sestra vyplnit žádanku. V žádance je nutné uvést jméno a příjmení, rodné číslo pacienta, kód zdravotní pojišťovny, pracovní diagnózu, razítko oddělení, čitelný podpis lékaře a číslo telefonu pro konzultaci, jméno zdravotnického pracovníka, za jehož přítomnosti byl proveden odběr moči. Na žádanku musí sestra také uvést všechny informace o známých okolnostech intoxikace, dále sestra uvede údaje o stavu pacienta a terapii, která byla před odběrem moče provedena. Vlastnímu odběru moče je sestra přítomna z důvodu možného ovlivnění výsledku vyšetření ze strany pacienta. Při odběru moče cévkováním sestra zajistí přípravu pomůcek, asistenci a ošetření pacienta. Po odebrání vzorku moče sestra zajistí transport materiálu do laboratoře s žádankou, jestliže se jedná o vyšetření statim, je nutné tuto skutečnost označit na žádance. Po těchto úkonech sestra provede dokumentaci a zajistí vyhodnocení výsledků (1,7,8).

#### *1.6.5 Odběr a vyšetření krve na přítomnost toxických látek*

Krevní vzorek minimálně 10 ml se odesílá na toxikologické vyšetření. Ve všech případech se odesílá krev srážlivá, kromě případu podezření na intoxikaci oxidem uhelnatým. V tomto případě je nutný přídavek citrátu sodného. Sestra si před samotným odběrem krve připraví sterilní pomůcky. Krev pacienta sestra odebere do předem připravených zkumavek, které jsou označeny štítkem s pacientovým jménem a příjmením, oddělením, datumem odběru a požadovaným vyšetřením. Sestra musí s odebraným materiálem manipulovat tak, aby nedošlo k jeho znehodnocení. Sestra musí vypsát žádanku s patřičným označením a informacemi o pacientovi a zajistí včasný transport materiálu do laboratoře (1, 7, 11).

#### *1.7 Hlavní klinické příznaky u akutních intoxikací*

Výskyt specifických příznakových souborů, které jsou přítomny u intoxikovaného pacienta, napomáhá ověřit a upřesnit správnost diagnózy. Avšak klinické příznaky nebo soubory klinických příznaků u intoxikovaného pacienta, které jsou typické pro dané

toxické látky, mohou být ovlivněny například dlouhodobým medikamentózním léčením pro onemocnění předcházející intoxikaci nebo při intoxikacích více otravnými látkami najednou (1).

Mezi nejčastější příznaky intoxikací patří poruchy vědomí. Hlavním příznakem akutních intoxikací je kvantitativní porucha vědomí, kam řadíme poruchy vědomí různého stupně, a to somnolenci, sopor a kóma. Toxické látky, které jsou schopny vyvolat kvantitativní poruchy vědomí, patří například alkohol, opioidy, benzodiazepiny, barbituráty, antidepresiva a další. Příznakem, který také provází intoxikace, jsou kvalitativní poruchy vědomí, které se projevují obluzeným vědomím a poruchou myšlení. Dalším příznakem provázejícím intoxikace je postižení dýchání, které se může projevovat drážděním ke kašli, krvácením z dýchacích cest, hypoventilací a hypoxií. Může také docházet ke změnám v barvě kůže, které mohou souviset s hypoxií. V takovém případě bude kůže bledá až cyanotická. Mezi příznaky intoxikace také patří porucha zraku, která se může projevit například překrvením spojivek a slzením, miózou, která je průvodním příznakem při otravách opioidy, či mydriázou, která se vyskytuje u otrav atropinem nebo kokainem. Při otravách metylalkoholem dochází ke zhoršení zraku až slepotě. Porucha trávicího ústrojí je další skupinou příznaků akutních intoxikací. U pacienta můžeme pozorovat suchost ústní sliznice, zvýšenou salivaci, zápach z úst, poleptání rtů, sliznic dutiny ústní nebo hltanu a s tím spojené projevy bolesti, zvracení, bolesti břicha a průjem. Dále poruchy ledvin, kdy hlavním příznakem je pokles diurézy až anurie. Do příznaků akutních otrav se také řadí poruchy kardiovaskulárního systému, kam patří hypotenze, hypertenze, bradykardie, tachykardie nebo může docházet k poruchám srdečního rytmu až k zástavě srdce (1, 6, 11, 12).

### ***1.8 Hlavní příznaky některých lékových intoxikací***

#### *Paracetamol*

Paracetamol má analgetický a antipyretický účinek, pro který se v lékařských oborech začal užívat již roku 1893. Dávka paracetamolu určená k terapii je přibližně 10

– 15 mg/kg tělesné váhy dítěte, kterou lze zvýšit do maximální dávky až 2,5 g/24 hodin (1).

K intoxikaci paracetamolem dochází při podání dávky tohoto přípravku větší než 150 mg/kg tělesné hmotnosti u dětí a v případě dospělého pacienta se jedná o dávku větší než 7,5 g. Játra bývají poškozena většinou u takových dávek, které jsou větší než 15 g u dospělých pacientů, u dětského pacienta je samozřejmě dávka vedoucí k poškození jater nižší (1).

Akutní intoxikace paracetamolem probíhá pod obrazem jaterního poškození, poškození ledvin, slinivky břišní, myokardu, metabolické acidózy, neurologických příznaků, ke kterým patří i kóma a hematologických abnormit. Tato intoxikace probíhá ve třech fázích. V první fázi je přítomna nauzea spolu se zvracením, která se objevuje 1 až 2 dny po požití. První fáze je následována fází druhou, která se objevuje také po 24 až 48 hodinách a dochází v ní k začínajícímu selhání jater a ledvin. V poslední, třetí fázi, která následuje tři, až pět dní po intoxikaci se objevuje selhání jater a ledvin spolu s postižením myokardu a abnormalitách na EKG (1).

### *Benzodiazepiny*

Tato léková skupina patří mezi nejčastěji zneužívané léky. Jedná se o psychotropní léky, které jsou v současné době hojně používané. První benzodiazepin byl uveden na trh v roce 1957. Od roku 1957 bylo objeveno bezmála tři tisíce druhů benzodiazepinů, 120 z nich bylo klinicky testováno a v současnosti se jich používá 28 v klinické praxi po celém světě. Benzodiazepiny mají celou řadu účinků, a to hypnotické, amnestické, sedativní, antikonvulzivní, anxiolytické, svalově relaxační a některé léky mají i antidepressivní účinky (1).

Mezi příznaky intoxikací benzodiazepiny patří útlum centrální nervové soustavy, který se projevuje různým stupněm kvantitativní poruchy vědomí až po kóma. Ve vysokých dávkách působí benzodiazepiny centrální útlum dechu spolu s rizikem aspirace žaludečního obsahu, dále bývá přítomna hypotenze bez změn srdeční frekvence. Toxicita benzodiazepinů výrazně narůstá jsou-li kombinovány s jinými léky,

popřípadě s alkoholem, který patří mezi nejčastější toxické látky užívané spolu s benzodiazepiny (1).

### *Lithium*

Lithium je lék podávaný perorálně, který se vstřebává za šest, až osm hodin a jehož hladina v séru by se měla pohybovat mezi 0,6 – 1,2 mmol/l. Lithium se používá k léčbě manií, maniodepresivních poruch, schizoafektivních onemocnění, při léčbě neutropénie. a jeho účinek nastupuje až po několika dnech (1).

Příznaky intoxikace lithiem se objevují při hladinách lithia v séru vyšší než 2 mmol/l, přičemž koncentrace vyšší než 3 mmol/l je kritická. Intoxikaci lithiem mohou v zásadě způsobit dva mechanismy, a to příliš vysoký přívod lithia nebo jeho nedostatečné vylučování lithia jako důsledek omezených ledvinových funkcí. Mezi příznaky nastupující intoxikace patří výrazný třes, průjem, zvracení, ataxie, zpomalenost, spavost a závratě, bolesti hlavy, zmatenost, potíže s pamětí. Pacient s rozvinutou intoxikací může být až komatózní. Smrt u takto intoxikovaných pacientů nastává nejčastěji v důsledku protražovaného kómatu, cerebrální anoxie, šoku nebo multiorgánového selhání (1).

#### ***1.9 Základní léčebné postupy***

Prvotní léčba intoxikovaného pacienta zahrnuje neodkladnou resuscitaci, která se zahajuje ihned při zástavě dýchání a krevního oběhu. Dalším léčebným postupem je podpora dýchání a obnova průchodnosti dýchacích cest pomocí trojhmátu, ústních nebo nosních vzduchovodů či případnou intubací a řízenou ventilací. Selhání srdeční činnosti u intoxikovaného pacienta se řeší zajištěním vstupu do cévního řečiště, doplněním krevního oběhu pomocí podávání infuzí a medikamentózní podporou oběhu. V prvotní léčbě je také nutná prevence dalšího vstřebávání toxické látky do organismu pacienta, která závisí na způsobu vstupu toxické látky do organismu. V případě vstupu jedovaté látky inhalační cestou je nutné vynést intoxikovaného na čerstvý vzduch, větrat, podat kyslík nebo zajistit řízenou ventilaci. Při vstřebávání toxické látky přes kůži se postižené místo mohutně oplachuje vodou. Při intoxikaci intravenosní cestou se nad

místo vpichu přikládá zatahovadlo a místo vpichu se chladí. U intoxikace orální cestou se vyvolává zvracení, které je méně traumatizující nežli výplach žaludku. Tato eliminační metoda by měla být provedena do 60 minut po požití toxické látky, aby byla účinná. Připadá tedy v úvahu pouze na místě vzniku intoxikace bezprostředně po požití toxické látky. Ovšem vyvolání zvracení není možné u každého případu, kontraindikované je například tam, kde došlo k poleptání trávicí trubice louhy nebo kyselinou, u otrav benzinem, petrolejem, nebo jejich deriváty a samozřejmě u intoxikovaných pacientů v bezvědomí (1, 5).

Sekundární léčba se pak dále skládá z pokračující podpůrné či symptomatické léčby. Pokud je to možné, podávají se specifické protilátky (takzvaná antidota). Terapie spočívá v léčbě křečových stavů, které mohou být vyvolané přímým účinkem toxické látky nebo hypoxií. Křečové stavy se řeší podáváním kyslíku, kalcia, glukózy, pyridoxinu, diazepamu a dalších látek podle indikace lékaře. Dalším terapeutickým postupem je forsírovaná diuréza, která využívá ledvin, hlavního eliminačního orgánu, k odstranění toxických látek z krevního kompartmentu. Aby byla forsírovaná diuréza účinná, musí se nejprve zajistit podmínky pro zvýšené vylučování toxických látek ledvinami pomocí substituce ztrát vody, zvýšeného perfuzního tlaku v ledvinách nebo podáváním diuretických léčiv (1, 5, 12).

## ***1.10 Způsoby snížení absorpce toxické látky***

### *1.10.1 Vyvolání zvracení*

Tento způsob dekontaminace toxické látky z organismu pacienta lze použít pouze za předpokladu, že pacient je při vědomí, spolupracuje a nehrozí u něho možnost aspirace žaludečního obsahu. Vyvolání zvracení lze použít nejlépe bezprostředně po požití toxické látky, nejdéle však do třiceti minut. Zvracení lze vyvolat mechanickým podrážděním stěny laryngu anebo necháme pacienta vypít sklenici vlažné vody se dvěma lžičkami soli, lze také podat emetický ipekakuanhový sirup. Vyvolání zvracení se používá u pacientů po požití větších kusů hub, rostlin nebo velkých tablet. Tato

metoda je kontraindikována u nemocných s poruchou vědomí, se sníženým svalovým tonem, při křečích a u pacientů intoxikovaných louhy, kyselinami a saponáty (6, 7).

### *1.10.2 Adsorpční uhlí*

Adsorpční uhlí je nejúčinnější nescifický absorbent, který váže různé látky v gastrointestinálním traktu, tímto způsobem brání vstřebávání toxické látky do krve. V některé literatuře se objevují doporučení na opakované podávání adsorpčního uhlí i řadu hodin po požití toxinu. Podává se 1g na kg tělesné váhy. Léky, které jsou dobře adsorbovatelné uhlím, jsou benzodiazepiny, antidepresiva, paracetamol, antikonvulziva, barbituráty, digoxin, salicyláty a teofylin. Podávání adsorpčního uhlí je kontraindikováno u intoxikací leptavými látkami, u paralytických i obstrukčních ileů, při perforaci gastrointestinálního traktu, při nemožnosti ověřit polohu žaludeční sondy. Dále se nesmí podat u pacientů s poruchou vědomí nebo s křečemi, kteří nemají zavedenou žaludeční sondu a endotracheální kanylu opatřenou manžetou (1, 6, 7).

### *1.10.3 Výplach žaludku*

Výplach žaludku je doporučován u převážné většiny perorálních intoxikací. Tato metoda je vhodná u dospělých osob a větších dětí, které jsou již přijati do zdravotnického zařízení. Výplach žaludku se uplatňuje hlavně u intoxikací tekutinami a dobře rozpustnými, rozpuštěnými, emulgovanými, rozmělněnými nebo rozdrcenými pevnými látkami. Je indikován v takových situacích, kdy došlo k požití potenciálně nebezpečného množství jedu a od otravy neuběhlo více než šest hodin. Nejlepších výsledků dosahuje výplach žaludku, který je provedený do jedné hodiny od požití toxické látky. Kontraindikace spojené s výplachem žaludku jsou u pacientů s nekontrolovatelnými křečemi, s poruchami srdečního rytmu, dále je kontraindikován v případě nezaintubovaných pacientů po požití benzínu nebo petroleje a jeho derivátů. Výplach žaludku se neprovádí při požití netoxického množství látky, nebo jestliže toxická látka již opustila žaludek (1, 6, 7).

### *Práce sestry*

Sestra by měla před samotným výplachem žaludku zjistit od pacienta jeho znalost o prováděném vyšetření, zda má pacient již nějakou zkušenost s výplachem žaludku. Dále by se měla sestra zajímat o to, co pacient jedl, jaké množství a druh potravin přijímal popřípadě okolnosti, které se týkají otravy samotné, tyto informace může podat i osoba, která pacienta doprovází. Sestra také musí zkontrolovat stav pacienta, kterého ošetřuje, provede kontrolu vědomí, stav zornic, barvu kůže, zkontroluje pacientovy reflexy (13, 14).

Výplach žaludku se provádí nejčastěji jako akutní výkon. Sestra informuje pacienta, dle aktuální situace, o postupech, které výkon obnáší. Poté si připraví pomůcky, které bude k výkonu potřebovat: janettova stříkačka, sáček na nasogastrickou sondu, držák na sáček, trojcestný kohout na NGS, lahvička na toxikologický vzorek - žaludeční obsah, emitní miska, zástěra s dlouhým rukávem, holítko, žínky jednorázové, čistící pěna, buničina, 1 sklenice NaCl se rozpustí v 10litrech vlažné vody (13, 14).

V případě, že je pacient při vědomí, zavádí žaludeční sondu sestra. Pacient sedí, je oblečen do gumové zástěry, a pokud má umělý chrup, sestra ho vyndá. Pacient otevře ústa a sestra stlačí ústní lopatkou jazyk, dále vloží zvlhčenou sondu (je vhodné zchladit sondu 20-30 minut v lednici) za kořen jazyka a pak dále do trávicí trubice asi 45-55 cm. Pokud je pacient v bezvědomí, sondu zavádí lékař a provede také výplach žaludku. U pacienta v bezvědomí se správné zavedení sondy kontroluje pomocí ponoření konce sondy do sklenice s vodou, pokud je sonda v dýchacích cestách, budou unikat bublinky (13, 14).

Samotný výplach žaludku probíhá tak, že sestra napojí přes spojovací sklíčko gumovou hadičku s nálevkou a provede výplach žaludku. Nálevku drží sestra pod úroveň žaludku pacienta a nalévá do ní vlažnou vodu (250-500ml) s antidotem. Poté se nádoba zvedne nad úroveň žaludku a tekutina se nechá stéct do žaludku. Až se začne v nálevce tvořit vír, sestra nálevku skloní do kbelíku a nechá vytéct obsah. Poté postup několikrát opakuje. Poslední dávka při výplachu žaludku obsahuje adsorpční uhlí (13, 14, 15).

Sestra ukončí výplach žaludku tak, že sondu drží peánem a pomalu ji vytahuje, přitom ji otírá čtvercem. Pacientovy dá poté vypláchnout ústa a uloží jej na lůžko. Sestra provede záznam o výplachu žaludku, který zapíše do ošetrovatelské dokumentace (13, 14, 15).



## ***1.11 Způsoby eliminace toxické látky z organismu***

### ***1.11.1 Forsírovaná diuréza***

Jedná se o základní eliminační metodu, jejímž principem je využívání možnosti ledvin jako hlavního eliminačního orgánu lidského těla, k eliminaci toxických látek z krevního kompartmentu (1).

Základním předpokladem forsírované diurézy je v první řadě zajištění podmínek pro zvýšené vylučování toxických látek ledvinami. Zvýšeného vylučování lze dosáhnout substitucí neboli náhradou ztrát vody podle klinického stavu, bilance tekutin a hodnot centrálního žilního tlaku, také substitucí ztrát podle aktuálních hodnot odpadů minerálů v moči i aktuálních hladin minerálů v krvi. Další možností, jak lze zabezpečit forsírovanou diurézu je zvýšení perfuzního tlaku v ledvinách při dostatečné nebo lehce zvýšené náplni nitrocévního prostoru. Zvýšeného vylučování vody a tím eliminací toxických látek z organismu lze dosáhnout také pomocí podání látek s diuretickým účinkem, jako je například furosemid. Látky s diuretickým účinkem není nutné podávat v případě, že je dostatečná diuretická odpověď již na samotný zvýšený objem nitrožilně podávaných tekutin (1, 6, 16).

Pro provádění účinné forsírované diurézy je nutné zajištění bezpečného a kvalitního žilního přístupu, dále měření bilance tekutin, laboratorní kontroly iontů, krevního obrazu a acidobazické rovnováhy. Indikací k provádění forsírované diurézy jsou stavy akutních otrav látkami, které nejsou vázány na krevní bílkoviny, a které jsou i za normálních podmínek, tedy mimo forsírovanou diurézu, vylučovány ledvinami. Eliminační možnost ledvin se zvýší, jestli-že je dosaženo patřičného vzestupu diurézy, který je optimální při intoxikacích v rozmezí 400 - 500 ml/h (1, 6, 16).

Tuto eliminační metodu samozřejmě nelze použít za každého případu. Kontraindikací k použití forsírované diurézy ke zvýšení eliminace toxických látek představují: renální insuficience, srdeční selhání, hypokalémie, maligní hypertenze nereagující na zavedenou antihypertenzní terapii, hypotenze nereagující na podání tekutin nitrožilním vstupem a šokový stav (1, 6, 16).

### 1.11.2 Hemoperfuze

Do oblasti klinické praxe byla hemoperfuze poprvé zavedena v roce 1958. V České republice se pak používá od poloviny 70. let a to v převážné většině u nemocných s akutními intoxikacemi. Hemoperfuze patří mezi léčebné metody, které využívají principu adsorpce k odstranění toxických látek z krevního kompartmentu pacienta. Hemoperfuze může být definována jako mimotělní očištění krve, při níž krev protéká hemoperfuzní kolonou obsahující adsorpční materiál jakým jsou například aktivní uhlí, nebo syntetická pryskyřice. Tyto adsorpční materiály jsou schopny na sebe navázat látky, od kterých je třeba krev očistit (1, 16).

Pro zajištění dostatečného krevního průtoku je nutné zavedení dvoucestné kanyly do centrálního žilního systému. Krevní řečiště pacienta je vedeno při hemoperfuze kolonou, která má pouzdro z nesmáčivého, mechanicky odolného polypropylenu. Kolona je také vyplněna sterilním apyrogenním fyziologickým roztokem. Vstupní a výstupní otvory kolony jsou opatřeny síťkami, které brání adsorpčním částicím opustit s krevním proudem vnitřní prostor hemoperfuzní kolony. Hemoperfuze sestává z krevní pumpy, detektoru vzduchu, monitorů tepenného a žilního tlaku a také monitorem tlaku mezi krevní pumpou a hemoperfuzní kolonou (1, 16).

V hemoperfuzi jako eliminační metodě toxických látek z krve jsou uplatňovány dva druhy absorbentů, a to adsorpční uhlí a syntetická pryskyřice. Adsorpčního uhlí se v hemoperfuzi využívá zejména k léčbě akutních otrav látkami, jako jsou: barbituráty, karbamazepin, toxiny muchomůrky hlíznaté, salicyláty nebo teofylin. Syntetická pryskyřice se v hemoperfuzi nevyužívá tak hojně jako adsorpční uhlí, ovšem syntetická pryskyřice vykazuje vyšší stupeň přilnavosti především k lipofilním látkám. Mezi látky nepochybně lépe adsorbovatelné syntetickou pryskyřicí nežli aktivním uhlím patří například teofylin (1, 16).

Mezi kontraindikace patří takové stavy, při kterých je hemoperfuze z technického hlediska neproveditelná. Mezi tyto stavy patří: těžká hypovolémie a hypotenze, generalizovaný krvácivý stav a trombocytopenie pod  $50\,000\text{ mm}^3$ . U pacientů se závažnými intoxikacemi však prospěšnost hemoperfuze ve srovnání s eliminačními

možnostmi organismu narůstá, tím pádem jsou kontraindikace hemoperfuze spíše jen relativní (1, 16).

### *1.11.3 Hemodialýza*

Hemodialýza je jednou z nejrozšířenějších léčebných metod, které eliminují nežádoucí látky z krevního kompartmentu nemocného. Tento léčebný postup byl poprvé použit u člověka roku 1943 nizozemským lékařem J. W. Kolffem. Roku 1945 ji pak tento lékař poprvé úspěšně použil u pacienta s náhlým ledvinným selháním. Hemodialýza byla v České republice poprvé použita roku 1955 u intoxikace sublimátem. Od konce 70. let u nás vzniká síť hemodialyzačních středisek, v kterých jsou léčeni pacienti s chronickým selháním ledvin a ve většině těchto středisek jsou léčeni také pacienti s akutními intoxikacemi (1, 6).

Principem hemodialýzy je přestup krve přes polopropustnou membránu do dialyzačního roztoku za pomoci difuze a filtrace. Nezbytnou podmínkou pro účinnou hemodialýzu je zajištění dostatečného krevního průtoku mimotělním oběhem, který by měl být 150 – 270 ml/min. V případě pacientů s akutními intoxikacemi je z tohoto důvodu nutné zajištění přístupu do kapacitních cév jakými jsou horní nebo dolní dutá žíla. Dialyzační roztok se skládá z vody, která je předem upravovaná pomocí mechanických filtrů, filtru s adsorpčním uhlím, změkčovače vody a reverzní osmózy, další složkou dialyzačního roztoku jsou minerály a to sodík, draslík, vápník, hořčík a chlor (1, 16, 17).

Eliminační metodou hemodialýzou jsou z krevního kompartmentu dobře odstranitelné látky s malou molekulovou hmotností, dále látky dobře rozpustné ve vodě a také látky, které nejsou vázány na krevní bílkoviny. Hemodialýza je nejčastěji indikována u akutních intoxikací těmito látkami: etylalkoholem, metylalkoholem, etylenglykolem, kyselinou acetylsalicylovou a lithiem (6, 16).

Kontraindikace hemodialýzy jsou víceméně shodné s kontraindikacemi hemoperfuze. Jedná se o stavy, kdy je hemodialýza technicky neproveditelná, to znamená, že nelze realizovat dostatečný krevní průtok mimotělním oběhem. V takových

případech jsou kontraindikace přechodné a po úpravě těchto stavů je nutné indikaci k hemodialýze znovu zvážit (1, 17).

#### *Práce sestry*

Je-li to možné edukuje sestra pacienta o výkonu, dále připraví přístroj a set k hemodialýze. V průběhu hemodialýzy sestra provádí záznam do bilančního listu, kam zapisuje příjem a výdej tekutin, hodnoty ultrafiltrace a tlakových parametrů, tyto údaje zapisuje sestra každou hodinu. Dalším úkolem sestry je kontrolování laboratorních výsledků, neustálé sledování základních životních funkcí pacienta, kontrolování polohy dialyzačního katétru, který může naléhat na stěnu žíly nebo může být zalomený. Sestra také musí při tomto výkonu připravit dostatečné množství vaků se substitučním či dialyzačním roztokem a to v dostatečném časovém předstihu. Po odpojení pacienta z hemodialyzačního přístroje sestra musí okamžitě naplnit oba vstupy katétru uvedeným množstvím heparinu (13, 14, 18).

#### *1.11.4 Hemofiltrace*

Hemofiltrace se začala v klinické praxi objevovat koncem 60. let. Tato léčebná metoda je finančně velmi náročná, a proto není moc rozšířená u pacientů, kteří jsou zařazeni do chronického dialyzačního programu. Hemofiltrace však vykazuje vyšší účinnost v porovnání s hemodialýzou, proto se využívá u pacientů s akutním selháním ledvin a akutně intoxikovaných pacientů (1, 6, 18).

Principem této eliminační metody je ultrafiltrace, kdy rozpuštěná látka přestupuje mimotělním oběhem přes polopropustnou membránu objemem 10 – 30 l/h. Na rozdíl od hemodialýzy není u hemofiltrace na druhou stranu membrány přiváděn dialyzační roztok (1, 6, 18).

Hlavní podmínkou pro účinnou hemofiltraci je rozpustnost ve vodě. Účinnost hemofiltrace není tolik závislá na molekulové hmotnosti toxické látky. Akutní intoxikace indikované k hemofiltraci se neliší od intoxikací indikovaných k hemodialýze, s tou výhodou, že hemofiltrace dokáže eliminovat i toxické látky s vyšší molekulovou hmotností (6, 18, 19).

V případě hemofiltrace se kontraindikace nijak v zásadě neliší od hemodialýzy a jsou také spíše jen relativní (1).

#### *Práce sestry*

Úkoly sestry, které musí při hemofiltraci znát a provádět jsou totožné s ošetrovatelskou péčí o pacienta při hemodialýze.

#### *1.11.5 Plazmaferéza*

Je popisována jako léčebná metoda, která odvádí krev pacienta do přístroje, který odděluje plazmu od ostatních krevních složek. Plazma je v případě plazmaferézy odstraněna a je nahrazena jinými roztoky a to koloidními nebo směsí koloidních a krystaloidních roztoků (1, 6).

Plazmaferézou je možné z krevního řečiště odstranit látky o vysoké molekulové hmotnosti, až 100 krát vyšší než v případě hemofiltrace (6, 16).

Tuto terapeutickou metodu, lze samozřejmě použít i v případě eliminace toxických látek z organismu akutně intoxikovaných pacientů, avšak pro svou technickou náročnost nenašla při léčbě příliš široké uplatnění (1, 17).

#### *1.11.6 Peritoneální dialýza*

V České republice se peritoneální dialýza začala využívat od konce 70. let a výrazným rozvojem prošla v letech devadesátých, kdy došlo ke zdokonalení pomůcek, a začaly se používat modernější roztoky (1, 6).

Principem peritoneální dialýzy není mimotělní oběh, ale krev pacienta se čistí uvnitř jeho těla pomocí polopropustné membrány, která je mu vlastní, a tou je peritoneum neboli pobřišnice. Do dutiny břišní pacienta je tenkým katétrem v pravidelných intervalech přiváděn dialyzační roztok, který se v těle pacienta ponechává po dobu čtyř až osmi hodin. Během této doby do dialyzačního roztoku v peritoneální oblasti pacienta přecházejí odpadní a v případě intoxikací také toxické

látky. Po uplynutí stanovené doby se dialyzační roztok vypustí a v případě potřeby nahradí novým (1, 6, 16).

Peritoneální dialýza se v České republice v případech akutních intoxikací využívá poměrně zřídka. V porovnání například s hemodialýzou je její účinnost u akutních intoxikací výrazně menší, jen přibližně 15 – 25 % účinnosti hemodialýzy. Použití peritoneální dialýzy přichází nejčastěji v úvahu u akutních intoxikací dětí, kdy je hemodialýza technicky neproveditelná (1, 16, 17).

### ***1.12 Specifická antidota***

Antidotem se rozumí látka s opačným účinkem k jiné látce, tedy protijed. Důležitým předpokladem pro podání antidota je toxikologické vyšetření pacientova žaludečního obsahu, moči a krve. Od toxikologického vyšetření lze ustoupit v přednemocniční neodkladné péči, pokud se jedná o akutní, život ohrožující stav, a pokud je na intoxikaci danou noxou specifické antidotum k dispozici (18, 19).

Pro zdravotníky má velký význam Naloxon, který je antidotum všech narkotických látek. Pacientovi s intoxikací opiáty se po podání léku během jedné až dvou minut navrátí vědomí a zvýší se dechové frekvence. Dalším důležitým antidotem je Anexate, který se používá při předávkování benzodiazepíny. Dále se můžeme v praxi setkat s aplikací roztoku 10% glukózy při předávkování antidiabetiky. V klinické praxi se dále také používá například Acetylcystein, který je antidotem paracetamolu nebo Atropin, který se používá jako protijed při intoxikacích organofosfáty (18, 19).

### ***1.13 Ošetrovatelská péče a role sestry při péči o intoxikovaného pacienta***

Ošetrovatelská péče o pacienty na jednotkách intenzivní péče zahrnuje péči o pacienty, kteří mají hrozící nebo již probíhající selhání jednoho či více orgánů. Na anesteziologicko resuscitačních odděleních poskytují sestry ošetrovatelskou péči pacientům, u kterých hrozí selhání základních životních funkcí, nebo k takovému selhání již došlo. Na odděleních, kde je poskytována intenzivní péče, musí být zajištěna okamžitá dostupnost lékařů, dále musí být nepřetržitě sledován sestrou stav pacienta a všechny informace o pacientovi musí být zaznamenány do dokumentace. Na těchto

odděleních, je pacient přijímán přes přijímací místnost, kde jsou pacientovi zajištěny dýchací cesty, potřebné invazivní i neinvazivní vstupy, také je napojen na přístroje pro monitoring základních životních funkcí včetně dvanáctibodového EKG, dále je mu odebrán biologický materiál, který je odeslán na potřebné vyšetření, v přijímací místnosti je provedena hygiena pacienta a potřebná diagnostická vyšetření. Poté je pacient převezen dle aktuálního zdravotního stavu na lůžko a je mu poskytována další lékařská a ošetrovatelská péče vedoucí ke stabilizaci a zlepšení jeho celkového stavu (20, 21).

V ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta nesmíme zapomínat na to, že neléčíme toxickou látku, ale pacienta. Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je vždy závislý na zdravotním stavu nemocného a na jeho individuálních potřebách. Tak jak se během hospitalizace mění zdravotní stav pacienta, mění se v souvislosti s tím i potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Sestra by měla být empatická, měla by znát všechny pacientovy potřeby, pokud je pacient při vědomí a komunikuje, měla by se sestra snažit pacienta trpělivě vyslechnout, popřípadě mu poradit, dále by sestra měla podporovat pacienta v jeho soběstačnosti a snažit se uspokojovat jeho potřeby. Mezi základní potřeby pacienta, o které sestra během jeho hospitalizace musí pečovat, patří: potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a potřeba psychické vyrovnanosti (22, 23).

Ošetrovatelská péče o dýchací cesty zahrnuje podávání kyslíku, který musí být při přívodu do dýchacích cest vždy zvlhčován. O stálé zvlhčování kyslíku podávaného pacientovi se stará sestra a v případě nutnosti doplňuje sterilní vodu, přes kterou kyslík probublává. Sestra také provádí edukaci pacienta o kyslíkové terapii (24).

Dále je nutné zajistit průchodnost dýchacích cest pomocí tracheální intubace nebo tracheostomie a zajistit umělou plicní ventilaci pacienta. Před samotnou intubací podává sestra pacientovi dvě minuty stoprocentní kyslík, po prodýchání pacienta, aplikuje sestra nitrožilně ordinované léky k sedaci a relaxaci. Před samotnou laryngoskopií musí sestra odstranit pacientovi z dutiny ústní zubní protézu a upravit jeho polohu na zádech s podložením hlavy. Na žádost lékaře může sestra provést BURP manévr či Sellickův hmat ke zlepšení podmínek intubace. Dalším úkolem sestry při tracheální intubaci je

podání tracheální rourky do ruky lékaře ve směru zavádění, pokud si to lékař přeje, umístí sestra do rourky zavaděč. Po zavedení tracheální rourky provede sestra její utěsnění naplněním těsnící manžety a provede kontrolu tlaku v manžetě. Poté, co lékař zkontroluje správnost zavedení rourky, provede sestra její fixaci pomocí náplasti či obinadla v obličejové části pacienta. Zavádění tracheostomické kanyly provádí lékař řezem nebo punkcí. Před založením tracheostomie u mužů, vyholí sestra danou oblast, aplikuje léky dle ordinace lékaře a napolohuje pacienta do polohy s podloženými zády a zakloněnou hlavou. Dále sestra připraví lékaři sterilní stůl s potřebnými nástroji, které mu v průběhu výkonu sterilním způsobem podává a naslouchá jeho pokynům. Po zavedení tracheostomické kanyly provede sestra nafouknutí manžety a následnou fixaci kanyly pomocí obinadla, tkalounu či speciálním fixačním páskem (20).

Ošetrovatelská péče o pacienta se zajištěnými dýchacími cestami nezahrnuje pouze péči o dýchací cesty, ale také o endotracheální rourku nebo tracheostomickou kanylu samotnou. Při zavedené endotracheální rourky je nutné, aby sestra věnovala pozornost tlaku v manžetě, který měří dvakrát denně a zaznamenává ho do ošetrovatelské dokumentace. Dalším bodem v ošetrovatelské péči o rourku je správnost její polohy, kdy zvýšenou opatrnost je nutno dodržovat hlavně při polohování a rehabilitaci pacienta. Každodenně provádí sestra výměnu fixace rourky a její polohy v rámci celkové hygieny pacienta jako prevenci vzniku dekubitů. Pozor si sestra musí dávat také při odsávání pacienta, kdy musí rukou rourku přidržet, kvůli možnosti jejího posunu či extubace. Stejně jako u endotracheální rourky, je nutné, aby sestra měřila dvakrát denně tlak i v manžetě u tracheostomické kanyly a prováděla o tom záznam do ošetrovatelské dokumentace. Každý den, v rámci celkové hygieny a v případě nutnosti, je potřeba, aby sestra prováděla sterilní převazy tracheostomické kanyly, kdy sestra odsaje pacienta a vyjme původní podložení kanyly, poté provede kontrolu a toaletu okolí ústí kanyly. V případě nutnosti aplikuje sestra léčivé přípravky a oblast opět sterilně podloží. Zvýšenou pozornost věnuje sestra také hygieně ústní dutiny z důvodu stékání obsahu dutiny ústní do prostoru nad manžetou. V ošetrovatelské péči o dýchací cesty je téměř každodenním úkolem sestry odsávání nemocného, které sestra provádí sterilní cévkou, kterou zavede až k místu, kde je pevný odpor, poté cévku povytáhne a za stálého



vytahování cévky odsává pomocí podtlaku. Sestra musí pacienta odsát v co nejkratší době, protože se jedná o nepříjemný výkon. Jestliže je pacient při vědomí, sestra ho poučí, aby při odsávání odkašlával. Dalším výkonem, kterým sestra pečuje o dýchací cesty pacienta, je nebulizace. Nebulizaci sestra provádí na pokyn lékaře směsí, kterou lékař naordinuje a která je poté injekční stříkačkou do nebulizátoru aplikována. Sestra musí před každou nebulizací pacienta odsát a z nebulizátoru odstranit předchozí směs. Pokud je pacient při vědomí, provede sestra jeho edukaci o nebulizační terapii. Sestra musí v návaznosti na tyto úkony neustále monitorovat a zaznamenávat základní životní funkce pacienta, dále zajistit odběr krevních plynů, sledovat frekvenci dýchání, dechovou amplitudu a rytmus dýchání pacienta. V ošetrovatelské péči o dýchací cesty je také nutné, aby sestra sledovala pacientův kašel a vykašlávání, sestra by měla umět zhodnotit sputum a provést o tom záznam do ošetrovatelské dokumentace (20, 25).

Přijímání potravy a tekutin je jednou ze základních potřeb člověka, proto je nutné tuto potřebu naplňovat i při hospitalizaci. Na odděleních intenzivní péče je často indikována umělá enterální výživa, která spočívá v podávání výživy přes sondu do pacientova zažívacího traktu. Typů umělé výživy je více, avšak o tom, jakou výživu pacient dostane, rozhoduje lékař. Před zavedením sondy pro umělou výživu je nutné, aby sestra vždy řádně edukovala pacienta o postupu zavádění a účelu tohoto výkonu. Před výkonem sestra změří sondu od špičky nosu k ušnímu lalůčku a ke konci kosti hrudní. Sestra vyzve pacienta, aby zaujal polohu v polosedě a namraženou sondu potře na jejím konci lokálním anestetikem. Sestra vyzve pacienta k polykání a opatrně zavádí sondu nosní dírkou přes nosohltan do jícnu. Poté, co sestra sondu zavede, je nutné, aby překontrolovala její polohu tak, že do sondy aplikuje 20 ml vzduchu a přitom poslouchá fonendoskopem oblast žaludku. Pokud provedla sestra zavedení správně, měla by slyšet charakteristický zvuk bublání vzduchu. Po překontrolování zavedení provede sestra fixaci sondy pomocí náplasti a zapíše záznam do ošetrovatelské dokumentace. Při každodenní hygieně pacienta dbá sestra na prevenci dekubitů tak, že sondu přelepí. Další možností výživy v intenzivní ošetrovatelské péči je parenterální výživa, kdy jde o výživu, která je aplikována do žilního systému pacienta a to buď do periferního, nebo centrálního žilního řečiště. Periferní žilní řečiště zajišťuje sestra kanylymi různých

průměrů, naopak centrální žilní řečiště zajišťuje lékař pomocí centrálního žilního katétru a sestra mu u tohoto výkonu asistuje. Parenterální výživu podává sestra, po edukaci pacienta, a vždy dle ordinace lékaře (20, 26).

Potřeba vyprazdňování je základní biologickou potřebou člověka, proto je nutné pečovat o tuto potřebu, když tomu pacient není schopný. Vyprazdňování zahrnuje vyprazdňování moče a stolice. Na odděleních intenzivní péče je součástí standardní ošetrovatelské péče zavedení permanentního močového katétru, který odvádí moč za pacienta. U mužů zavádí katétr lékař s asistencí sestry, u žen zavádí katétr sama sestra a to vždy za přísných aseptických podmínek. Před zavedením katétru je samozřejmostí edukace pacienta ze strany sestry. Po zavedení katétru přes močovou trubici do močového měchýře sestra naplní balónek katétru sterilní vodou nebo vzduchem, tak aby v močovém měchýři držel. Zavedením permanentního močového katétru však ošetrovatelská péče nekončí. Sestra musí dále sledovat a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenávat příjem a výdej všech tekutin, barvu, zápach, příměsi a množství moči. Sestra má také na starost udržení minimálního denního příjmu tekutin dva litry, stará se o hygienu pacientova genitálu, dále sleduje a zaznamenává příznaky celkové a místní infekce, základní životní funkce. Sestra provádí vyprazdňování sběrného vaku na moč, dbá na to, aby moč měla spád a aby byl systém sterilní. Vyprazdňování stolice je pro mnoho lidí společenskou tabu a mají problém o případných problémech komunikovat. Nicméně sestra pacienta o způsobech a možnostech vyprazdňování edukuje. Na intenzivních odděleních je potřeba vyprazdňování řešena sestrou v rámci celkové hygieny, případně kdykoliv je to třeba. Pokud je to možné, může pacient používat například podložní mísu na lůžku. Je potřeba, aby sestra k pacientům přistupovala s diskretností, citlivě a s ohleduplným přístupem a pokud je to možné dopřála pacientům při vyprazdňování co největší intimitu (20, 22, 27).

Vlivem onemocnění je snížena míra soběstačnosti daného pacienta, a tak je v některých úkonech odkázán do péče sestry. Avšak sestra by měla za pacienta vykonávat jen ty aktivity, které sám není schopen zvládnout. Sestra by se měla vždy snažit o co největší samostatnost pacienta, protože komplexní péče nemusí působit dobře na jeho psychické zdraví. Jinak je tomu u pacienta, který je v bezvědomí,

v takovém případě sestra obstarává komplexní ošetrovatelskou péči, která zahrnuje celkovou hygienu nemocného dvakrát denně, holení, hygiena dutiny ústní zubním kartáčkem a pastou spolu s glycerinovými štětičkami. Provádí se také hygiena dutiny nosní pomocí štětiček, dále hygiena očí a uší, promazání celého těla. Mytí vlasů a ostříhání nehtů, je obstaráváno sestrou jednou týdně. Po umytí pacienta provede sestra převazy a fixaci tracheostomické či endotracheální kanyly, centrálního či periferního žilního katétru a všech vstupů do těla pacienta. Po těchto úkonech provede sestra s pomocí sanitáře, který přidržuje pacienta na boku, přestlání. Po celkové úpravě lůžka podloží sestra citlivá místa pacientova těla antidekubitárními podložkami (24).

Pacient je vlivem hospitalizace ochuzen o některé svoje návyky, aktivity, přátele, rodinu, změní se prostředí, v kterém se pohybuje, ocitá se mezi cizími lidmi, kteří se starají o jeho intimní záležitosti. Pacient je vystaven obavám, strachu, bolesti a různým omezením, která si vyžaduje péče o jeho zdraví. Tyto situace značně ovlivňují pacientovu psychiku a ten reaguje svými obrannými mechanismy, jakými jsou úzkost, agrese nebo deprese. Sestra, která o pacienta pečuje, se samozřejmě snaží o to, aby byl pacient v co největší psychické pohodě. Sestra se snaží o co největší soběstačnost pacienta, zmenšuje a odstraňuje bolest pomocí ordinovaných léků, studených obkladů, ledováním nebo úlevovou polohou pacienta. Dalším důležitým krokem k dosažení psychické vyrovnanosti pacienta je komunikace, která je základním požadavkem k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. V intenzivní péči je komunikace ztížena některými faktory, které souvisejí s léčbou pacienta. Na intenzivních odděleních se používá pasivní komunikace, která vychází pouze ze strany sestry bez zpětné reakce pacienta, další překážkou v komunikaci je endotracheální rourka nebo tracheostomická kanyla, kdy se sestra snaží odezírat ze rtů, edukuje pacienta o používání abecední tabulky nebo magnetické abecedy, pokud pacient udrží tužku a papír, je možná komunikace i tímto způsobem (20, 21).

### *1.12.1 Specifikace práce sester na jednotkách intenzivní péče*

Jestliže je pacient intoxikován, je vždy doporučena hospitalizace. Hospitalizace a observace pacienta je doporučována i v případech pouhého podezření na otravu toxickou látkou. Hospitalizace každého intoxikovaného pacienta na jednotku intenzivní péče, či anesteziologicko resuscitační oddělení není opodstatněná. Na takto specializovaná oddělení, by měly být přednostně přijímáni pacienti se závažnými intoxikacemi. Směřování pacientů s akutní intoxikací na odpovídající oddělení, by se mělo řídit klinickým stavem pacienta a předpokládanými léčebnými nároky, to znamená vybavenost oddělení přístroji pro monitoraci a podporu základních životních funkcí a dostupnost mimotělních eliminačních metod. Dále jsou na jednotku intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační oddělení přijímáni také pacienti, u kterých prozatím nedošlo ke zhoršování stavu a průběhu intoxikace, ale zhoršování průběhu otravy lze předpokládat (7, 28).

Intoxikovaný pacient je přijímán na anesteziologicko resuscitační oddělení či jednotku intenzivní péče pokud má poruchu vědomí s hodnotou Glasgow Coma Scale pod 12, tudíž chybí reakce na slovní podněty, dalším indikačním kritériem je nutnost zajištění dýchacích cest, křeče, respirační insuficience, srdeční arytmie a systolický krevní tlak pod hodnotu 90 torrů po doplnění objemu krevního řečiště. Dalšími indikacemi pro přijetí intoxikovaných pacientů na tyto oddělení jsou závažné poruchy vnitřního prostředí, výkyvy tělesné teploty, intoxikace psychotropními a kardiotonickými látkami. Na jednotky intenzivní péče jsou také hospitalizováni pacienti s podezřením na suicidální jednání a intoxikovaní návykovými látkami, a to z důvodu nutnosti nepřetržitého dohledu na tyto pacienty (20).

Péče o akutně intoxikované pacienty se nijak v zásadě neliší od léčby jiných kritických stavů. Principem léčby jsou život zachraňující úkony jako zajištění průchodnosti dýchacích cest, podpora nebo náhrada ventilace, doplnění objemu krevního řečiště, léčba poruch srdečního rytmu, léčba křečí, zajištění optimální tělesné teploty, korekce rozvratu acidobazické rovnováhy, zajištění elektrolytové a vodní rovnováhy, udržení stabilních hemodynamických hodnot a samozřejmostí je také kvalifikovaná ošetrovatelská péče (29, 30).

### ***1.14 Komunikace***

Komunikace je nedílnou a velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče. Komunikace v ošetrovatelství je zvláštním projevem sociální komunikace, kdy sestra vystupuje v roli edukátorky a komunikátorky (20).

Komunikace ve zdravotnictví a přímo u intoxikovaných pacientů je velmi náročná a je důležité učit se komunikovat a dodržovat určitá pravidla. Vždy je důležité hovořit klidně, nezvyšovat tón hlasu, sdělení, které chceme pacientovy poskytnout, by mělo být jednoduché a jednoznačné. Je zde také na místě ověřit si, zda pacient pochopil vše, co jsme mu sdělili a zeptat se ho, jestli nemá nějaké otázky či připomínky. Dále by si setra měla dávat pozor na oslovování, vždy je vhodné oslovovat pacienta jménem nebo pane, paní. Sestra by měla být při rozhovoru s pacientem trpělivá, empatická a snažit se vždy přizpůsobit komunikaci nemocnému. Nikdy by neměla zapomenout na zachování mlčenlivosti o všem, co pacient řekne (20, 32).

Aby verbální komunikace, čili komunikace slovní, mohla začít a správně probíhat, je nezbytně nutné, aby sestra i pacient chtěli komunikovat, uměli komunikovat a měli možnost komunikovat, pak může komunikace plnit svůj základní smysl vzájemné výměny informací (20).

Nedílnou součástí v komunikaci mezi sestrou a pacientem je komunikace neverbální. Je to komunikace, která je jednoduše definována jako řeč těla. Neverbální komunikace má pro celkový efekt sdělení významnější vliv a může sestře v ošetrovatelské péči hodně pomoci, je však důležité, aby sestra byla pozorná a vnímavá. Na výrazu tváře, držení těla, vzhledu a celkové úpravě zevnějšku, můžeme pozorovat pacientův zdravotní stav a to jak se pacient cítí, někdy snáze než pouze ze slovního sdělení. Neverbální komunikace je však i velmi důležitá pro pacienty, proto by sestra měla být usměvavá, nebo zaujímat neutrální výraz ve tváři. Měla by být vždy upravená, mluvit k pacientovi čelem a udržovat oční kontakt (32).

U pacientů v bezvědomí používáme formu komunikace pasivní. Komunikace vychází pouze ze strany sestry a je bez zpětné vazby pacienta. Sestra pacienta oslovuje jménem, se vším ho seznamuje. Vysvětluje mu veškeré postupy a vše, co se bude s pacientem dít, během ošetrovatelských výkonů s pacientem komunikuje (20).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

V této kapitole jsou uvedeny cíle této bakalářské práce a výzkumné otázky.

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit, jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry.
2. Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

- 1 Jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry?
2. Jaká je role sestry v péči o intoxikovaného pacienta?
3. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů?

## **3 Metodika práce**

### ***3.1 Použitá metoda***

Pro empirickou část této bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkum byl prováděn pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Seznam otázek, které byly pro rozhovor použity je uveden v příloze této práce (příloha 3). Výzkum byl prováděn v Nemocnici České Budějovice, a. s. v měsíci květnu 2015 po souhlasu hlavní sestry (příloha 4). Výzkum byl prováděn na těchto odděleních: anesteziologicko - resuscitační oddělení, interní oddělení a jednotka intenzivní péče interního oddělení. Z každého oddělení byly dotazovány tři sestry, které zůstávají v anonymitě. Rozhovory byly zaznamenány v písemné podobě do bloku a poté přepsány nepřímým přepisem do programu Microsoft office Word 2007 poté byly rozhovory zaznamenány na kompaktní disk, který je součástí této bakalářské práce jako příloha (příloha 5).

### ***3.2 Výzkumný soubor***

Pro účely tohoto výzkumu byly vybrány oddělení, kde se zdravotnický personál setkává s intoxikovanými pacienty nejčastěji, tedy oddělení ARO, interní oddělení a jednotka intenzivní péče interního oddělení. Vzorek respondentů tvořilo devět sester ze tří oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. Každá sestra byla označena písmenem a číslem (S1 - S9).

## 4 Výsledky výzkumu

Tabulka 1: Údaje o respondentech

Tabulka 1 znázorňuje základní informace o sestřích, s kterými byl realizován rozhovor. Praxe sester na odděleních, která byla pro výzkum vybrána je od 7 měsíců do 27 let. Vzdělání sester je od středoškolského, přes vyšší odborné až po vysokoškolské bakalářské studium.

Respondent	Oddělení	Délka praxe	Celková délka praxe ve zdravotnictví	Dosažené vzdělání
S1 - sestra 1	INT	16 let	16 let	SZŠ
S2 - sestra 2	INT	2,5 roku	7 let	VOŠ
S3 - sestra 3	INT	3 roky	3 roky	VOŠ
S4 - sestra 4	INT - JIP	27 let	28 let	SZŠ + ARIP
S5 - sestra 5	INT - JIP	6 let	7 let	VŠ Bc.
S6 - sestra 6	INT - JIP	5 let	9 let	VŠ Bc.
S7 - sestra 7	ARO	7 měsíců	8 let	VOŠ + ARIP
S8 - sestra 8	ARO	5 let	5 let	VŠ Bc.
S9 - sestra 9	ARO	2 roky	10 let	VŠ Bc.

### 4.1 Kategorizace výsledků

#### 4.1.1 Kategorie 1 Problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta

V této kategorii byl rozhovory se sestrami zjišťován nejčastější ošetrovatelský problém u intoxikovaných pacientů, dále jsme zjišťovali, co je pro sestry v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta nejvíce náročné a jestli je nějaký rozdíl v komunikaci s pacientem při náhodné a suicidní intoxikaci. V rámci této kategorie byly vytvořeny tři



podkategorie a to: Nejčastější ošetrovatelský problém u intoxikovaných pacientů. Náročnost ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů a Podkategorie - Rozdíl komunikace u pacientů s náhodnou a suicidní intoxikací.

### ***Podkategorie 1 Nejčastější ošetrovatelský problém u intoxikovaných pacientů***

Většina sester uvádí, že nejčastějším ošetrovatelským problémem je agresivita a nespolupráce (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9). Sestra z ARO oddělení k této otázce říká: *"Já osobně si myslím, že žádný specifický ošetrovatelský problém oproti jiným pacientům nebývá. O intoxikovaného pacienta se starám jako o každého jiného. Největším ošetrovatelským problémem na ARO oddělení je, podle mého názoru, riziko infekce, které je u všech pacientů, protože u nás na oddělení má každý pacient spoustu vstupů a cévky. Dále je tu také riziko dekubitů a nesoběstačnost"* (S8). Dále se sestry také shodly v odpovědi, že častým ošetrovatelským problémem je rovněž špatná komunikace pacienta (S5, S6, S9).

### ***Podkategorie 2 Náročnost ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů***

V tomto bodu se většina sester shoduje v tom, že nejnáročnější z hlediska ošetrovatelské péče je pro ně samotná komunikace s pacientem (S3, S4, S5, S6, S7, S9). *"Nejvíce náročná je pro mě komunikace s intoxikovaným pacientem, celkově je s takovými pacienty špatná domluva a je velmi obtížné přimět takového pacienta ke spolupráci"* (S4). Jedna z dotazovaných sester uvádí, že s intoxikovanými pacienty je náročná veškerá péče. *"U většiny intoxikovaných pacientů je náročná veškerá péče, z důvodu nespolupráce a odmítání léčby"* (S2). S1 uvádí, že je pro ni nejnáročnější přimět pacienta ke spolupráci a také, aby neopakoval pokus o suicidium. *"U suicidních intoxikací je většinou ošetrovatelská péče celkem náročná, pacient nechce spolupracovat, nekomunikuje, je uzavřený, někdy hrozí dalším pokusem. Někteří naopak svého činu litují, jsou plačtiví, ale přimět pacienta ke spolupráci je pro mě většinou z ošetrovatelského hlediska nejnáročnější. Dále potom uhlídat pacienta, aby neopakoval pokus o suicidium na našem oddělení, kde máme pokoje a nejsou pacienti pod neustálým dohledem"*. (S8) uvádí, že náročnost ošetrovatelské péče je individuální u každého

pacienta. *"Nejvíce náročné? To je individuální, vždycky samozřejmě záleží na konkrétním pacientovi a jeho zdravotním stavu. Přístup je většinou pořád stejný, jako ke kterémukoliv jinému pacientovi, jenom léčba se vždy mění a s tím také sesterské úkoly jako příprava pomůcek, podání léků a podobně. Například nedávno jsme tady na oddělení měli intoxikovanou mladou pacientku betablokátory a to bylo celkem náročné, museli jsme jí totiž několikrát během pár hodin resuscitovat, pořád se nedařilo ji udržet".*

### ***Podkategorie 3 Rozdíl komunikace u pacientů s náhodnou a suicidní intoxikací***

V rozhovorech jsme se ptali sester, jestli vidí nějaký rozdíl v komunikaci u pacienta s náhodnou intoxikací nebo u pacienta s intoxikací v suicidálním úmyslu. Většina sester uvedla, že rozdíl v komunikaci s pacientem s náhodnou intoxikací a pacientem se suicidní intoxikací rozhodně vidí (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9). *"Ano. U náhodné intoxikace se pacienti bojí o své zdraví, jsou vyděšení, bojí se následků, se zdravotnickým personálem většinou komunikují bez problémů. U suicidních intoxikací je komunikace většinou daleko obtížnější, pacienti odmítají léčbu. Často jsou u nás také pacienti, kteří jsou zde pro suicidní intoxikaci již opakovaně"* (S3). (S8) uvádí, že na ARO oddělení se na komunikaci tolik nedbá. *"Na ARO se to moc neřeší. Asi bych se i bál já sám navázat rozhovor na toto téma, je to takový tenký led. Pacient se vás pak třeba začne vyptávat a to je pak těžké co můžete a nemůžete říct, kam až je vaše kompetence. A taky se snažíme předcházet tomu, aby nedocházelo ke zbytečnému rozrušení pacienta, což by mohlo zhoršit jeho zdravotní stav. Co se týče suicidní intoxikace, komunikuje s pacientem spíše psychiatr, ale to se většinou už neřeší u nás na ARO, ale až po přeložení na jiné oddělení".*

#### ***4.1.2 Kategorie 2 Role sestry v péči o intoxikované pacienty***

V této kategorii jsme zjišťovali, jaké jsou role sestry v péči o intoxikované pacienty. Tato kategorie byla dále rozdělena do šesti podkategorií.

### ***Podkategorie 1 Role sestry v odstranění toxické látky***

Sestry z interního oddělení uvádějí, že jejich role v eliminaci toxické látky spočívá v podávání léků dle ordinace lékaře a dále pak v dohlížení na pacientovi vitální funkce a edukaci o eliminačních metodách, které budou pacientovi prováděny (S1, S3). (S2) dále uvádí, že na interní oddělení jsou intoxikovaní pacienti překládáni z interní JIP, kde jsou již zajištěni. *"Na naše oddělení jsou většinou překládáni pacienti z interní JIP, kde jsou již zajištěni. Naše role je potom podávat pacientovi léky dle ordinace lékaře, případně antidota, aby došlo k co nejmenšímu poškození organismu"*.

Všechny sestry z interní JIP se shodují, že jejich hlavní roli v eliminaci toxických látek z organismu pacienta je v první řadě asistence lékaři (S4, S5, S6). Dále pak sestry (S4, S6) shodně uvedli, že jejich činností je rovněž zavádění permanentního močového katétru a nasogastrické sondy.

Sestry z ARO se shodují v tom, že základem je zajištění odběrů na toxikologii, dále zajištění a monitorování vitálních funkcí pacienta, zavedení nasogastrické sondy, provedení výplachu žaludku a samozřejmě řídit se pokyny lékaře (S7, S9). (S8) uvádí, že hlavním úkolem je edukovat pacienta o výkonu, který ho čeká, příprava pomůcek a monitorace pacienta. *"V první řadě musím samozřejmě pacienta edukovat, seznámit ho s výkonem, který ho čeká a vysvětlit mu, co vše se bude dít. Dále je to pak příprava pomůcek, celková kontrola pacienta během celé eliminace a záznam do dokumentace"*.

### ***Podkategorie 2 Uspokojování potřeb intoxikovaného pacienta***

Většina sester uvádí, že není vždy možné uspokojit všechny potřeby pacienta, nicméně se o to vždy snaží (S1, S2, S3, S6, S7, S8). K uspokojování potřeb intoxikovaného pacienta dále sestry (S1, S3) uvádí, že uspokojování potřeb záleží hodně na samotném pacientovi, na jeho komunikaci a spolupráci. *"Vždy to možné není. Někteří intoxikovaní pacienti mají jako hlavní potřebu abych jim obstarala alkohol a cigarety. Ale jinak se snažím pacientovi potřeby uspokojovat, hlavně ty základní jako je potřeba vyprazdňování, hygiena, stravování - vše zase hodně záleží na komunikaci a empatii"*. (S4) uvádí, že se snaží vyhovět nemocnému, hlavně dbá na pitný režim pacienta, vylučování, podávání podložní mísy a celkově udržování pacienta v čistotě. (S5) má k

věci trochu negativní postoj. *"Především se snažím uspokojit svou potřebu přežít, nedostat pěstí nebo kopanec a zachovat si zdravý rozum"*. Poslední sestra (S9) říká, že: *"Potřeby intoxikovaného pacienta zajišťuji jako u kteréhokoliv jiného pacienta hospitalizovaného na oddělení ARO. Dostatečná hygiena, dostatek výživy, snažím se vždy zajistit pacientovi komfort, aby mu nebyla zima nebo teplo"*.

### ***Podkategorie 3 Specifika komunikace u intoxikovaných pacientů***

V této podkategorii se sestry shodují v tom, že v komunikaci s intoxikovaným pacientem je důležité, aby pacient nebyl zbytečně rozrušován, s pacientem mluví klidně a dbají na to, aby jejich komunikace a jednání s pacientem byly vždy na profesionální úrovni (S1, S2, S3, S4, S7). Sestra z interní JIP (S5) uvádí, že je důležité i v komunikaci myslet na svoji bezpečnost. *"Důležité je být asertivní a pokud je pacient agresivní, udržovat si dostatečnou vzdálenost"*. Dvě sestry se shodují (S6, S8), že v komunikaci s intoxikovaným pacientem v podstatě žádná specifika nejsou, dále se zmiňují o tom, že důležitá v komunikaci je i neverbální stránka. Shodují se také v tom, že pacient by se neměl příliš rozrušovat a zavádět na téma intoxikace řeč. *"Myslím si, že žádná specifická komunikace u intoxikovaného pacienta není. Záleží samozřejmě zase na stavu pacienta a na jeho individualitě, ale komunikuji s intoxikovaným pacientem stejně jako s jinými pacienty. Samozřejmě komunikace i zde na ARO je velmi důležitá, pacienti jsou na nás velmi závislí. Každý výkon a vše co se s pacientem bude dít, mu vysvětlím. Velmi důležitá je také komunikace nonverbální. Když s pacientem mluvím, dotknu se například jeho ruky, aby věděl, že mluvím na něj. Bavím se ale s pacientem spíš čistě v rámci ošetrovatelské péče. Jak už jsem říkal předtím, nesnažím se ho rozrušit a proto se ho na příčinu, důvody intoxikace neptám. Pokud se pacient začne ptát, nebo sám přivede řeč na toto téma, snažím se ho většinou spíše jen vyslechnout, popřípadě utěšit, povzbudit. Když se k nám na ARO přijdou po vyléčení pacienti podívat, často říkají, že si vůbec nic nepamatují, jediné co si pamatují, jsou hlasy"*(S8). Sestra z ARO (S9) říká, že: *"U nás jsou většinou hospitalizováni pacienti, kteří mají změněné vědomí, poruchu vědomí nebo jsou pod vlivem analgosedace, takže se tu komunikace úplně neřeší. Po stabilizaci*

*vitálních funkcí a nabytí vědomí, překládáme pacienta na interní či psychiatrické oddělení".*

#### ***Podkategorie 4 Edukace pacienta při propuštění do domácí péče***

V oblasti edukace pacienta při propouštění do domácí péče se dvě sestry shodují (S1, S2) v tom, že pacienta poučí o nutnosti pravidelného užívání předepsaných léků, dodržování opatření stanovených lékařem a pokud by měl pacient problémy, poradí mu, kde vyhledat pomoc. Dále sestry hojně edukují pacienty v oblasti prevence (S1, S3, S4, S6). *"Pacienta a rodinu edukujeme hlavně v oblasti prevence".* Sestra z interní JIP (S5) pacienty nijak needukuje, uvádí, že: *"Pacient buď uteče, čili mě jeho edukace nijak netrápí, nebo jde na psychiatrii, kde ho jistě hojně edukují".* Sestry z ARO oddělení (S7, S8, S9) se shodují v tom, že pacienty needukují, protože od nich z oddělení pacienti nejsou do domácí péče propouštěni. Nicméně, kdyby pacienta přece jen edukovaly dokázaly by si s tím poradit. *"Z oddělení ARO většinou pacienty do domácí péče nepropouštíme, takže edukaci dostává na starost oddělení, kam je pacient přeložen, a z kterého je následně propuštěn. Pokud by ale přece jen došlo z našeho oddělení k propuštění pacienta do domácí péče, je nutné, aby v případě, že pacient nemá rodinu nebo nějaké zázemí, kontaktovat například sociálního pracovníka, případně zajistit další péči u psychologa nebo psychiatra, aby nedocházelo k opakovaným pokusům intoxikace, a to zejména v případě suicidálních intoxikací"* (S7).

#### ***Podkategorie 5 Zapojení rodiny intoxikovaného pacienta do ošetrovatelské péče***

Sestry (S1, S4) uvádí, že do ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta je rodina zapojena pouze v případě, pokud si to pacient přeje, obě sestry se také shodují, že pokud pacient chce, dostává rodina veškeré informace od lékaře. S2, S3, S6 a S7 uvedli, že rodina je pro pacienta oporou a její zájem je v ošetrovatelské péči vítán. S5 a S6 se shodují v tom, že od rodiny také získávají o pacientovi informace, k tomuto S5 uvádí: *"S rodinou pokud, za pacientem přijde a má zájem, komunikujeme a někdy od rodiny získáme o něco validnější informace než od nemocného. O jiném zapojení z pohledu sestry nemůže být řeč".* Dále sestry (S8, S9) uvedly, že na ARO není do

ošetřovatelské péče rodina nijak zapojována. S8: *"Jediné co já od rodiny musím zjistit je kontakt na osobu, kterou budeme informovat o zdravotním stavu pacienta, pacientův zaměstnavatel a obvodní lékař. Jinak zde na ARO se do ošetřovatelské péče rodina příliš nezapojuje. Vše ostatní řeší s příbuznými lékaři"*.

#### ***Podkategorie 6 Hodnocení pracovního dne z pohledu sestry při ošetřovatelské péči o intoxikovaného pacienta***

Tři sestry z výzkumného vzorku (S1, S4, S9) se shodují v tom, že fyzická náročnost dne v péči o intoxikovaného pacienta se víceméně nemění, uvádějí, že při ošetřovatelské péči o intoxikovaného pacienta se mění pouze psychická zátěž. S3: *"Já si myslím, že po fyzické stránce se náročnost dne nemění. Pokud může být řeč o změně náročnosti, pak se jedná o náročnost psychickou. Jinak je intoxikovaný pacient stejně náročný jako kterýkoliv jiný pacient"*. Další sestry (S2, S3, S5, S6) k této otázce uvedly, že náročnost dne v péči o intoxikovaného pacienta záleží na pacientovi samotném, pokud nespolupracuje a je například agresivní, hodnotí sestry tento den jako velmi náročný. S2: *"Záleží na daném pacientovi, zda spolupracuje nebo ne. Pokud intoxikovaný pacient odmítá veškerou péči, je pracovní den velmi náročný"*. Pouze dvě sestry nevnímají pracovní den, kdy pečují o intoxikovaného pacienta, jako náročný (S7, S8). S8: *"Péče o intoxikovaného pacienta je pro mě osobně jednodušší a méně náročná než třeba péče o polytraumatizovaného pacienta"*.

#### ***4.1.3 Kategorie 3 Specifika ošetřovatelské péče o intoxikovaného pacienta***

##### ***Podkategorie 1 Specifika ošetřovatelské péče u intoxikovaného pacienta***

V rozhovorech sestry uvedly, že specifikem v ošetřovatelské péči o intoxikovaného pacienta je zajištění pacienta, proti dalšímu ublížení nebo intoxikaci, jinak se ošetřovatelská péče nemění (S1, S3, S5, S6). K tomuto navíc S5 uvádí, že důležitou součástí ošetřovatelské péče je také ochrana ošetřovatelského personálu před útokem pacienta. S2 zmiňuje ve specifikách ošetřovatelské péče zvýšený dohled na pacienta, důležitost komunikace a profesionální přístup k pacientovi. S4 se shoduje s S2 v tom, že

s pacientem vždy jedná profesionálně, snaží se pacienta udržet v psychické pohodě, zamezit jeho rozrušení a nevyvolávat konflikt, dále se o intoxikovaného pacienta stará jako o každého jiného. Sestry z ARO (S7, S9) uvádějí, že ošetrovatelská péče záleží na typu intoxikace, ale poukazují na tři body, které jsou v ošetrovatelské péči stále a neměnné. S9: *"Záleží na daném typu intoxikace. Ale tři body jsou vždycky stálé, jedná se o zajištění vitálních funkcí, zamezení dalšímu vstřebávání toxické látky do organismu a odstranění toxických látek z organismu pomocí výplachu žaludku, dialýzy, podávání antidot, podávání diuretik"*. S8 se ke specifikům ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta vyjadřuje takto: *"Myslím si, že žádná specifika v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta u nás na ARO oddělení nejsou"*.

## **Podkategorie 2 Rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při náhodné a suicidní intoxikaci**

Většina sester (S1, S2, S3, S6) uvedla, že největší rozdíl v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta, náhodně nebo v suicidálním úmyslu, bývá v komunikaci, spolupráci, agresivitě a nechuti pacienta k léčbě. S6: *"U suicidních intoxikací si musíte většinou dávat větší pozor sama na sebe, pacienti bývají často agresivní a sprostí, nespolupracují a nekomunikují"*. Sestry (S4, S7) se shodují v tvrzení, že jak u náhodné intoxikace, tak u suicidální intoxikace se musí vždy zajistit žilní vstup, permanentní močový katétr, nasogastrická sonda, odběry na toxikologii a dodržovat ordinace lékaře. S4 ještě uvedla, že v případě suicidální intoxikace je rozdíl v ošetrovatelské péči takový, že se více dbá na bezpečnost v lůžku a čistotu. Dále uvedly sestry (S5, S8, S9), že si myslí, že žádná specifika v ošetrovatelské péči o intoxikované pacienty nejsou. S9 k tomuto dále uvedla, že: *"Ošetrovatelská péče se u intoxikovaných víceméně neliší, jen u suicidních intoxikací je důležitý neustálý dozor, psychologická a psychiatrická péče"*. S8: *"U nás na oddělení si myslím, že rozdíl z hlediska ošetrovatelské péče není. Já si myslím, že u intoxikovaných pacientů až tak na ošetrovatelské péči nezáleží, tady je stěžejní péče lékařská"*.

### **Podkategorie 3 Vše co sestra sleduje a zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace u intoxikovaného pacienta**

Sestry z interního oddělení se shodují v odpovědích a uvádějí, že u intoxikovaných pacientů zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace fyziologické funkce, stav vědomí, podávání léků, vyprazdňování, výsledky odběrů, celkový výdej a příjem tekutin. S1 a S2 k tomuto navíc uvádějí, že do ošetrovatelské dokumentace ještě zaznamenávají EKG a spolupráci pacienta. Sestry z interní JIP uvedly, že u intoxikovaných pacientů zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace každou hodinu krevní tlak, saturaci, stav vědomí, podávání kyslíku, odběry, příjem a výdej tekutin po šesti hodinách (S4, S5, S6). S4 a S6 uvedly ještě natáčení a zaznamenávání hodnot EKG a S6 svoji odpověď rozšířila ještě o záznam kurtování pacienta, komunikaci a jeho celkovou spolupráci. Všechny sestry z ARO (S7, S8, S9) dotazované v rozhovoru uvedly, že stěžejní je pro ně kompletní sledování základních životních funkcí. Dále uváděly, že zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace EKG, stav zornic, stav vědomí, laboratorní hodnoty, celkový příjem a výdej tekutin, podávání léků a výživy.



#### 4.2 Shrnutí výsledků výzkumu

V této podkapitole byly pro přehlednost výsledků výzkumu vytvořeny schémata s výsledky. Tato schémata byla vytvořena v programu Xmind 6. Z celého výzkumného šetření pak byly vybrány pouze některé, podle nás nejzajímavější kategorie či podkategorie.

Schéma 1 - Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

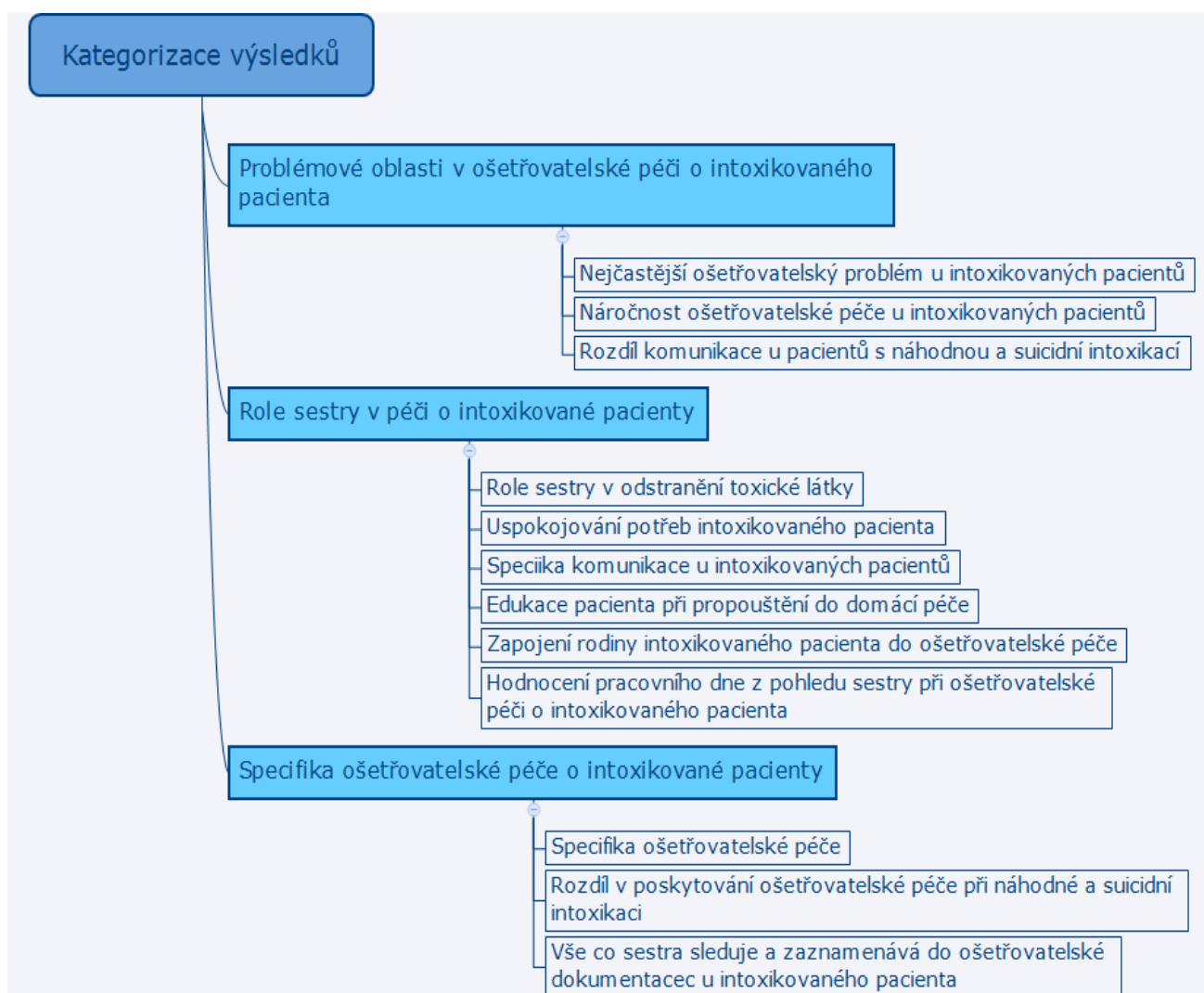
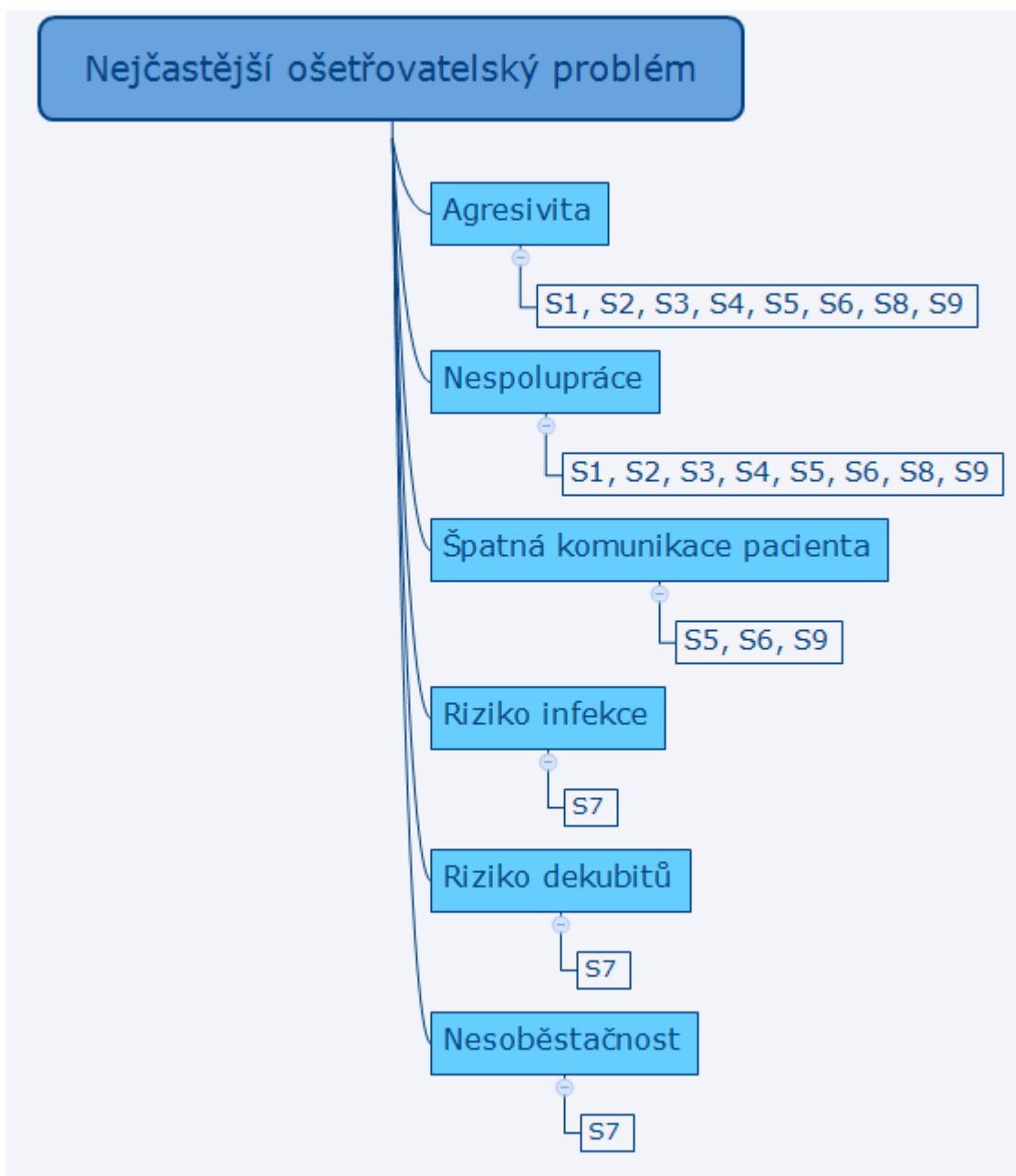


Schéma 2 - Nejčastější ošetrovatelský problém u intoxikovaných pacientů



**Schéma 3 - Náročnost ošetrovateľskej péče u intoxikovaných pacientů**

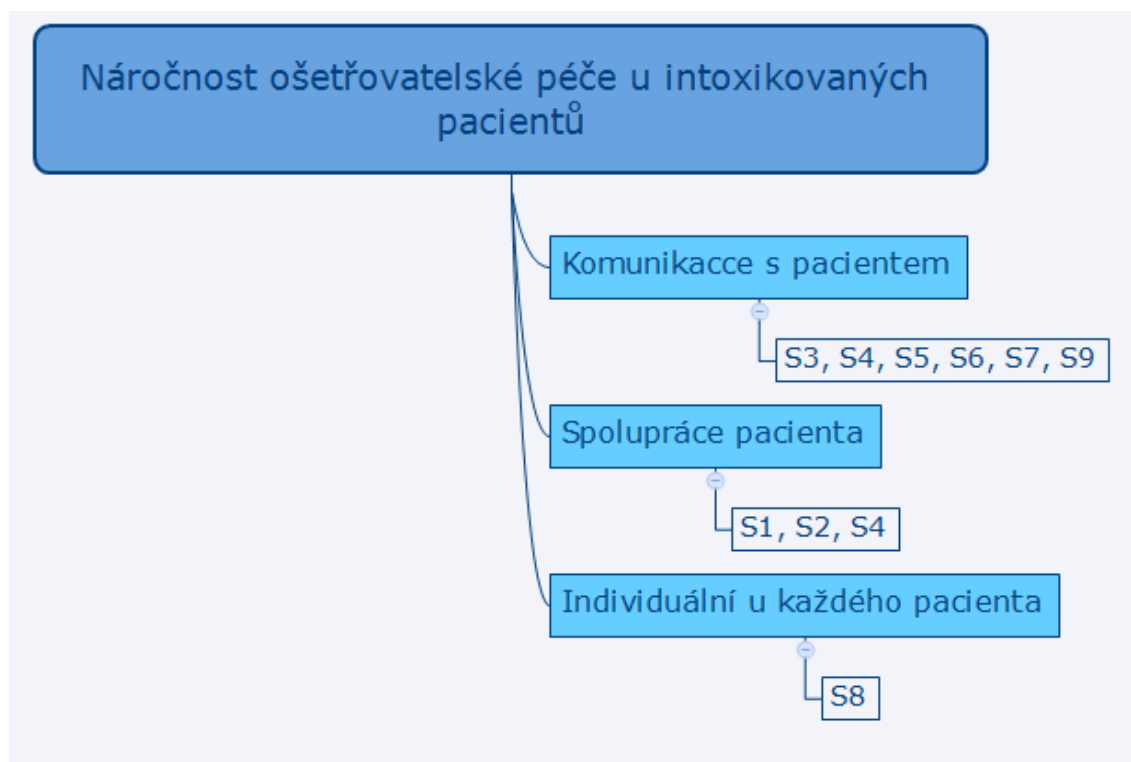
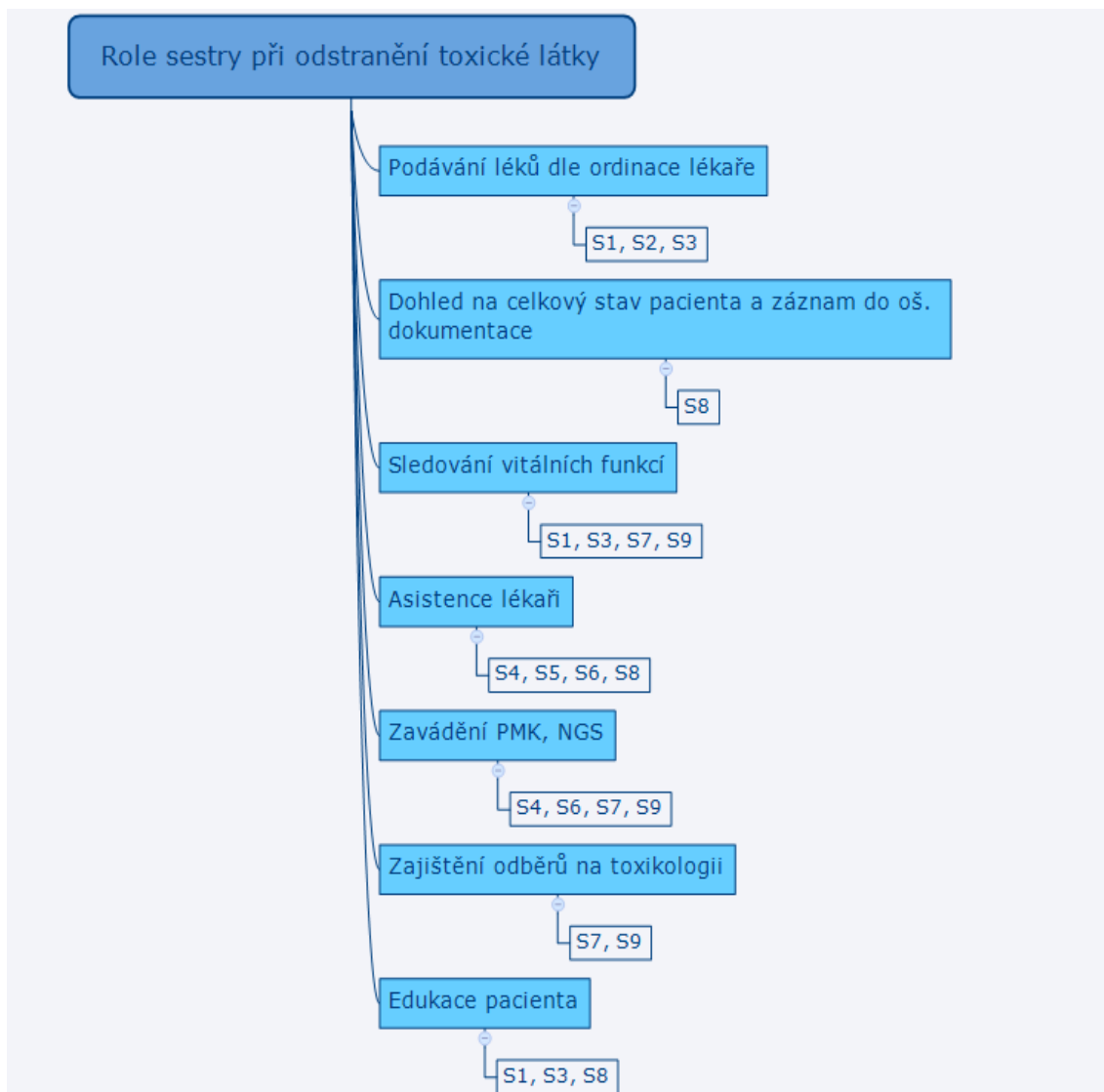
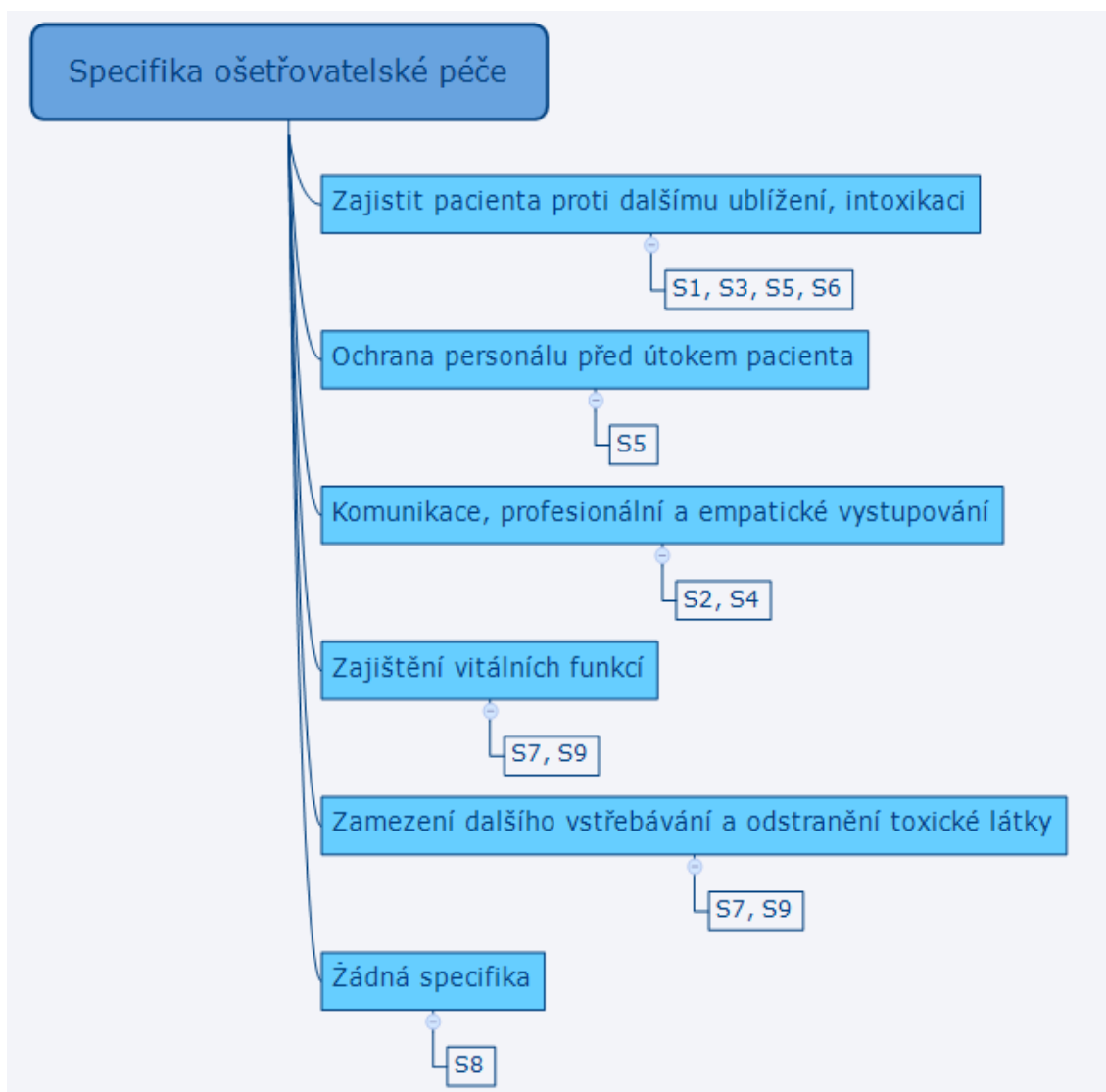


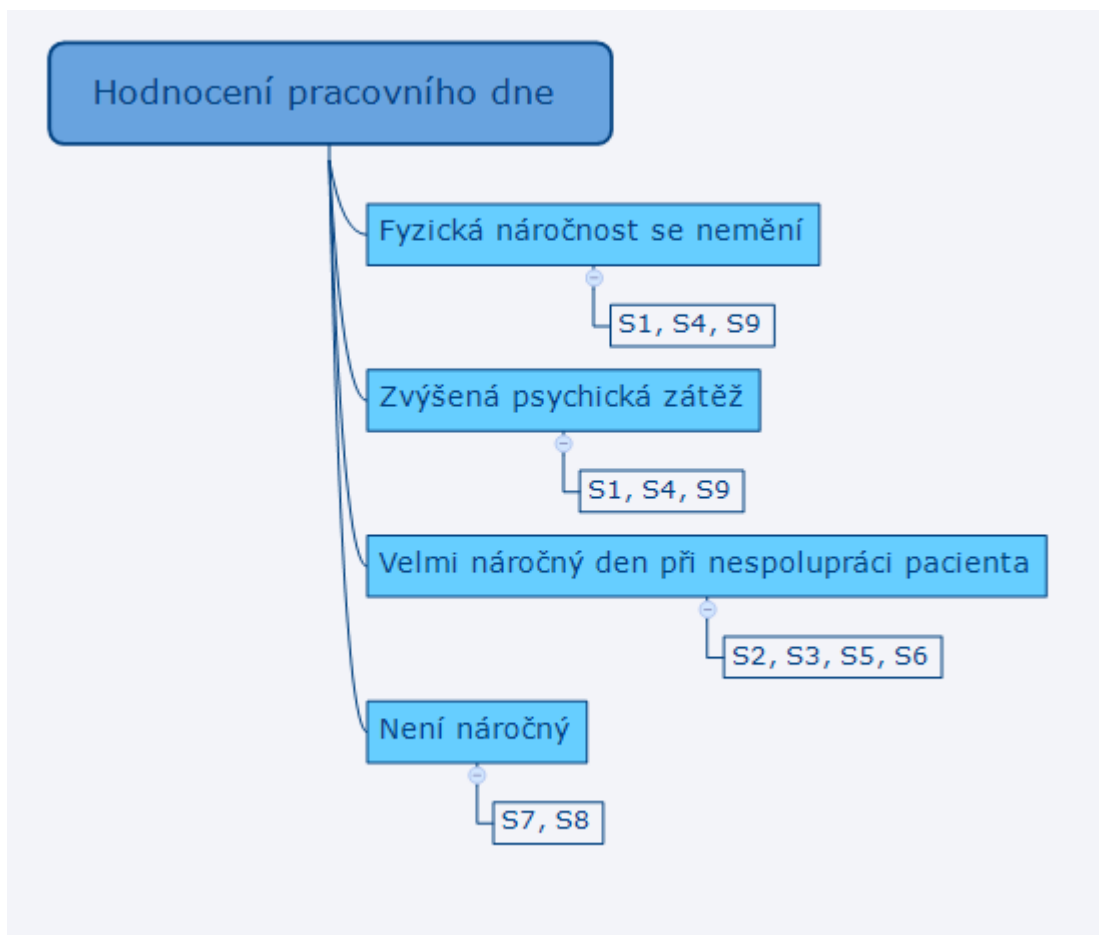
Schéma 4 - Role sestry při eliminaci toxické látky pomocí eliminačních metod



**Schéma 5 - Specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaného pacienta**



**Schéma 6 - Hodnocení pracovního dne z pohledu sestry při ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta**



## 5 Diskuze

V současné době stále roste počet toxických látek, s kterými běžný člověk přijde denně do styku, aniž by si tuto skutečnost uvědomoval. Jak vyplývá ze statistik toxikologického informačního střediska (33), má incidence intoxikací za posledních pět let tendenci k růstu.

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. V práci jsme se zaměřily na problematické oblasti v ošetrovatelské péči a specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. V rámci výzkumného šetření byly provedeny rozhovory na oddělení ARO, interní JIP a interní oddělení. Výzkumný vzorek tvořilo devět sester, tři z každého oddělení, s různou délkou praxe a různým stupněm dosaženého vzdělání.

Na základě prostudované literatury byly pro empirickou část stanoveny dva cíle. Zjistit jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry a zjistit jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. Pro ověření těchto cílů, byly vytvořeny tři výzkumné otázky. 1. Jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry? 2. Jaká je role sestry v péči o intoxikovaného pacienta? 3. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů?

Úvodní otázky rozhoru byly zaměřeny na identifikační údaje sester. Tyto otázky zjišťovaly, na jakém oddělení sestry pracují, jakou mají praxi na daném oddělení, celkovou praxi ve zdravotnictví a jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Odpovědi sester na tyto otázky byly zpracovány do Tabulky č. 1. z Myslím si, že kvalitní péče poskytují sestry jak se střední školou, tak s vyšší odbornou či vysokou školou, ale důležitou složkou je další vzdělávání v rámci zaměstnání. Kapounová (2007) říká, že základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání je celoživotní vzdělávání, jelikož se medicína a ošetrovatelství velmi rychle rozvíjejí a dochází stále ke změnám v poskytování péče, je tedy nutné si tyto změny osvojit a převést je do praxe.

V další části rozhovoru jsme se zabývaly dvěma otázkami. Jak často se sestry setkávají na odděleních, kde pracují s intoxikovanými pacienty a s jakým druhem se

nejčastěji setkávají. Sestry uváděly, že se s intoxikovanými pacienty setkávají v průměru dvakrát až čtyřikrát týdně. Incidence akutních otrav má tendenci k růstu v návaznosti na počet látek, kterými se lze v dnešní době intoxikovat, a které lze bez větších problémů opatřit. Všechny dotazované sestry shodně uváděly, že nejčastější intoxikací, s kterou se na jejich oddělení setkávají je zcela rozhodně intoxikace v první řadě léky a hned v zápětí alkoholem, nebo kombinace těchto dvou intoxikací, jak uvádí S4 *"Úplně nejčastěji jsou na našem oddělení kombinace léků s alkoholem nebo samostatná alkoholová či léková intoxikace"*. Tato odpověď přímo koresponduje se statistikou toxikologického informačního střediska (33), z které vyplývá, že nejčastější skupinou intoxikovaných pacientů, jsou pacienti intoxikovaní léky, a to jak v suicidním úmyslu, tak náhodném požití či léčebném omylu. Častou příčinou jsou také intoxikace léky v kombinaci s alkoholem a intoxikace alkoholem samotným.

V první kategorii byl řešen v rozhovoru se sestrami nejčastější ošetrovatelský problém u intoxikovaných pacientů. Většina sester, kromě S7, se shoduje v tom, že nejčastějším ošetrovatelským problémem u intoxikovaných pacientů je jejich nespolupráce, špatná komunikace a častá agresivita ze strany pacienta. S5 k této otázce uvedla *"Za sebe mohu říct, že nejčastějším problémem u intoxikovaných pacientů je jejich nespolupráce a častá agresivita"*. Myslím si, že agresivita je často spojená s hlavně s intoxikací alkoholem. Jak uvádí Křivohlavý (2009) existuje vztah mezi alkoholem a agresivitou, tento vztah byl prokázán jak v laboratoři, tak v praxi. Obecně platí, že lidé ovlivnění alkoholem získávají pocit nadřazenosti.

Další podkategorie se zabývala náročností ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta. Sestry odpovídaly na otázku, co je pro ně v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta nejnáročnější. Většina sester se v této otázce shodla, že největším ošetrovatelským problémem je komunikace s pacientem, který často nespolupracuje, je agresivní nebo odmítá léčbu. S4 se k tomuto tématu vyjádřila takto *"Nejvíce náročná je pro mě komunikace s intoxikovaným pacientem, celkově je s takovými pacienty špatná domluva a je velmi obtížné přimět takového pacienta ke spolupráci"*. Jak uvádí Kapounová (2007) komunikace je prvním předpokladem fungování mezilidských vztahů a jeho přímým projevem. Zvláštním projevem sociální



komunikace je komunikace v ošetrovatelství, kdy sestra vystupuje v roli komunikátorky a edukátorky. Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace nelze. K tomu, aby verbální komunikace mezi sestrou a pacientem mohla začít, probíhat a plnit svůj základní smysl, musí obě strany chtít, umět a mít možnost komunikovat. Dále Kapounová (2007) uvádí, že ani ta nejlepší, nejšikovnější a nejrychlejší sestra nedosáhne při ošetrování nemocných takového úspěchu, jakého by chtěla, pokud neumí správně komunikovat se svými pacienty. Další sestra, S2, zastává postoj, že v případě intoxikovaných pacientů je obtížná veškerá péče. S2: *"U většiny intoxikovaných pacientů je náročná veškerá péče, z důvodu nespolupráce a odmítání léčby"*.

Poslední částí byla podkategorie s názvem rozdíl komunikace u pacientů s náhodnou a suicidní intoxikací. V této části jsme zjišťovali, jestli sestry zaznamenávají rozdíl v komunikaci u náhodných intoxikací a suicidních intoxikací. K této otázce se sestry vyjadřovaly ve většině rozhovorů shodně. Sestry uváděly, že rozdíl v komunikaci u pacientů s náhodnou a suicidní intoxikací rozhodně vidí. S3 uvedla: *"U náhodné intoxikace se pacienti bojí o své zdraví, jsou vyděšení, bojí se následků, se zdravotnickým personálem většinou komunikují bez problémů. U suicidních intoxikací je komunikace většinou daleko obtížnější, pacienti odmítají léčbu. Často jsou u nás také pacienti, kteří jsou zde pro suicidní intoxikaci již opakovaně"*. Jiný názor měla pouze sestra z ARO S8, kdy tato se k otázce vyjádřila: *"Na ARO se to moc neřeší. Asi bych se i bál já sám navázat rozhovor na toto téma, je to takový tenký led. Pacient se vás pak třeba začne vyptávat a to je pak těžké co můžete a nemůžete říct, kam až je vaše kompetence. A taky se snažíme předcházet tomu, aby nedocházelo ke zbytečnému rozrušení pacienta, což by mohlo zhoršit jeho zdravotní stav. Co se týče suicidní intoxikace, komunikuje s pacientem spíše psychiatr, ale to se většinou už neřeší u nás na ARO, ale až po přeložení na jiné oddělení"*.

V druhé kategorii jsme se zabývali rolí sestry v péči o intoxikované pacienty. Tato kategorie byla rozdělena do šesti podkategorií. V první podkategorii jsme zjišťovaly, jakou roli má sestra v eliminaci toxických látek pomocí eliminačních metod. Odpovědi sester na tuto otázku byly rozděleny do tří okruhů podle oddělení, na

kterých sestry pracují. Sestry z interního oddělení se shodly v tom, že jejich role v eliminaci toxické látky spočívá v podávání léků dle ordinace lékaře, dohlížení na pacientovi životní funkce a edukaci pacienta o eliminačních metodách, které ho čekají. Druhý okruh tvořily sestry z interní JIP, kdy tyto sestry se shodovaly v odpovědích, že jejich role v eliminaci toxických látek je taková, že v první řadě asistují lékaři a dále pak zavádějí nasogastrickou sondu a močový katétr. Na ARO oddělení měly sestry shodný názor, a to takový, že základem je zajištění odběrů na toxikologii, zajištění a monitorování vitálních funkcí pacienta, edukace, zavedení nasogastrické sondy, provedení výplachu žaludku, příprava pomůcek, a jako na všech odděleních se řídí pokyny lékaře. Můj názor je takový, že čím je oddělení specializovanější a poskytuje intenzivní péči, tím je kladen větší nárok na sestry v oblasti eliminačních metod. Já osobně si myslím, že sestra na ARO oddělení by měla umět rozhodně lépe zvládat eliminační metody, nežli sestra z interního oddělení.

V další podkategorii, s názvem uspokojování potřeb intoxikovaného pacienta, byla řešena otázka, jakým způsobem se sestry snaží uspokojovat potřeby intoxikovaného pacienta. Trachtová (2001) říká, že sestra by měla být empatická, měla by znát všechny pacientovy potřeby, pokud je pacient při vědomí a komunikuje, měla by se sestra snažit pacienta trpělivě vyslechnout, popřípadě mu poradit, dále by sestra měla podporovat pacienta v jeho soběstačnosti a snažit se uspokojovat jeho potřeby. Mezi základní potřeby pacienta, o které sestra během jeho hospitalizace musí pečovat, patří: potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a potřeba psychické vyrovnanosti. Většina sester se však shoduje na tom, že ne pokaždé jde uspokojit všechny potřeby pacienta, ale vždy se o to snaží. Dále sestry uvedly, že to, jak budou pacientovi potřeby uspokojovány, záleží také hodně na pacientovi samotném. S1 se k této otázce vyjádřila takto: *"Vždy to možné není. Někteří intoxikovaní pacienti mají jako hlavní potřebu abych jim obstarala alkohol a cigarety. Ale jinak se snažím pacientovi potřeby uspokojovat, hlavně ty základní jako je potřeba vyprazdňování, hygiena, stravování - vše zase hodně záleží na komunikaci a empatii"*. K uspokojování potřeb pacienta má odlišný názor S5: *"Především se snažím uspokojit svou potřebu přežít, nedostat pěstí nebo kopanec a zachovat si zdravý rozum"*. Poslední sestra, S8, uvádí: *"Potřeby*

*intoxikovaného pacienta zajišťují jako u kteréhokoliv jiného pacienta hospitalizovaného na oddělení ARO*".

Další oblast, které byla věnována pozornost, jsou specifika komunikace u intoxikovaných pacientů. Pět z dotazovaných sester (S1, S2, S3, S4, S7) uvádělo, že v komunikaci s intoxikovaným pacientem je důležité, aby pacient nebyl zbytečně rozrušován, s pacientem je potřeba mluvit klidně a dbát na to, aby jejich komunikace a jednání s pacientem byly vždy na profesionální úrovni. S5 k této otázce uvedla, že i v případě komunikace je třeba myslet na sebe a svoji bezpečnost: *"Důležité je být asertivní a pokud je pacient agresivní, udržovat si dostatečnou vzdálenost"*. Další dvě sestry (S6, S8) sdílejí názor, že v komunikaci s intoxikovaným pacientem v zásadě žádná specifika nejsou, ale na druhou stranu zmiňují důležitost neverbální komunikace. Jedna z těchto sester (S8) udává: *"Velmi důležitá je také komunikace nonverbální. Když s pacientem mluvím, dotknu se například jeho ruky, aby věděl, že mluvím na něj. Bavím se ale s pacientem spíš čistě v rámci ošetrovatelské péče"*. Já osobně zastávám názor, že komunikace je nedílnou složkou ošetrovatelské péče a to jak verbální, tak neverbální. Tento názor potvrzuje Kapounová (2007), kde píše, že kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace poskytovat nelze, dále zde uvádí, že neverbální komunikací je předávána část sdělení, a to 70 - 90%.

V podkategorii edukace pacienta při propouštění do domácí péče jsme zjišťovaly, jak sestry edukují pacienta propouštěného z hospitalizace po intoxikaci. Sestry (S1, S3, S4, S6) shodně uvedly, že intoxikované pacienty hlavně edukují v oblasti prevence. Jedna ze zmíněných sester (S6) udává: *"Pacienta a rodinu edukujeme hlavně v oblasti prevence"*. Další sestra (S5) má s intoxikovanými pacienty spíše negativní zkušenosti, protože uvádí, že: *"Pacient buď uteče, čili mě jeho edukace nijak netrápí, nebo jde na psychiatrii, kde ho jistě hojně edukují"*. Sestry z oddělení ARO udávaly shodně odpověď, že od nich z oddělení se do domácí péče nepropouští, tudíž oni pacienta nijak needukují, tento úkol tak spadá na oddělení, kam je pacient přeložen. Já sdílím názor se sestrami, které edukují pacienty po intoxikaci hlavně v oblasti prevence intoxikací. Asi nemá velký přínos snažit se edukovat v oblasti prevence pacienty, kteří o to nestojí a nezajímá je to, nebo ty, kteří byli hospitalizováni pro intoxikaci se sebevražedným

úmyslem. Myslím si však, že otázka prevence je v případě intoxikací velmi důležitá a to hlavně u rodičů dětských pacientů a u seniorů. Je dobré doporučit rodičům, aby si například v garáži nepřelévali různé chemikálie do lahví od nápojů, nebo aby si léky schovaly na místo, kam se děti nemohu dostat. Seniorům bych doporučila například užívání lékovek pro zpřehlednění dávkování léků. Ševela (2011) ve své knize uvádí, že je nutné stále zdůrazňovat, aby rodiče uchovávali potenciálně toxické látky mimo dosah dětí. Tyto látky by se neměly uchovávat v lahvích, ve kterých se prodávají nápoje.

V další podkategorii jsme se věnovaly otázce zapojení rodiny intoxikovaného pacienta do ošetrovatelské péče. K této otázce sestry (S2, S3, S6, S7) uváděly, že rodina je pro pacienta, kdy čelí takovéto životní situaci, jistě oporou a její zájem v ošetrovatelské péči je vítán. Dále se také sestry (S5, S6) shodovaly v tom, že od rodiny často získávají o pacientovi potřebné informace. S5 udává: *"S rodinou, pokud za pacientem přijde a má zájem, komunikujeme a někdy od rodiny získáme o něco validnější informace než od nemocného"*. Sestry z ARO pak uváděly, že na jejich oddělení není rodina do ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta nijak zapojována. Dle mého názoru je rodina důležitou součástí života každého z nás a v takových situacích, jakou je například hospitalizace je pro každého z nás jistě cenou a váženou oporou. Jak píše Kapounová (2007), nemoc nikdy nezasáhne jenom pacienta, ale také celou jeho rodinu. Rodina nemocného poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu a přímo se podílí na péči o pacienta psychickou a fyzickou podporou, ochranou nemocného, přípravou domácího prostředí nebo zajištěním další potřebné péče.

V posledním bodě této kategorie byla sestrami hodnocena náročnost pracovního dne při ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta. Sestry (S2, S3, S5, S6) uvedly, že den, kdy mají na starost intoxikovaného pacienta, hodnotí jako velmi náročný, pokud pacient nespolupracuje, je agresivní a odmítá péči. Sestry (S1, S4, S9) dále poukázaly na to, že v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta se fyzická námaha příliš nemění, jediné co se mění je podle nich námaha psychická. Další dvě sestry (S7, S8) uvedly opačný názor, kdy jedna z nich (S8) odpověděla takto: *"Péče o intoxikovaného pacienta je pro mě osobně jednodušší a méně náročná než třeba péče o*

*polytraumatizovaného pacienta". Z výpovědí sester tedy vyplývá, že jedním ze specifík ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta je zvýšená psychická náročnost, kterou vnímá 7 z 9 dotazovaných sester.*

Poslední kategorií byla specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů, kde byly vytvořeny tři podkategorie: specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaného pacienta, rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při náhodné a suicidní intoxikaci a vše, co sestra sleduje a zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace u intoxikovaného pacienta. V první podkategorii jsme se sester dotazovaly na specifika ošetrovatelské péče, kdy sestry k této otázce uváděly, že hlavním specifikem je zajištění pacienta proti dalšímu ublížení či intoxikaci. K těmto odpovědím jedna sestra (S5) uvedla, že je důležité, aby byla proti ublížení ze strany pacienta zajištěna také sestra, která o pacienta pečuje. Sestra (S9) z ARO uvedla, že: *"Záleží na daném typu intoxikace. Ale tři body jsou vždycky stálé, jedná se o zajištění vitálních funkcí, zamezení dalšímu vstřebávání toxické látky do organismu a odstranění toxických látek z organismu pomocí výplachu žaludku, dialýzy, podávání antidot, podávání diuretik".* Odpověď na třetí výzkumnou otázku tedy je, že specifikem ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta je zajištění pacienta proti dalšímu ublížení nebo intoxikaci, prevence dalšího vstřebávání a eliminace toxické látky z těla pacienta a zajištění bezpečnosti sestry.

Další oblastí zkoumání byl rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při náhodné a suicidní intoxikaci. Většina sester (S1, S2, S3, S6) uváděla jako základní rozdíl v ošetrovatelské péči u náhodné a suicidní intoxikace, že bývá častý problém v komunikaci, spolupráci, agresivitě a nechuti pacienta k léčbě. Jedna ze sester (S6) říká: *"U suicidních intoxikací si musíte většinou dávat větší pozor sama na sebe, pacienti bývají často agresivní a sprostí, nespolupracují a nekomunikují".* Sestry se dále shodovaly v tom že u intoxikovaných pacientů se musí vždy zajistit žilní vstup, permanentní močový katétr, nasogastrická sonda, odběry na toxikologii a dodržovat ordinace lékaře, k tomuto ještě přidávaly, že u suicidní intoxikace se více dbá na bezpečnost pacienta v lůžku. Jedna sestra (S8) naopak uvedla, že v ošetrovatelské péči rozdíl nevidí. *"U nás na oddělení si myslím, že rozdíl z hlediska ošetrovatelské péče není. Já si myslím, že u intoxikovaných pacientů až tak na ošetrovatelské péči nezáleží,*

*tady je stěžejní péče lékařská".* Já zastávám názor většiny sester, že u intoxikovaných pacientů je potřeba dbát zvýšené opatrnosti a bezpečnosti pacienta i sester, protože jak zde bylo již řečeno, bývají intoxikovaní pacienti agresivní a nespolupracující.

V poslední části výzkumného šetření jsme zjišťovaly, co všechno musí sestry sledovat a zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace. Tato poslední část byla opět rozdělena po jednotlivých odděleních. Všechny sestry se v odpovědích shodly na tom, že do ošetrovatelské dokumentace zaznamenávají shodné údaje jako například EKG, srdeční frekvenci, frekvenci dýchání, krevní tlak, stav vědomí, bilanci tekutin a podávání léků. Sestry z ARO navíc udávají, že u intoxikovaných pacientů ještě sledují stav zornic a sestry z interní JIP rozšířily odpověď ještě o záznam kurtování pacienta.

U všech pacientů jsou určité stále okruhy hodnot, které se musí sledovat a zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace k posouzení aktuálního stavu pacienta. Avšak při monitoraci velkého množství hodnot může dojít ke zhoršené orientaci v těchto údajích. Proto, jak píše Kapounová (2007, s. 33), se zavádí v posledních letech koncept takzvaného individuálního monitorování, který představuje snahu monitorovat u nemocného v dané klinické situaci jen to, co má zásadní vliv pro diagnostický a léčebný postup.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry a zmapovat jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. K ověření stanovených cílů byly vytvořeny tři výzkumné otázky: *"Jaké jsou problémové oblasti v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta z pohledu sestry?"* *"Jaká je role sestry v péči o intoxikovaného pacienta?"* a *"Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u intoxikovaných pacientů?"* Pro výzkumné šetření jsme si zvolily kvalitativní metodu pro sběr dat technikou polostrukturovaného rozhovoru. Při analýze získaných dat byla využita technika otevřeného kódování a metoda tužka papír. Výzkumný vzorek tvořilo devět sester z Nemocnice České Budějovice a. s. Tři z každého oddělení ARO, interní JIP a interní oddělení.

Výzkumné šetření, uskutečněné pro účely této práce prokázalo, že osm z devíti dotázaných respondentek, se shodovalo v tom, že jako problémovou oblast v péči o intoxikovaného pacienta vidí hlavně častou pacientovu nespolupráci a agresivitu, dále také uvedly problém v oblasti komunikace s intoxikovaným pacientem.

Role sestry v ošetrovatelské péči o intoxikovaného pacienta je v první řadě plnění pokynů lékaře, odběr materiálu k toxikologickému vyšetření. Dále je rolí sestry také edukace pacienta, kterou provádějí při jeho propouštění do domácí péče. Většina sester se shodla v tom, že edukují pacienta o dodržování opatření, které stanoví lékař a dále také v oblasti prevence.

Odpovědí na poslední výzkumnou otázku bylo tvrzení sester, že specifika ošetrovatelské péče tvoří zabezpečení pacienta proti dalšímu ublížení a intoxikaci a dále zamezení dalšímu vstřebávání toxické látky do organismu a odstranění toxických látek z organismu. Dále také jedna sestra z ARO uvedla, že specifika v ošetrovatelské péči dle jejího názoru nejsou, že u intoxikovaných pacientů je stěžejní péče lékařská.

Těmito výzkumnými otázkami se nám podařilo splnit oba dva cíle, které jsme si v úvodu bakalářské práce stanovily.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že ošetrovatelská péče o intoxikované pacienty je sestrami hodnocena jako náročná a to hlavně po psychické stránce, zejména, pokud je pacient agresivní nebo nespolupracuje.

Tato práce by mohla být využita jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů. Výsledky mohou být k užitku i sestrám z praxe k prohloubení jejich znalostí o problematice ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty. Sestrám pracujícím s intoxikovanými pacienty bych doporučila například kurzy komunikace a psychohygieny. Dále bych si také přála, aby i na noční směně byla vždy více než jen jedna sestra na celé oddělení. Myslím, že i toto opatření by zvýšilo kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a snížilo rizika spojená s ošetrovatelskou péčí o intoxikované pacienty.



## 7 Seznam použité literatury

1. ŠEVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
2. HORÁK, Josef, Igor LINHART a Petr KLUSOŇ. *Úvod do toxikologie a ekologie pro chemiky*. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2004, 188 s. ISBN 80-708-0548-X.
3. TICHÝ, Miloň. *Toxikologie pro chemiky: toxikologie obecná, speciální, analytická a legislativa*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 119 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0566-X.
4. TICHÝ, Miloň. *Toxikologie pro chemiky: toxikologie obecná, speciální, analytická a legislativa*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 90 s. ISBN 80-718-4625-2.
5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
6. VRABCOVÁ, Martina. *Intoxikace*. [online]. [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: HYPERLINK "<http://stary.lf2.cuni.cz/projekty/mua/3k0.htm>"
7. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Edited by B. Adams - C. E. Harold, Translated by Ivana Suchardová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 549 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2548-2.
9. PELCLOVÁ, Daniela. *Aktuální trendy v léčení intoxikací*. [online]. [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: HYPERLINK "<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/aktualni-trendy-v-leceni-intoxikaci-159240>"
10. LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Martin WEHLING. *Farmakologie a toxikologie*. Vyd. 2. české. Praha: Grada, 2004, 725 s. ISBN 80-247-0836-1.
11. Círk M, Neuwirthová H. *Akutní otravy*. In: Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Galén, Karolinum 2001: 863–869

12. Ševčík P. *Akutní intoxikace*. In: Ševčík P, Černý V, Vítovec J, et al. *Intenzivní medicína*. Galén, Karolinum 2000: 240–246.
13. TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, xxviii, 496 s., 12 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1122-2.
14. VONDRÁK, Karel. *Eliminační léčba u dětí*. [online]. [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/eliminacni-lecba-u-deti-448472>
15. RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1., české. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
16. DRÁBKOVÁ, Jarmila a Milan TICHÁČEK. *Akutní intoxikace po požití léků: Přednemocniční neodkladná péče - doporučený postup*. [online]. Listopad 2000 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.urgmed.cz/postupy/intoxikace.htm>
17. Věstník MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: *Metodická opatření*. částka 9. 2004. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-osetrovatelstvi\\_3196\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-osetrovatelstvi_3196_3.html)
18. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.
20. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
21. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.
22. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 185 s. ISBN 80-701-3285-X.

23. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. (V této podobě 1.). Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4714-431.
24. KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, c1995, xxxi, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
25. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
26. KRIŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností : učebnica pre lekárske fakulty*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-806-3202-2.
27. KRIŠKOVÁ, Anna, Marie NEJEDLÁ a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností : učebnica pre lekárske fakulty*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 779 s. Sestra. ISBN 80-806-3202-2.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatel'ství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 188 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1775-3.
29. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
30. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Akutní stavy v první linii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997, 330 s. ISBN 80-716-9238-7.
31. NEŠPOR, Karel. *Takzvaně problémový pacient* [online]. [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/takzvane-problemovy-pacient-465881>
32. MARTINA VENGLÁŘOVÁ, Gabriela Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-628.
33. *Toxikologické informační středisko: Klinika pracovního lékařství VFN a 1. LF UK* [online]. [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.tis-cz.cz/index.php/informace-o-stredisku/statistika>

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 - Graf TIS způsob intoxikace dospělých

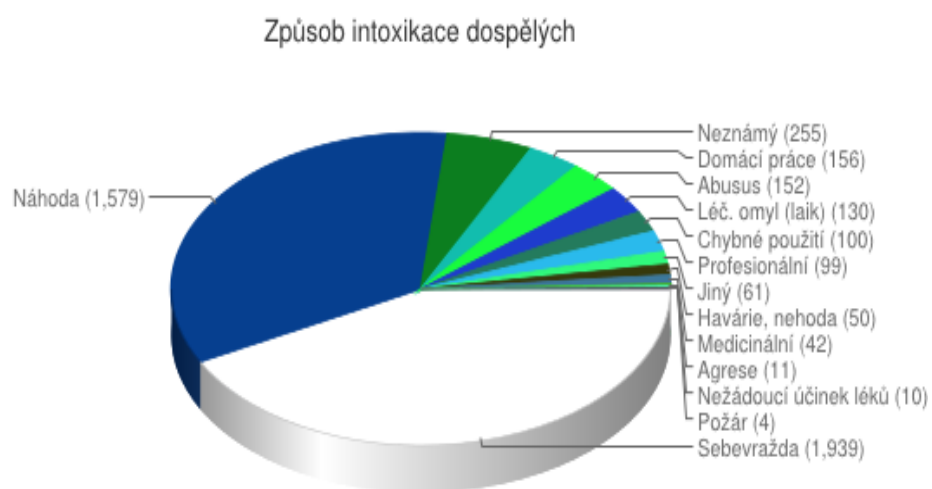
Příloha 2 - Graf TIS incidence otrav

Příloha 3 - Otázky k rozhovorům

Příloha 4 - Souhlas s výzkumem

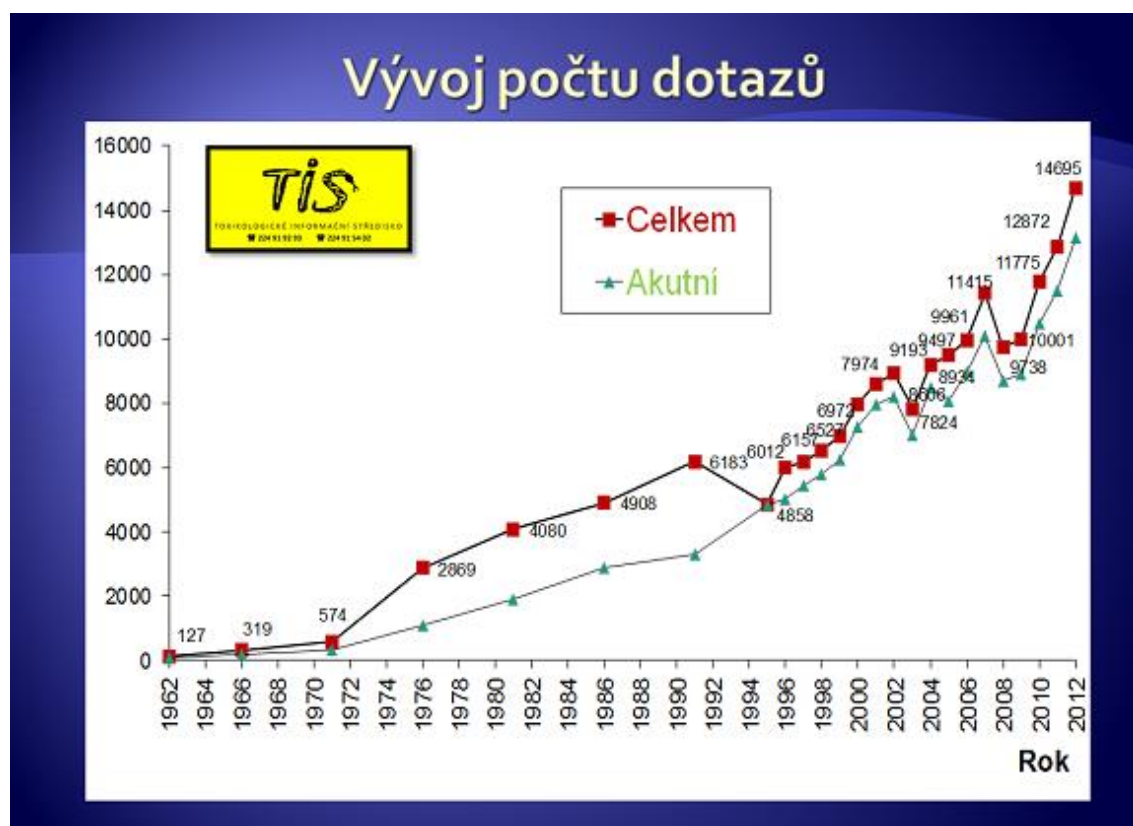
Příloha 5 - Rozhovory s respondenty (příloha na kompaktním disku)

## Příloha 1 Graf TIS způsob intoxikace dospělých



**Zdroj:** TIS

## Příloha 2 Graf TIS incidence otrav



Zdroj: TIS

### **Příloha 3 Otázky k rozhovorům**

1. Na kterém oddělení pracujete?
2. Jak dlouho zde pracujete?
3. Jaká je vaše celková délka praxe ve zdravotnictví?
4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s intoxikovanými pacienty?
6. S jakým druhem intoxikace se na Vašem oddělení setkáváte nejčastěji?
7. S jakým ošetrovatelským problémem se nejčastěji potýkáte u intoxikovaných pacientů?
8. Co je pro Vás v péči o intoxikovaného pacienta nejvíce náročné?
9. Vidíte nějaký rozdíl z hlediska komunikace, pokud se jedná o náhodnou intoxikaci nebo suicidální intoxikaci?
10. Jaká je Vaše role při eliminaci toxické látky pomocí eliminačních metod?
11. Jakým způsobem se snažíte uspokojovat pacientovy potřeby a je to vždy možné?
12. Jaká jsou specifika komunikace u intoxikovaného pacienta?
13. Jak edukujete pacienta při propuštění do domácí péče?
14. Je nějak zapojena do ošetrovatelské péče rodina a jakým způsobem?
15. Jak hodnotíte pracovní den, kdy máte na starost intoxikovaného pacienta, jeho fyzickou či psychickou náročnost?
16. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o intoxikovaného pacienta?
17. Je nějaký rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při náhodné a suicidální intoxikaci?
18. Co všechno u intoxikovaných pacientů sledujete a zaznamenáváte do oš. dokumentace?

**Zdroj:** Vlastní

## Příloha 4 Souhlas s výzkumem

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s. se zaměřením na ošetrovatelskou péči o intoxikované pacienty na oddělení ARO, interní JIP a interním odd.

Vážená náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, paní magistro Kyselová. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, obor všeobecná sestra a obracím se k Vám s žádostí k provedení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s., konkrétně na oddělení ARO stanice RES1 a RES2 a interní JIP a interním oddělení, kde potřebuji získat potřebné informace o ošetrovatelské péči o intoxikované pacienty. Výzkumné šetření by bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami. Výzkumné otázky přikládám.

Věřím, že mé žádosti vyhovíte a těším se na další spolupráci.

S pozdravem Barbora Szatrsichová

V Českých Budějovicích 21.5.2015

25. 5. 2015

SOUHLASÍM.



Mgr. Miroslava Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice České Budějovice, a.s.