



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Specifika ošetrovatelské péče u mladistvého s intoxikací

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Daniela Marešová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Specifika ošetrovatelské péče u mladistvého s intoxikací“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2018

.....

Poděkování

Chtěla bych touto formou poděkovat zejména Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za ochotnou pomoc a množství času, který nad mojí prací strávila.

Specifika ošetrovateľskej péče u mladistvého s intoxikáci

Abstrakt

Tak, jak zvolna narůstá počet mladistvých, kteří experimentují s návykovými látkami, tak narůstá počet hospitalizovaných nezletilých s intoxikací. Přibývá také suicidálních pokusů u dětí, které jsou často realizovány pomocí intoxikace léčiv. Sestry se tak při své práci čím dále častěji setkávají s adolescenty, jejichž organismus je alkoholem, drogami či léky intoxikován.

Bakalářská práce si klade za cíl zjistit, jaká existují specifika ošetrovateľskej péče, kterou sestry poskytují mladistvým s intoxikací. Zaměřuje se na rozdíly péče u jednotlivých intoxikací, na její postupy, problémy a zvyklosti. Snaží se podat ucelený pohled na tuto péči, jejíž příjemce tvoří převážně nezletilí s otravou alkoholem, drogami či léky.

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření, jež probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly realizovány s deseti sestrami na dětských odděleních, dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče, a v dětském a dorostovém detoxikačním centru. Z šetření vyplynulo, že péče o tyto pacienty je pro sestry fyzicky a psychicky náročnou. Bylo zjištěno, že žádné výraznější rozdíly v ošetrovateľskej péči o mladistvého pacienta s intoxikací alkoholem, drogami a léky nejsou a nejvýraznějším specifikem je zvládnutí časté agresivity intoxikovaných. Závěry poukazují na fakt, že spíše než na druhu intoxikace záleží na věku intoxikovaného a na tom, jaké má projevy, zda je při vědomí, zvrací a je agresivní.

Práce by měla zvýšit povědomí a informovanost sester o ošetrovateľskej péči, která je mladistvým intoxikovaným poskytována, a tím přispět ke zlepšení a zefektivnění péče o tyto mladé pacienty.

Klíčová slova

intoxikace; ošetrovateľská péče; sestra; mladiství; návykové látky; alkohol; drogy

Nursing specifications focused on Drugged juveniles

Abstract

As the number of young people experiencing and experimenting with addictive substances gradually increases, so does the number of hospitalised drugged juveniles. There is also an increase in suicidal attempts undertaken by children using medicaments. Consequently, nurses encounter adolescents whose organisms are intoxicated by alcohol, drugs or medicaments at an increased rate.

The purpose of this thesis is to determine nursing specifications which nurses implement when attending to young patients. It focuses on the differences of particular intoxications, the procedures followed, challenges and conventions. Additionally, a comprehensive view of this care is presented of which the recipients are, above all, underaged.

This assignment has been compiled using qualitative investigations in the form of semi-structured interviews. Conversations with ten nurses from child health departments, children's intensive care and resuscitation units, in addition to detoxication centres for children and youths have been acquired. The research conducted has found that the care for these patients is both physically and mentally demanding for the nurses. No divergence of treatment for underaged patients of any intoxication type has emerged and the most significant feature is coping with frequent aggression expressed on the part of the patients. Conclusions indicate the fact that a patient's age, manifestation, consciousness, vomiting and aggressiveness play a major role as opposed to the initial source of intoxication.

This assignment intends to raise nurses' awareness and conversance with nursing care which is provided to intoxicated juveniles. Thereby, this paper contributes to the improvement of the care provided for these young patients.

Key words

intoxication; nursing care; nurse; juvenile; addictive substances; alcohol; drugs

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 8 |
| 1 Současný stav..... | 10 |
| 1.1 Látky s tlumivým účinkem..... | 10 |
| 1.1.1 Alkohol..... | 11 |
| 1.1.2 Heroin..... | 13 |
| 1.1.3 Těkavé látky..... | 14 |
| 1.1.4 Benzodiazepiny..... | 15 |
| 1.2 Stimulancia..... | 16 |
| 1.2.1 Pervitin..... | 18 |
| 1.2.2 MDMA a taneční drogy..... | 18 |
| 1.3 Halucinogeny..... | 19 |
| 1.3.1 LSD..... | 20 |
| 1.3.2 Konopné látky..... | 20 |
| 1.3.3 Psilocybin..... | 21 |
| 1.4 Suicidální otravy..... | 21 |
| 1.5 Péče o intoxikovaného..... | 22 |
| 1.5.1 Zabránění absorpce toxinu..... | 23 |
| 1.5.2 Eliminace toxinu..... | 24 |
| 1.5.2.1 Forsírovaná diuréza..... | 24 |
| 1.5.2.2 Hemodialýza..... | 25 |
| 1.5.2.3 Hemoperfuze..... | 26 |
| 1.6 Návykové látky a mladiství..... | 26 |
| 1.7 Zdravotně sociální problematika u mladistvých s intoxikací..... | 27 |
| 2 Cíle práce a výzkumné otázky..... | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1 Cíle práce..... | 29 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 29 |
| 3 Metodika..... | 30 |
| 3.1 Použité metody a techniky..... | 30 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 31 |
| 4 Výsledky výzkumného šetření..... | 32 |
| 4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami..... | 32 |
| 5 Diskuze..... | 53 |
| 6 Závěr..... | 61 |
| 7 Seznam použitých zdrojů..... | 63 |
| 8 Přílohy..... | 67 |
| 8.1 Seznam příloh..... | 67 |

Úvod

Říká se, že každá doba má svá specifika. Doba, ve které žijeme, je zvláštní v tom, že se vše zrychluje. Zrychluje se rychlost motorových vozidel, vývoj technologií, v životě lidí je mnohem více než dříve přítomný stres a shon. Všechny tyto změny se nás dotýkají a nevyhýbají se ani dětem a mladistvým, kteří jsou možná na tento náš nový životní styl ještě citlivější.

Děti odnepaměti napodobovaly dospělé, jejich řeč, zvyky a chování. A odnepaměti je takové chování, ponejvíce lidské neřesti a věci přístupné pouze dospělým, láká. Připadají si při něm atraktivní a aspoň na chvíli vytouženě dospělí. Začíná to již prvními prostými slůvky v mateřských školách, pokračuje to později volbou oblečení a barvením vlasů, a končí experimenty s cigaretami, alkoholem a drogami. Celé generace dospívajících se právě takto naučily kouřit a prodělaly první „opici“.

Tak, jak se zrychluje doba kolem nás, zrychluje se i tempo a touha dětí stát se, alespoň na chvíli, dospělými. Počet experimentátorů i stálých uživatelů drog různých typů se stále zvyšuje, zkušenost s drogou získávají stále mladší děti. Děti, které ve svém věku nejsou schopny reálně zhodnotit rizika a následky svých činů. Děti, které v touze po dospělosti a obdivu vrstevníků vědomě i nevědomě riskují své zdraví a mnohdy i celý budoucí život.

Zvolna také narůstá počet dětí, které se pod obrazem nespokojenosti v rodině, škole či psychiatrické poruchy snaží upozornit na své problémy suicidálním pokusem (většinou demonstračním), nejčastěji předávkováním léčiv. Ruku v ruce se zvyšujícím se počtem experimentujících či již závislých mladistvých na některé z drog, se zvyšuje i počet intoxikací, se kterými se u dětí setkáváme ve zdravotnických zařízeních, a kterých v příštích letech bude zřejmě ještě přibývat. Je proto velmi důležité, aby byla sestra dobře obeznámena s vhodnou ošetrovatelskou péčí o takového mladého pacienta, aby na něj uměla vhodně působit, a v neposlední řadě uměla vhodně pracovat s rodinou, pro kterou je vzniklá situace většinou velmi psychicky náročná.

Tato problematika mne dlouhodobě zajímá, proto jsem se rozhodla věnovat se mu ve své bakalářské práci. Bydlím ve městě v blízkosti centra a často vídám nezletilé, jak se

podnapilí potáci z diskoték a barů, přičemž si nelze nevšimnout jejich nízkého věku, často jde o děti školou povinné. Téma se mi zpracovávalo dobře, při rozhovorech jsem se setkávala s ochotou a zájmem sester a práce je díky jejich velké otevřenosti jakousi výpovědí o jejich náročné práci.

1 Současný stav

Látek, které jsou v určitém množství jedovaté, existuje velké množství. K intoxikaci může dojít úmyslně či záměrně, např. pro navození euforie, nebo neúmyslně, omylem. U dospívajících se často jedná o intoxikaci návykovými látkami, především alkoholem a drogami. Velmi často se také jedná o předávkování léky, např. při suicidálním pokusu (Ševela, 2011). Alarmující je stále se snižující věk z tohoto důvodu hospitalizovaných dětí (Kokešová, 2007). Sestra by měla látky, kterými bývají nezletilí intoxikováni nejčastěji, znát. Stejně tak by měla mít povědomí o jejich účinku a rizicích.

Intoxikací nazýváme stav, kdy jedovatá látka, která pronikne do organismu, vyvolává chorobné charakteristické změny, které organismus poškozují a mohou vést až k jeho zániku. Cesty vstupu do organismu mohou být různé, může se jednat o požití ústy, vstup přes kůži, vdechování či injekcí do podkoží, svalů nebo žíly. Velkým nebezpečím je podcenění situace a stavu intoxikovaného z hlediska ohrožení vitálních funkcí (Vidrmanová, 2010). Příznaky se často vyvinou náhle, z plného zdraví, a první pomoc musí přijít včas a bezodkladně, neboť v opačném případě může následovat smrt (Kokešová, 2007).

Dle účinku na psychiku se návykové látky dělí na látky s tlumivým účinkem, které zpomalují psychomotorické tempo, od zklidnění, přes spánek, kóma, až zastavení životních funkcí, dále na stimulaci neboli budivé drogy, které zrychlují myšlenkové tempo i motoriku a zahánějí únavu, a dále na halucinogeny, které v různé míře vyvolávají změny vnímání (Kalina, 2008).

1.1 Látky s tlumivým účinkem

Tyto látky můžeme dále rozdělit na opioidy, benzodiazepiny a sedativa. Do opiátů zařazujeme např. heroin, metadon, morfin, kodein či tramadol. Do kategorie benzodiazepinů zařazujeme např. diazepam, fenazepam, nitrazepam nebo alprazolam a do skupiny sedativ patří alkohol, antidepresiva a barbituráty (Curtis, 2010). Také sem můžeme zařadit látky těkavé (Kalina, 2008).

1.1.1 Alkohol

Alkohol je v naší zemi nejrozšířenější, volně dostupná návyková látka, s jejíž intoxikací se setkáváme především v období dospívání. Nezřídka jsou s otravou alkoholem hospitalizovány již děti kolem deseti let (Srnský, 2007). Alkohol je v naší společnosti legálně vyráběn a distribuován, jeho užívání je ve společnosti víceméně tolerováno, a to i v nedospělém věku. Ačkoli platí zákonná opatření pro věkovou hranici 18 let, není pro mládež problém si jej obstarat. Z tohoto důvodu se často můžeme setkat s otravou alkoholem u dospívajících, v době prvního experimentování s touto společensky uznávanou drogou (Pecho, Bratová, 2012).

Jedná se o přírodní látku vznikající kvašením cukrů (Šejvl et al., 2013). Otrava etylalkoholem je zdaleka nejčastější, jelikož konzumace alkoholu je ve společnosti naprosto běžná a můžeme říci, že již lehké ovlivnění psychiky je vlastně otravou. Je to látka s vysokou afinitou k nervové soustavě (Hornych et al., 2007). Požívání alkoholických nápojů je v naší kultuře spojeno se společenskými zvyklostmi a nabídka a spotřeba alkoholu se stále zvyšuje (Iversen, 2006). Výborně se vstřebává kůží a sliznicemi, jeho páry se vstřebávají plicemi. V těle se metabolizuje více způsoby, velký význam má přeměna na acetaldehyd, zřejmě velmi toxický pro játra, ledviny, cévy i mozek, který se dále mění na kyselinu octovou, jež představuje zdroj energie ve formě acetátu. Mezi hlavní rizika užívání alkoholu patří rozvinutí psychické i somatické závislosti (Kalina, 2008).

Účinek alkoholu je závislý na požitém množství. Také ho ovlivňují další faktory, jako je věk, pohlaví či prostředí. Nejčastějším projevem po požití alkoholu je prostá opilost (ebrieta, ebrietas simplex), kdy malé dávky mají účinek stimulační, vyšší dávky tlumivý. Při akutní intoxikaci alkoholem nejprve nastoupí stadium excitační, dostavuje se dobrá nálada (euforie), zvýšení energie a sebevědomí, až úplná ztráta zábran. Později nastává stadium inhibiční, kdy nastupuje skleslost, únava a spánek. Intoxikaci doprovází také somatické účinky, porucha rovnováhy a svalového napětí, zpomalení reakčního času, dále nevolnost a zvracení. Při těžké intoxikaci může v další fázi nastat zástava dechu a pokles krevního tlaku (Kalina, 2008).

Kalina a kol. (2008) uvádí, že intoxikace má čtyři stadia v závislosti na hladině alkoholu v krvi. Prvním stadiem je lehká opilost – excitační stadium (alkoholémie do 1,5g/kg), dále opilost středního stupně – hypnotické stadium (alkoholémie 1,6 – 2,0g/kg), následuje těžká opilost – narkotické stadium (alkoholémie více než 2,0g/kg) a nakonec těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholémie více než 3 g/kg).

První pomoc u stavů těžké opilosti a vyššího stupně intoxikace spočívá v kontrole vědomí, vyvolání zvracení a dohledem nad postiženým. Je vhodné udržovat kontakt a opilého držet v pohybu (chůze), neboť svalová činnost urychluje odbourávání alkoholu. U opilých v bezvědomí zajistíme základní životní funkce a poté zabezpečíme odbornou péči v ZZS a následně ve zdravotním zařízení (Horných et al., 2007).

Nejúčinnějšími léčebnými postupy jsou coffein, stimulace dechového centra (aminophyllin), infúze glukózy, vitaminy skupiny B, forsírovaná diuréza a hemodialýza, která pomáhá odstranit acidózu a léčí akutní selhání ledvin (Ševela, 2002).

Hlavním rizikem zneužívání alkoholu spočívá v rozvoji tělesné i psychické závislosti (Kalina, 2008). Droga postupně ovládne život závislého, mnohdy kvůli ní přijde o práci i rodinu (Iversen, 2006). Alkohol je pro organismus toxický a jeho užívání s sebou nese mnoho krátkodobých i dlouhodobých nežádoucích účinků. Častou komorbiditou bývají úrazy, vlivem alkoholu jsou sníženy kognitivní schopnosti uživatele, což zhoršuje schopnost rychle reagovat a následkem je riziko úrazů a autonehod (Kabíček et al., 2014). Z krátkodobých nežádoucích účinků je možno uvést např. poruchu rovnováhy, nevolnost a zvracení, poruchy chování s agresivitou, kvantitativní poruchu vědomí až smrt, poruchu vědomí s bludy a halucinacemi. Dlouhodobé nežádoucí účinky se mohou manifestovat jako poškození gastrointestinálního traktu s poruchami trávení, průjmy, gastritidami a poškozením jater s následnou cirhózou. Dále je zde riziko poškození oběhového systému, poruchy krvetvorby, poruchy spánku a úzkostně depresivní stavy, poškození nervového systému s polyneuropatií, organickým poškozením mozku a psychotickými stavy s halucinacemi a paranoidními bludy, poruchy paměti až do stadia demence. Dále poškození endokrinního systému a riziko vzniku fetálního alkoholového syndromu u těhotných (Kalina, 2008). Kritické období pro rozsah

poškození plodu je období organogeneze v prvním trimestru a období druhého trimestru, během kterého se vyvíjí řada nervových funkcí. Častými projevy fetálního alkoholového syndromu jsou anomálie a poruchy funkce centrálního nervového systému, porucha růstu a kraniofaciální abnormality. Někdy se také vyskytují vrozené vady srdce, ledvin, skeletu, kůže a imunodeficity (Kabiček et al., 2014).

Odvykací stav se rozvíjí do několika hodin po vysazení alkoholu. Maxima dosahuje druhého dne a odeznívá do týdne. Projevuje se psychomotorickým neklidem, třesem, pocením, úzkostí, nevolností a zvracením, bývá přítomna tachykardie a hypertenze, slabost a poruchy spánku. Při těžším průběhu se objevují halucinace, iluze a křeče, nejtěžší formou odvykacího stavu je delirium tremens. Při něm dochází k poruchám vědomí, halucinacím, dezorientaci a paranoidním bludům. Postižený se potí, má tachykardii, hluboký třes a záchvaty křečí. Typická je inverze spánku, maximum obtíží bývá v noci. Velký motorický neklid si nezřídka vyžádá mechanické omezení. Hrozí metabolický rozvrat a ohrožení vitálních funkcí (Kalina, 2008). S tímto stavem se však u mladistvých běžně nesetkáváme (Koranda, 2016). Během detoxikace v lehčích stádiích je možno podat benzodiazepiny (oxazepam), v těžších případech clomethiazol (Heminevrin). V případě křečí se podává intramuskulárně MgSO₄. Velký význam má podávání multivitaminových preparátů, především thiamin a kyselina listová. Pomoc závislému při odvykání může přinést disulfiram (Antabus), jež blokuje degradaci alkoholu a po požití alkoholu dochází k prudké, život ohrožující reakci. V tomto případě je velice důležitá spolupráce a motivovanost pacienta. Bažení (craving) pomáhá závislému pomáhat zvládat acamprosat a naltrexon, bývá však nutné dlouhodobé užívání (Kalina, 2008).

1.1.2 Heroin

Heroin patří do skupiny opiátů. Jde o syntetický derivát morfinu, který je ještě účinnější, se snadnějším přechodem do cévního řečiště (Iversen, 2006). Byl syntetizován v roce 1874 a původně byl považován za lék pro závislost na morfinu, který měl mít nulové riziko vzniku závislosti. (Kalina, 2008) Slangově se heroin také nazývá čoko, ejč, háčko, herák, héro, kedra, kedr, král, kůň nebo prach (Millerová, 2011).

Největšího účinku dosahuje při nitrožilním podání (Iversen, 2006). Nitrožilní podání je také nejčastější variantou jeho užívání. Dalšími možnostmi, méně rizikovými, jsou šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. U uživatele heroinu se rychle zvedá tolerance, což ho nutí stále zvedat dávky. Detekovat ho v moči je možné 2-3 dny (Kalina, 2008).

Heroin vyvolává v uživateli intenzivní euforii a mimořádně příjemné pocity, díky kterým se vytváří psychický návyk a později také závislost fyzická (Iversen, 2006). Abstinenční příznaky se začínají objevovat asi 8 hodin po poslední dávce. Při silné závislosti jsou velice nepříjemné, objevuje se tachykardie, hypertenze a mydriáza. Také se rozvíjí flu-like syndrom, což jsou příznaky podobné chřipce, postižený má bolesti svalů, hlavy, cítí únavu a trpí gastrointestinálními projevy, které ho mohou dokonce ohrožovat na životě. Jedná se o průjem, bolesti v břiše, křeče, nevolnost a zvracení (Kabíček, 2014). Tyto tělesné symptomy doprovází silné bažení po droze (Iversen, 2006)). Pokud víme, že nejde o náhlou příhodu břišní, můžeme jako akutní pomoc závislému podat analgetika (např. Tramadol) a spasmolytika (např. Algifen v infuzi) (Kabíček, 2014). Závislého na heroinu ohrožuje nejen samotná droga, ale zejména předávkování, jelikož kvalita a koncentrace heroinu je na černém trhu různá. Vysoká dávka může vyvolat zástavu dechu. Uživatelé jsou také ohroženi infekcemi hepatitid a virem HIV, z důvodu výměny použitých injekčních stříkaček mezi sebou (Iversen, 2006). K léčbě závislosti na heroinu se často užívá substituční terapie metadonem, který se užívá perorálně, a který pomáhá překonat bažení po dávce. V prevenci recidivy bývá do jisté míry úspěšný antagonist opioidních receptorů – naltrexon, který způsobí, že se po aplikaci drogy nedostaví příjemné pocity (Iversen, 2006).

1.1.3 Těkavé látky

Těkavými látkami nazýváme velice toxické chemické látky. Alifatické (propan, butan, hexan), cyklické a aromatické (toluen) uhlovodíky, které rozpouštějí tuky a mají narkotický účinek (Kalina, 2008). V naší zemi má zneužívání těchto látek tradici od 70. let 20. století (Šejvl, 2013). Jejich zneužívání bývá časté u velmi mladých jedinců ze socioekonomicky slabších vrstev (Kabíček, 2014). Bývají užívány coby doplňková droga při nedostatku drogy primární, svou úlohu také hrají jako drogy iniciační. Do této

skupiny řadíme toluen, éter, aceton, chloroform, oxid dusný (Kalina, 2008). Jedná se např. o osvěžovače vzduchu, deodoranty, spreje proti hmyzu, laky na vlasy, odlakovače, barvy, ředidla, čisticí prostředky, lepidla, náplně do zapalovačů či odstraňovače nátěrů (Šejvl, 2013).

Podání bývá téměř výhradně inhalací (čichání, sniffing), a to např. z igelitového sáčku nebo pod přikrývkou (nebezpečí udušení) (Kabíček, 2014). Vstřebání je rychlé, efekt nastupuje takřka okamžitě. Množství bývá malé, stačí pouze pár mililitrů, avšak způsob podání (napuštěný hadřík) neumožňuje přesné dávkování. Efekt odeznívá do několika minut (Kalina, 2008).

Intoxikace není nepodobná opilosti. Látka nejprve způsobí excitaci a pokračuje krátkou euforickou fází s poruchami vnímání, které uživatel popisuje jako živé, barevné, zrakové a sluchové halucinace (Kalina, 2008). Akutní intoxikace vyvolává stavy s typickým střídáním úrovně vědomí, kdy výrazný neklid a agitace střídá apatie až letargie. Typicky můžeme cítit zápach látky z dechu intoxikovaného (Kabíček, 2014). Celá epizoda končí spánkem s následnou kocovinou (Kalina, 2008).

U závažnějších intoxikací bývá přítomna dušnost, svalové fascikulace a hypotenze s těžkou poruchou vědomí. Též není neobvyklý plicní edém a srdeční arytmie. Při dlouhodobém užívání se uživatel vystavuje riziku vzniku chronické hepatopatie a encefalopatie s úbytkem mentálních schopností (Kabíček, 2014). U člověka může nastat degradace osobnosti s afektivní labilitou, agresivitou, ztrátou zájmů a poklesem výkonnosti (Kalina, 2008).

Těkavé látky vyvolávají psychickou závislost, při vysazení uživatel pociťuje silné bažení po další dávce, avšak charakteristický odvykací stav se neobjevuje. Akutní léčba bývá symptomatická, při poškození centrálního nervového systému se ordinují nootropika. Cestou ke zlepšení je pouze abstinence, podporu odvykajícím uživatelům poskytuje vhodná dlouhodobá psychoterapie (Kalina, 2008).

1.1.4 Benzodiazepiny

U mládeže se můžeme často setkat také se závislostí na lécích na lékařský předpis. U osob, které jsou závislé na opiátech, se mnohdy můžeme setkat také se závislostí na

benzodiazepinech. Benzodiazepiny jsou psychoaktivní látky s anxiolytickým, sedativním, myorelaxačním a hypnotickým účinkem. Intoxikace těmito léky může být spojena se suicidálním pokusem, nebo může nastat po vyšší zneužité dávce, která případně zhoršuje intoxikaci opiáty (Kabíček, 2014). Tyto látky působí na struktury mozku, zejména na tzv. limbický systém, který můžeme označit za centrum emocí (Kalina, 2008). Přinášejí tlumivý účinek, v nízkých dávkách navozují útlum, dezorientaci, setřenou řeč a „opilecké“ chování. Po akutní intoxikaci se často vyskytuje retrogradní amnézie. Benzodiazepiny při častém užívání způsobují závislost, po vysazení se dostavuje neklid, depresivní nálady, úzkost, nespavost, bolest a točení hlavy, bolesti břicha či nechutenství (Kabíček, 2014).

1.2 Stimulancia

Mezi tzv. budivé drogy zařazujeme metamfetamin (pervitin), kokain, MDMA (extáze) a stimulancia na bázi amfetaminu (Curtis, 2010).

Psychostimulancia jsou látky, které způsobují celkové povzbuzení organismu a které zvyšují tělesný i psychický výkon. Tento vzestup výkonosti však často bývá spojen se snížením kvality. Vyšší dávky také mohou mít halucinogenní efekt. Mechanismus účinku dlí ve zvýšení hladiny dopaminu, noradrenalinu a někdy také serotoninu (např. v případě kokainu) na synapsích centrální nervové soustavy (Kalina, 2008). Zvýšená hladina těchto neurotransmiterů má za následek několik hodin trvající psychickou stimulaci, projevující se euforií a ztrátou pocitu únavy, žízně a hladu (Kabíček, 2014). Navozují pocit pohody, síly, energie a sebevědomí. Zvyšují psychomotorické tempo (řeč, myšlení a pohyb), člověk je bdělý a organismus pracuje až do vyčerpání (Šejvl, 2013).

Psychostimulační látky bývají velice často zneužívány při tanečních party (Kabíček, 2014). V České republice je nejčastější drogou metamfetamin (pervitin) – odhad je 20,5 tisíce problémových uživatelů (Kalina, 2008). Kokain je zneužíván, zřejmě i z důvodu vyšší ceny, zatím méně často (Kabíček, 2014).

U amfetaminů a metamfetaminu je obvyklé podání injekční, a to především nitrožilní, dále požití per os či inhalace po zahřátí na alobalu. Typická je aplikace intranazální.

V případě kokainu je typické podání intranazální a injekční, pro kokain ve formě cracku je typické kouření (Kalina, 2008).

Projevy akutní intoxikace psychostimulancii bývají ovlivněny faktory jako fyzická zátěž, úroveň hydratace, nevyspaní a vyčerpanost. Po požití nastupuje výrazná sympatomimetická stimulace. Tachykardie a hypertenze bývá pravidlem. Objevuje se mydriáza a subfebrilie. U závažnější intoxikace může dojít k poškození svalů a k akutnímu selhání ledvin. Také je popisován rozvoj edému plic a mozku. Nejzávažnější intoxikace bývají provázeny neurologickými projevy – poruchou vědomí či generalizovanými křečemi. Mohou být také přítomny projevy orgánového poškození. Při intoxikaci deriváty amfetaminu (např. extáze) bylo popsáno poškození jater, u kokainu a jeho derivátů je silnější účinek na kardiovaskulární systém (IM, CMP) (Kabiček, 2014). Při dlouhodobém užívání vzniká psychická závislost, projevující se zejména cravingem (bažením) (Šejvl, 2013). Uživatel se také vystavuje možnosti vzniku toxické psychózy a dalších psychiatrických projevů, které mají nezřídka za následek nutnost hospitalizace na psychiatrii a užití antipsychotik (Kalina, 2008). Závislý přestává být schopný užívání kontrolovat, objevuje se zaujetí užíváním drogy a postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch zneužívané látky. Závislý věnuje velké množství času k získávání, užívání a zotavování z účinku drogy (Kabiček, 2014).

Po odeznění účinku drogy často nastupuje únava (výjimkou není ani několikadenní spánek), neklid, deprese, úzkostné stavy a touha po novém užití drogy. Uživatel také často pociťuje somatické potíže jako následek přetížení organismu v době intoxikace (Kalina, 2008).

Akutní obtíže bývají řešeny symptomaticky. V případě záchvatů úzkosti a paniky bývají podávány benzodiazepiny (např. Diazepam), v případě tachykardie bývají pro zklidnění podávány beta-blokátory (např. Metipranolol). V případě počínající psychózy lékař ordinuje antipsychotika (např. Risperidon). Léčba závislosti spočívá v dlouhodobé psychoterapii (Kalina, 2008).

1.2.1 Pervitin

Tato látka, patřící mezi budivé aminy, byla objevena na přelomu 19. a 20. století. Je to prášek fialovo-žluté barvy, který je hořké chuti, bez zápachu. U injekčního podání je nástup účinku okamžitý, u intranazálního užití trvá 5-10 minut, u perorálního použití účinek nastoupí do 1 hodiny. Intoxikace přetrvává 8-24 hodin a detekovatelná v moči je možná 3 až 21 dní (Kalina, 2008).

1.2.2 MDMA a taneční drogy

Tzv. tanečními drogami nazýváme skupinu látek, které jsou zneužívány typicky na akcích s reprodukovanou elektronickou hudbou. Hlavním zástupcem je MDMA neboli extáze, dále také MDA a MDEA (Kalina, 2008).

Extáze je hojně zneužívaný derivát amfetaminu, který byl ve 40. letech minulého století bez větších úspěchů užíván jako lék na Parkinsonovu chorobu. V 90. letech se u nás s rozvojem taneční scény rozšířila jako tzv. rekreační droga. Má stimulační účinky a euforizační efekt, zřejmě v souvislosti s její interakcí se serotoninovými a dopaminovými mozgovými receptory. Uživatelé jsou bdělí a aktivní celou noc (Iversen, 2006).

Obvyklé užití je perorální, účinek nastupuje od 30 do 60 minut, odeznívá po 5 - 6 hodinách. V moči ji můžeme detekovat ještě několik dní. Jako první účinky nastupují neklid a zmatenost, které poté ustupují a nastupuje klid, pohoda, mizí stres a zlepšuje se nálada. Uživatelé cítí pocity lásky a empatie, s oblibou se dotýkají jeden druhého (Kalina, 2008).

Užívání těchto látek provází možnost vzniku krátkodobých nežádoucích účinků, mezi které řadíme nevolnost a zvracení, zvýšené svalové napětí, tachykardie, hypotenze, pocení, bolesti hlavy a snížená potřeba spánku. Druhý den uživatelé často pocíťují kocovinu s únavou, bolestmi svalů a kloubů, zhoršenou náladu. Riziko užívání MDMA tkví především v možnosti poškození serotoninergních nervových zakončení, pro které jsou tyto látky toxické. Serotoninerní syndrom, projevující se změnami psychiky, křečemi, průjmem, horečkou a pocením, může vést až ke smrti. Dalším rizikem užívání je vznik hyponatrémie v důsledku zvýšeného pocení na tanečních akcích a hypertermie

se všemi svými zdravotními komplikacemi. Je zde nutno počítat i s případným teratogenním účinkem. Vysazení obvykle nedoprovází odvykací stav (Kalina, 2008).

1.3 Halucinogeny

Halucinogeny jsou skupinou přírodních a syntetických látek, které u člověka způsobují změny vnímání, a to od pouhého zostření po halucinace (Kalina, 2008). Halucinace jsou zdánlivé vjemy, vznikající bez příslušného vnějšího podnětu. Mají pro člověka, který je prožívá, charakter skutečných vjemů. Látky, patřící do této skupiny, pozměňují v mozku naše vnímání reality a brzdí či obcházejí mechanismy filtrující zvuky, myšlenky a obrazy, jež každý den míří do našeho mozku. Lze je rozdělit na přírodní a syntetické. Váží se na serotoninové receptory a stimulují dopaminové receptory (Šejvl, 2013).

Do skupiny syntetických halucinogenů řadíme např. LSD a konopné látky. Mezi přírodní halucinogeny patří látka Psilocybin, která je obsažena v houbách rodu Psilocybe (lysohlávka), dále meskalin, ibogain či durman. Požití je nejčastěji perorální (Kalina, 2008).

Po požití je zpočátku typická velká variabilita účinku, a to od půl hodiny do 3 hodin (Kabíček, 2014). Tato variabilita závisí na látce a dávce látky, a dále na duševním rozpoložení uživatele a okolí (set a setting) (Kalina, 2008). Vjemy mohou být příjemné stejně jako děsivé. Akutní účinek halucinogenů je spojen s nebezpečím suicidálního chování, kdy uživatel ve snaze uniknout děsivým zážitkům např. vyskočí z okna (bad trip). Nebezpečí úrazu také hrozí v případě, kdy si uživatel pod vlivem drogy např. myslí, že umí létat a skočí z velké výšky (Iversen, 2006). Přítomna bývá euforie a emoční labilita. Smyslové vnímání je změněné, může se objevit např. synestezie – prolínání smyslových vjemů, kdy uživatel např. vidí zvuky či slyší barvy (Kabíček, 2014). U uživatelů dochází k deformaci vnímání času a prostoru, tok myšlenek je urychlený, dochází k asociacím bez logických souvislostí (Kalina, 2008). Časté jsou pocity depersonalizace či separace od prostředí, dostávají se sluchové, čichové, vizuální či taktilní halucinace (Kabíček, 2014).

Po opakovaném užití těchto látek se uživatel vystavuje riziku vzniku psychotických projevů. Může začít trpět vizuálními halucinacemi i bez přímého účinku drogy, může se

objevit palinopsie (perzistující obrazy) či fotofobie (Kabíček, 2014). Je zde riziko orgánového poškození, hlavně v případě užití durmanu, muškátového ořechu či muchomůrky červené (Kalina, 2008).

Látky tohoto typu obvykle nevyvolávají psychickou ani somatickou závislost (Kalina, 2008). Při léčebných intervencích se užívají antipsychotika a benzodiazepiny. Vhodná je psychoterapie a kontinuální dohled, neboť je zde velké riziko nepředvídatelného chování.

1.3.1 LSD

LSD je diethylamid kyseliny lysergové. Jeho psychoaktivní účinky byly náhodně objeveny při farmaceutickém výzkumu. Začal se i medicínsky testovat, avšak jen do té doby, než byly zjištěny úmrtí v souvislosti s jeho podáním (Kabíček, 2014). Podobně jako extáze je často zneužíván na tanečních party. LSD je látka, která je velice účinná, stačí požit jen zlomek miligramu. Účinek nastupuje asi po 30minutách, jeho vrchol asi po třech hodinách po požití. Odeznívá za 6-12 hodin (Kalina, 2008).

Při intoxikaci touto látkou je přítomna sympatomimetická stimulace, což má za následek tachykardii, midriázu či pocení. Může se vyskytnout nadměrné slinění či pocity analgezie. Při závažnější intoxikaci hrozí riziko vzniku celkových křečí a kómatu. LSD má závažné teratogenní účinky, u dětí se objevují oční poruchy a anomálie, např. mikroftalmus, katarakta, dysplazie sklivce a sítnice (Kabíček, 2014).

1.3.2 Konopné látky

Jedná se o přírodní drogy vyráběné z konopí, zástupci jsou marihuana a hašiš (Kalina, 2008). Marihuana je konopná droga mající v České republice třetí nepočtenější skupinu uživatelů návykových látek (hned po nikotinu a alkoholu) a věková skupina mladistvých ji za drogu vůbec nepovažuje (Koranda, 2016). Konopí je, spolu s těkavými látkami, vůbec nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi dětmi ve věku do 15 let (Šťastná, 2010 b). Způsobem aplikace je nejčastěji kouření, ale mohou být také přijímány perorálně. Při kouření je účinek bezprostřední, nastupuje ihned s vrcholem asi po 20 minutách a odeznívá zhruba za 3 hodiny. Po požití je vstřebání pomalé

s nástupem účinku do 30 minut, s vrcholem po 1 - 5 hodinách. Kanabinoidy jsou detekovatelné v moči 1 - 30 dní (Kalina, 2008).

Průběh intoxikace má několik fází. Zpočátku může uživatel pociťovat sevřenost a úzkost, poté nastupují hlavní očekávané účinky – zklidnění, zostření smyslových vjemů, euforie a blaženost, jež je často doprovázena bezdůvodným, neutišitelným smíchem. Po odeznění účinku se objevuje zmatenost, únava a otupělost. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří např. zhoršení úsudku a pozornosti, prodloužení reakčního času, sucho v ústech, hlad, psychotické prožitky, úzkostný ráz intoxikace až panická ataka, zmatenost a změna vnímání času. Dlouhodobé denní užívání s sebou přináší poruchy krátkodobé paměti a celkovou pomalost. Odvykací stav není zpravidla závažný, mohou se objevit poruchy pozornosti a spánku, psychomotorický neklid. Akutní potíže jsou léčeny symptomaticky, ordinovány bývají benzodiazepiny (Diazepam 5 - 10 mg). Při poruchách paměti a pozornosti bývají užívána dlouhodobě nootropika, nejčastěji Piracetam (Kalina, 2008).

1.3.3 Psilocybin

Psilocybin je látka obsažená v lysohlávkách, které rostou v některých lokalitách i na našem území (Kalina, 2008). Halucinace vyvolává užití již 5 - 15 plodniček. Vyšší dávky mohou vyvolat nadměrné močení, pocity mravenčení celého těla, bradykardii a hypotenzi (Kabiček, 2014).

1.4 Suicidální otravy

U adolescentů bývají tyto otravy lékové, často v kombinaci s alkoholem. Mívají často demonstrativní charakter (Ondriová, Sinaiová, 2012). Sebevražedný úmysl bývá příčinou intoxikace léčiv až v 95 % případů (Vidrmanová, 2010). Léky jsou relativně dobře dostupné, mnoho přípravků je volně k prodeji, navíc řada lidí je hromadí ve svých domácnostech (Curtis, 2010). Tyto otravy jsou častější u dívek. Důvodem často bývá nešťastná láska, také problémy v rodině či ve škole (Kafková, 2013). U těchto intoxikací je vhodné doplnění o psychiatrické konsilium, dle něj poté směřovat léčbu do psychiatrické či protidrogové léčebny (Vidrmanová, 2010).

1.5 Péče o intoxikovaného

Mladiství, přijímaní na standardní dětské oddělení či na oddělení dětské jednotky intenzivní a resuscitační péče s diagnózou akutní intoxikace, bývají většinou hospitalizováni krátce, avšak jejich pobyt na oddělení je mnohdy pro ošetřující personál náročný. Intoxikovaní mladiství jsou mnohdy agresivní a těžko zvladatelní, a péče o ně často zaměstná veškerý dostupný personál (Kokešová, Zádrapová, 2007).

K předávkování dochází jen zřídka ihned po aplikaci. Velmi často dochází k předávkování až po několika hodinách, kdy organismus intoxikovaného postupně „vypovídá službu“ a vypovídá funkce dýchacího systému (v případě užití opioidů), nebo kardiovaskulárního (v případě neúnosné zátěže způsobené opakovaným užitím stimulační drogy) (Curtis, 2010).

Dobře odebraná pacientova anamnéza nám pomůže odhalit zdroj otravy a způsob její expozice (Sciling McCann, 2008).

Ošetření sestrou před příchodem lékaře spočívá v okamžitém zamezení pronikání otravné látky do organismu a v zajištění základních životních funkcí. Lékař provádí vstupní klinické vyšetření a případně ordinuje odběr vzorků na toxikologické vyšetření (Schiling McCann, 2008). Nemocný je uložen na lůžko, v případě potřeby je vhodné, pro prevenci pádu z lůžka, zvednout postranní zábrany. Ložní prádlo by mělo být volné pro snadný přístup k nemocnému, a aby netísnilo hrudník nemocného. V dalším průběhu je sledována srdeční akce, krevní tlak, dechová frekvence a oxygenace pulsní oxymetrií. Je zajištěn žilní přístup. V případě těžké alterace vědomí nebo při poruchách dýchání lékař provádí orotracheální intubaci (Fendrychová et al., 2005).

Během inhalace kyslíku se postupuje dle ordinace lékaře, jeho dávkování lékař stanovuje dle aktuálních hodnot krevních plynů (ASTRUP či hodnota kontinuálně měřené saturace). Kyslík sestra pacientovi podává ohřátý a zvlhčený přes nebulizátor. Důležité je průběžně sledovat dutinu ústní a pomáhat intoxikovanému odstraňovat zvratky a hleny z úst a nosohltanu. Odběr vzorku na toxikologické vyšetření je v kompetenci sestry a zahrnuje odběr krve, během kterého sestra odebere 5 až 10ml srážlivé krve do uzavřeného odběrového systému. Dále zahrnuje odběr moče, kdy se do

čisté nádoby odebírá 50 až 200ml moče, a také odběr žaludečního obsahu, kdy je odebráno až 200ml první porce výplachu žaludku (Ondriová, Sinaiová, 2012).

Při otravách některými toxiny se po stanovení sérových hladin toxinů užívají specifická antidota, např. Naloxon, Flumazenil (Fendrychová et al., 2005). Jedná se o protijedy, které v organismu působí proti otravné látce, a to reakcí s otravnou látkou za vzniku komplexu, jež nemá na tělo toxické účinky, vytěsněním toxinů z místa jejich účinku, vyvoláním protichůdných reakcí v organismu, nebo urychlením odstraňování toxické látky z organismu (Vidrmanová, 2010).

1.5.1 *Zabránění absorpce toxinu*

K metodám zabraňujícím absorpci toxinu, které by sestra měla znát, patří vyvolání zvracení, výplach žaludku a podání aktivního uhlí.

Zvracení je nejdostupnějším způsobem evakuace obsahu žaludku. Navodit zvracení lze mechanicky podrážděním zadní stěny hltanu nebo podáním emetik, např. ipeka sirupu (jeho podání se nedoporučuje v dětském věku). Zvracení je kontraindikováno u pacienta v bezvědomí, při křečích či pokud je přítomno výrazné riziko aspirace. Efekt zvracení u adolescentů studie zpochybňují (Fendrychová et al., 2005).

Výplach žaludku je prováděn při požití otravné látky ústy. Tato intervence není v léčbě intoxikací nezbytnou. Její provedení bývá vhodné u látek snižujících motilitu žaludku. Existují doporučení provádět výplach žaludku pouze v případě požití toxinu v život ohrožující dávce a je-li možno provést do 60 minut od požití (Fendrychová, 2005).

Výplach žaludku provádí lékař za asistence sestry. Před samotným provedením lékař zkontroluje a vyšetří dutinu ústní. Pokud pacient není při vědomí nebo není schopen spolupráce, bývá nutné provést endotracheální intubaci ještě před zahájením výplachu. Také každý pacient s nedostatečnými reflexy dýchacích cest by měl být zajištěn intubací (Klapounová, 2007). Výplach se provádí vsedě, sestra v případě potřeby fixuje polohu pacienta. Lékař zavádí silnou žaludeční sondu do úst pacienta a zkontroluje uložení. Nejprve je odsán žaludeční obsah a poté podána lehce osolená vlažná voda (200-1000 ml dle stáří mladistvého). Obsah je potom opět vypuštěn. Toto se provádí, dokud

nevytéká ze žaludku čistá tekutina. Po ukončení výplachu je sondou podáno aktivní uhlí a sonda se nechá zavedena (Fendrychová, 2005).

Podání aktivního uhlí je nejefektivnější a nejbezpečnější cestou ke snížení absorpce požitého toxinu. Je schopno vstřebat téměř všechny léky a mnoho jiných látek. Dokáže zabránit další absorpci a přerušuje enterohepatální okruh. Sestra ho podává rozdrčený ve vodě v min. dávce 30 - 100 g (0,5 – 1 g/kg tělesné hmotnosti) (Fendrychová et al., 2005). Uhlí poté prochází během několika hodin celým zažívacím ústrojím a váže na sebe zbytky otravné látky, které se ještě nevstřebaly do krve. Dávky jsou opakovány po dvou až šesti hodinách, dokud se uhlí neobjeví ve stolici. Tato metoda je neefektivní při otravě alkoholem (Ondřiová, Sinaiová, 2012).

1.5.2 *Eliminace toxinu*

Tyto metody pomáhají odstranit jedovatou látku z organismu. Patří sem např. forsírovaná diuréza, hemodialýza a hemoperfuze. Sestra se při ošetřování intoxikovaných s těmito metodami často setkává. Při jejich aplikaci asistuje lékaři, proto je důležité, aby znala postupy, kontraindikace a rizika těchto metod.

1.5.2.1 *Forsírovaná diuréza*

Forsírovaná diuréza je jednoduchá eliminační metoda, při které je zvýšením diurézy snaha o eliminaci škodlivin vylučovaných ledvinami. Tato metoda se užívá u otrav látkami, které nejsou, či převážně nejsou, vázány na krevní bílkoviny a přestupují tedy snadno glomerulární membránou do moči. Jedná se např. o etanol, metanol, barbituráty a benzodiazepiny. Kontraindikacemi jsou selhání srdce, renální insuficience, šokový stav, edém mozku, hypokalémie a maligní hypertenze. Podáváním Furosemidu v dávce 1 mg/kg a zvýšením příjmu tekutin je diuréza zvýšena zhruba na trojnásobek. Vhodné je hrazení ledvinových ztrát minerálů infúzemi. Při této metodě je důležité také pH moče, jelikož alkalizace moče podporuje vylučování toxinů při intoxikacích barbituráty a salicyláty. Podmínkou pro užití této metody je normální vnitřní prostředí a stabilní krevní oběh mladistvého. Tato metoda je v současné době u dětí nadužívána (Fendrychová et al., 2005). Příprava k výkonu zahrnuje zajištění žíly, nejlépe kanylací centrální žíly, poté následuje odběr vzorků k hematologickému (krevní obraz),

biochemickému (ionty, kreatinin, urea, glykémie, ASTRUP) a toxikologickému vyšetření, provádí se EKG, rtg plic, vyšetření očního pozadí a v případě potřeby neurologické vyšetření. Zavádí se močový katetr, sestra zavede denní záznam JIP a sleduje dech, puls, tlak, teplotu, CŽT a přesnou bilanci tekutin (Vidrmanová, 2010).

1.5.2.2 Hemodialýza

Tato metoda je užívána vzácně. Užívá se k eliminaci látek s malou molekulovou hmotností rozpustných ve vodě, dobře pronikajících přes dialyzační membránu. Užití nachází např. v případě otravy barbituráty, alkoholem a toluenem. Hemodialýza bývá užívána v případě současné renální insuficience či při poruše vnitřního prostředí, dále při těžkých intoxikacích metanolem, etanolem či teofylinem (Fendrychová, 2005). Kontraindikací u akutních intoxikací je hypotenze a poruchy koagulace. Pro hemodialýzu, jež odstraňuje z krve otravné látky, které nejsou vázané na krevní bílkoviny, je nutné zavedení dvoucestné kanyly do centrální žíly, hemodialyzační přístroj a zdravotnické pracovníky zaškolené pro hemodialýzu. Tato metoda spočívá v přestupu látek podle koncentračního spádu z krve do dialyzačního roztoku (a naopak) přes polopropustnou membránu, přičemž na jedné straně membrány proudí krev a na straně druhé protéká dialyzační roztok. Na základě zvoleného cévního přístupu rozlišujeme CAVHD – kontinuální arteriovenózní hemodialýzu a CVVHD – kontinuální venovenózní hemodialýzu (Klapounová, 2007).

Role sestry během této intervence spočívá ve spolupráci s lékařem při kontrole bilance příjmu a výdeje tekutin, CŽT, krevního tlaku a pulsu každou hodinu. Po třech hodinách odebírá vzorky pro kontrolu hodnot iontů, urey a ASTRUP, monitoruje EKG a sleduje průchodnost močového katétru. Sestra zavádí denní záznam, zhotovuje EKG křivky, odebírá krevní vzorky a monitoruje základní životní funkce. Asistuje lékaři při kanylaci centrální žíly a močového katétru (v případě pacienta – muže). Jejím důležitým úkolem je vedení přesné bilance tekutin, příprava infuzních roztoků a zajištění ordinací lékaře (Vovsová, 2013).

1.5.2.3 Hemoperfuze

Během této metody protéká krev přes kapsli, která je naplněna aktivním uhlím nebo pryskyřicí. Je účinná při otravě dobře absorbovatelnými toxiny rozpuštěnými v malém distribučním prostoru (Fendrychová et al., 2005). Hemoperfuze spočívá v adsorpci – ulpívání látek, které jsou přítomné v krvi, na povrchu adsorbentu. Umožňuje odstranit z krve toxické látky, a to hlavně ty, jež jsou vázány na krevní bílkoviny. Pro tuto metodu je nutné zavedení dvoucestné kanyly do centrální žíly, hemodialyzační přístroj a zaškolení zdravotničtí pracovníci. Hemoperfuze se užívá např. v případě otravy ethylenglykolem či thymoleptiky, je kontraindikována u pacientů s trombocytopenií. Sestra během hemoperfuze lékaři asistuje, sleduje stav pacienta, jeho krevní tlak, tepovou frekvenci a tělesnou teplotu (Klapounová, 2007).

Následnou léčbu po ukončení terapie zajišťuje mimo jiné Dětské a dorostové detoxikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, jež vzniklo v roce 2003 a zaměřuje se na děti a adolescenty do 18 let věku se závislostí na psychotropních látkách. Toto centrum vzniklo jako odpověď na naléhavou společenskou potřebu a vyplnilo v naší zemi prázdný prostor v oblasti péče o děti a mladistvé závislé na drogách (Koranda, 2016).

1.6 Návykové látky a mladiství

Působení návykových látek má u dětí a dospívajících svá specifika. Závislost se vytváří zpravidla podstatně rychleji a riziko těžkých intoxikací, v souvislosti s nižší tolerancí, menší zkušeností a pro dospívání typický sklon k riskování, je mnohem vyšší (Nešpor, 2007). Za experimentování s drogami v období dospívání často stojí dysfunkční či chybějící rodina, mnohdy však mladí závislí pochází z harmonických rodin, kterým objektivně „nic“ nechybí (Millerová, 2011). Rizikové poměry v rodině, jako např. užívání návykových látek, zanedbávání, či sociální znevýhodnění, však riziko problémového užívání drog u mladistvých zvyšují (Šťastná, 2010).

Z hlediska terminologie mohou mladiství návykové látky užívat, zneužívat nebo být na návykových látkách závislí. Termín užívání se vztahuje ke konzumaci, která nepřekračuje zákonné normy ani doporučení, a u které není pravděpodobné, že povede k problémům s návykovou látkou souvisejícím. Zneužívání (nověji rizikové užívání či

škodlivé užívání) značí obecný termín pro hladinu rizika, sahající od nebezpečného užívání k závislosti. Syndrom závislosti je souborem kognitivních, behaviorálních a fyziologických příznaků, vyznačující se neovladatelnou silnou touhou či nutkáním po droze (Csémy et al., 2013).

Podle Mezinárodního projektu ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), jež je největší celoevropskou studií zaměřenou na užívání návykových látek u šestnáctiletých studentů, byl zaznamenán pokles zkušeností u všech sledovaných nelegálních drog, oproti výsledkům zaznamenaným v předchozím výzkumu v letech 2003-2007. I tak jde však o data značně alarmující. 42 % šestnáctiletých má zkušenosti s užitím konopných látek, 8 % s halucinogenními houbami, 5 % s LSD a jinými halucinogeny a 3 % má zkušenosti s extází. Zkušenost s pervitinem má 2 % dotázaných, s heroinem či kokainem 1 % šestnáctiletých. Vysokou prevalenci má užití těkavých látek – 8 %, také léky se sedativním účinkem užívané bez doporučení lékaře – 10 %. Naopak situace s užíváním alkoholu u studentů se nezměnila, časté pití alkoholu uvedlo 21 % šestnáctiletých. Konzumace alkoholu u mladistvých tak zůstává dlouhodobě závažným problémem (Chomynová et al., 2014). Tato situace si u nás vyžádala vznik protidrogových strategií a protidrogové prevence vznikajících na národní, krajské i místní úrovni (Nerud et al., 2016). Z celoevropského hlediska ze studie ESPAD vyplývá, že ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi užívají drogy v nejvyšší míře britští školáci, kteří uvádějí dlouhodobě vyšší míru užití nelegální drogy (36 % oproti průměru v Evropě 16 %) (McGrath et al., 2007).

1.7 Zdravotně sociální problematika u mladistvých s intoxikací

Mladiství procházejí z hlediska somatického i psychologického náročným vývojem a sestra musí k dětem tohoto věku přistupovat taktně. Je nutné počítat s výkyvy nálad a pozornosti, s rychlejší únavou, a hlavně s vyšší citlivostí, kdy zraňující může být vše, co nějakým způsobem zasahuje nově utvářenou identitu a omezuje autonomii dospívajícího. Sestra by měla mít na paměti, že pubescent již nespolupracuje „za odměnu“, ale klade si již vzdálenější a individuálnější cíle svého snažení. Velmi důležité je respektování zvýšené potřeby intimity. Sestra by měla k dospívajícímu pacientovi přistupovat klidně, věcně a partnersky, vybavena schopností empatie a aktivního

naslouchání. Vhodné je udržování profesionální neutrality, nestrannit dospívajícímu ani jeho rodičům, dát mladistvému možnost spolurozhodnout (Nešpor, 2007).

Během léčby nemocného dítěte je spolupráce s rodinou klíčová, Je nutné s rodinou mladého pacienta úzce a účelně spolupracovat, a to obzvlášť v případě, pokud můžeme dle aktuálního zdravotního stavu očekávat komplikace dlouhodobého rázu nebo trvalé postižení.

Sestra by měla svým přístupem, slovem a jednáním rodičům napomáhat, aby pozitivně přijali skutečnost, která nastala, a společně s nimi nasměrovat svůj čas, energii a odhodlání tam, kde je největší reálná naděje dítěti pomoci. Dát jim najevo, že jsme si vědomi jejich výchovné a pečovatelské práce (Fendrychová et al, 2005). Sestra by měla podporovat častou přítomnost rodičů u mladého pacienta, stejně tak návštěvy širší rodiny. Měla by pamatovat na to, že rodiče prožívají krizový stav, během kterého dochází k zúženému stavu vědomí, na což mohou reagovat nepřístupností nebo naopak lehkou ovlivnitelností. Člověk v takovém stavu si zpravidla z rozhovoru pamatuje pouze kusé informace, proto je důležité se průběžně ujišťovat a kontrolovat, že předávaným informacím opravdu rozumí, v případě potřeby je ochotně zopakovat a dávat prostor pro případné dotazy (Koranda, 2016).

Sestra může také rodičům předat informace o existenci organizací a svépomocných skupin, které se zaměřují na pomoc závislým osobám a které by jim a jejich dětem mohly pomoci. Pro rodiče může být také vhodná informace o existenci Toxikologického informačního centra se sídlem v Praze, které podává nepřetržité informace ohledně stavů intoxikace na telefonním čísle 224919293 a 224915402.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u mladistvého s intoxikací

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči u mladistvého s intoxikací?

VO2: Jaké existují rozdíly v ošetrovatelské péči u jednotlivých intoxikací?

3 Metodika

3.1 *Použité metody a techniky*

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory byly realizovány se všeobecnými a dětskými sestrami na dětských odděleních, dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče a v dětském a dorostovém detoxikačním centru, ve třech vybraných nemocnicích. S ohledem na zachování anonymity nebudeme uvádět bližší specifikaci sester ani zdravotnických zařízení.

Rozhovory probíhaly v průběhu března se svolením hlavních a vrchních sester. Sestry byly seznámeny s tématem bakalářské práce, s tím, proč žádáme o provedení rozhovorů a s rozhovorem souhlasily. Byly také seznámeny se skutečností, že se jedná o anonymní šetření, kde nebudou uváděny žádné bližší specifikace, které by mohly vést k identifikaci dotazovaných sester. Rovněž souhlasily s použitím diktafonu při zaznamenávání rozhovoru. Sestrám bylo položeno 13 otázek (viz. příloha 1), které byly v průběhu rozhovoru postupně doplňovány o další podotázky, které nebyly předem připraveny, ale vyplynuly z rozhovoru. Rozhovory se všemi sestrami probíhaly během pracovní doby na klidném místě přímo na jejich pracovišti. Sestry na otázky odpovídaly ochotně a velmi otevřeně. Bylo u nich zjišťováno, jak probíhá ošetrovatelská péče u mladistvých s intoxikací, ať už z důvodu alkoholové a lékové intoxikace, či intoxikace drogami, co je pro tuto péči charakteristické a s jakými těžkostmi se případně při jejím poskytování potýkají.

Všechny rozhovory byly následně písemně zaznamenány a poté zpracovány metodou papír – tužka do kategorizačních skupin (viz. příloha 2). Během této metody jsou sebraná data rozebrána, konceptualizována a poté sestavena novým způsobem. (Švaříček, Šedová, 2007) Přepisy rozhovorů byly očíslovány a poté v nich byly hledány odpovědi věnující se stejným tématům. Ty jsme následně barevně označili a rozdělili do určitých kategorií a podkategorií. Nahrávky rozhovorů nejsou, v souvislosti se zachováním anonymity sester, součástí práce. Jejich doslovné přepisy jsou k dispozici u autorky a také na kompaktním CD, přikládaném k práci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Ve výzkumném souboru odpovídalo na otázky 7 sester z dětské jednotky intenzivní péče, 2 sestry z dětského standardního oddělení a 1 sestra z dětského a dorostového detoxikačního centra. Výběr byl záměrný, podmínkou byla práce na takovém oddělení, kde jsou mladiství s intoxikací ošetřováni a přijímáni k hospitalizaci.

V bakalářské práci jsou sestry z dětských jednotek intenzivní péče a dětského standardního oddělení označovány jako S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9. Sestra z dětského a dorostového detoxikačního centra nese označení D1. Jedná se o sestry ve věku od 23 do 61 let, s praxí na těchto odděleních od 2 let do 22 let. Bližší specifikaci z důvodu anonymity a zamezení případné identifikace sester neuvádíme, je však k dispozici u autorky práce.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami

1. Intoxikace mladistvých

Podkategorie a) Frekvence

Podkategorie b) Výskyt

Podkategorie c) Věk

Podkategorie d) Pohlaví

Podkategorie e) Sociální prostředí

2. Hospitalizace

Podkategorie a) Poměr jednorázových a opakovaných epizod

3. Ošetrovatelské intervence

Podkategorie a) Alkohol

Podkategorie b) Léky

Podkategorie c) Drogy

4. Spolupráce

Podkategorie a) Pacienti

Podkategorie b) Rodiče

Podkategorie c) Sociální pracovníce

5. Ošetrovatelská péče

Podkategorie a) Agresivita mladistvých

Podkategorie b) Omezující opatření

Podkategorie c) Psychická a fyzická náročnost péče

1. Intoxikace mladistvých

Podkategorie a) Frekvence

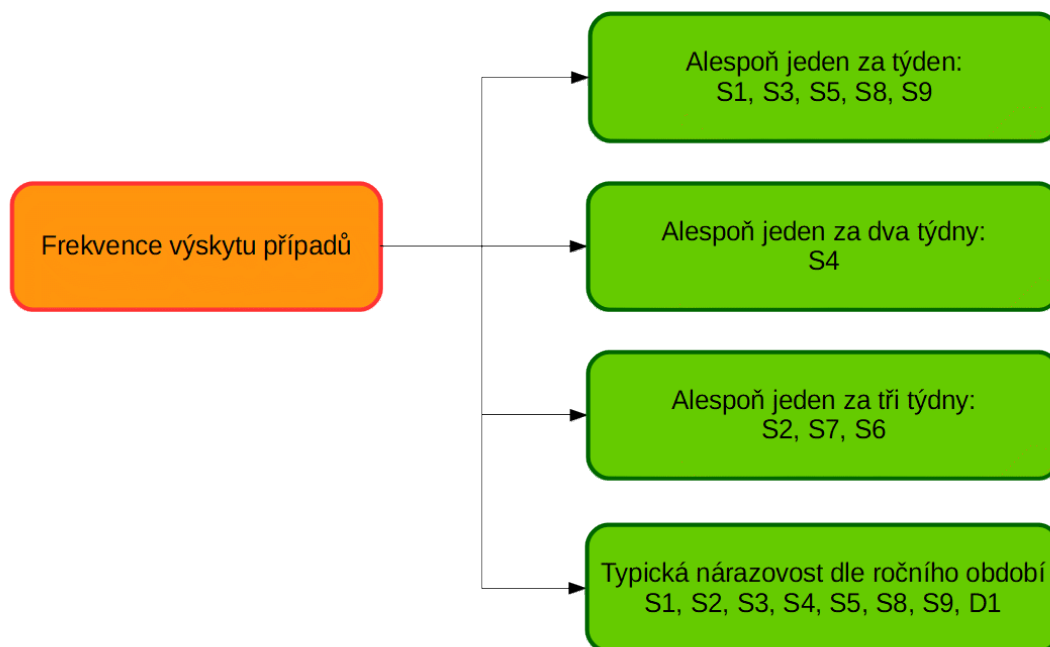


Schéma 1 – Frekvence

Na otázku frekvence intoxikovaných mladistvých na jejich odděleních odpovídaly sestry téměř shodně, že intoxikovaný mladistvý je na jejich oddělení hospitalizován alespoň jednou do týdne. Sestry také téměř shodně uvedly, že je pro tyto případy typická nárazovost dle ročního období a dle společenských událostí pro tato období typická. Frekvenci výskytu případů shrnuje Schéma 1 - Frekvence. S1 odpověděla takto: „*Máme třeba tak dva případy do týdne, pak třeba čtyři dny nic, pak jsou třeba zase dva, tři za sebou, pak třeba 14 dní nic není. Ale máme je tu dost často. Je znát období maturit, takže plesy, teď čarodějnice, konec školního roku, je to nárazové.*“ S3 na tuto otázku odpovídá: „*Třeba jednou do týdne tady takové dítě je. Ono je to hodně ve vlnách. Když jsou plesy, prázdniny, tak je toho víc.*“ S5 odpověděla na otázku následovně: „*Záleží na období, nejvíce v létě a na jaře, prostě když ty děti mají příležitost být venku někde schovaní. Ted' jsme měli dvě během tří dnů.*“ Sestry s praxí deset a více let (S1, S2, S5, S8) uvedly, že za svou praxi sledují zřetelný nárůst těchto případů. S1, S5 a S8 se také zamýšlí nad možnými důvody zvýšeného počtu těchto hospitalizací, které vidí i v celkovém zhoršení mezilidských vztahů. S1 uvádí: „*Hodně to stoupá, to vidím i já*

za dobu své praxe. Oni dneska i ty kamarádi... Nás třeba vždycky odvedli domů a dnes je nechají ležet, zavolají záchranku a utečou.“ S8 uvedla: „Já dneska říkám, že pijou s těma nesprávnějma, kteří se o ně pak nepostarají. Když spolu pijou, tak by se měli o sebe i postarat. Dovést domů, nebo prostě předat rodičům.“ Tato otázka nebyla položena sestře pracující v detoxikačním centru, neboť její pacienty tvoří pouze intoxikovaní mladiství.

Podkategorie b) Výskyt

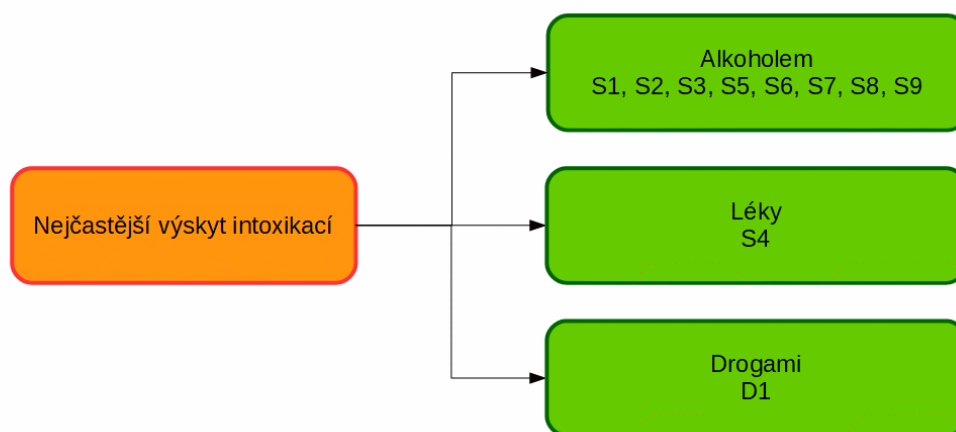


Schéma 2 – Výskyt

Sestry na dětských standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče shodně odpověděly (až na S4), že nejčastějším typem intoxikace u mladistvých na jejich oddělení je intoxikace alkoholem, poté léky a nejnižší výskyt případů je v případě intoxikace drogami. Pouze S4 uvedla, že nejčastější výskyt intoxikací je z důvodu otravy léky, následně alkoholem a drogami. Sestra z detoxikačního centra naopak uvedla, že na jejich pracovišti je častější výskyt intoxikovaných drogami. Sestry dále uvádějí, že v případě léků se jedná hlavně o sebevražedné pokusy, které často bývají demonstrační. V případě drog pak uvádí intoxikaci pervitinem a THC. Sestra z detoxikačního centra uvedla: „My tady máme alkohol, a pak hlavně děti na THC a pervitinu. Já jsem tady nezažila heroin ani kokain.“ Výskyt nejčastějších typů intoxikací shrnuje Schéma 2 – Výskyt.

Podkategorie c) Věk

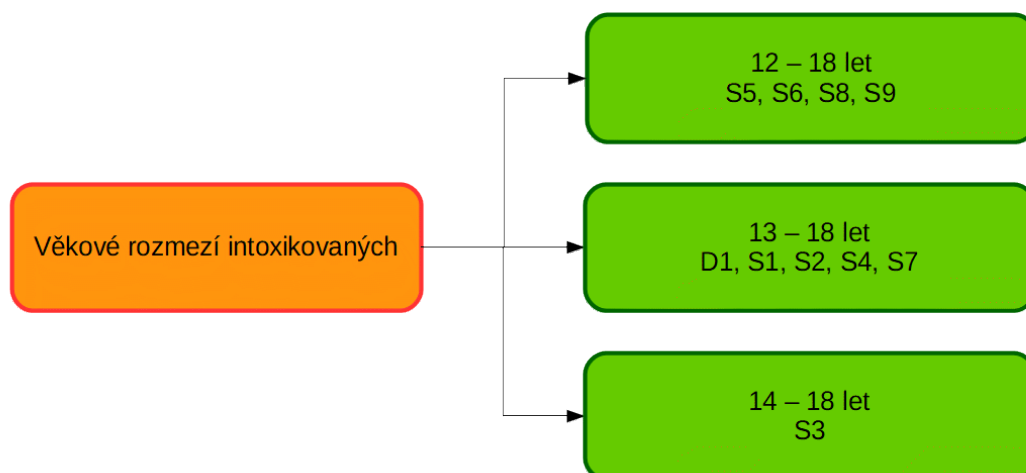


Schéma 3 – Věk

V odpovědích na otázku věkového rozmezí pacientů se sestry lišily pouze v tom, jaký uvedly, dle svých zkušeností, nejranější věk intoxikovaných. Jak ukazuje Schéma 3 – Věk, sestry D1, S1, S2, S4 a S7 uvádějí věkové rozmezí od 13 do 18 let, S3 uvedla rozmezí 14 až 18let. S5, S6, S8 a S9 mají zkušenosti dokonce s 12letými intoxikovanými.

Podkategorie d) Pohlaví

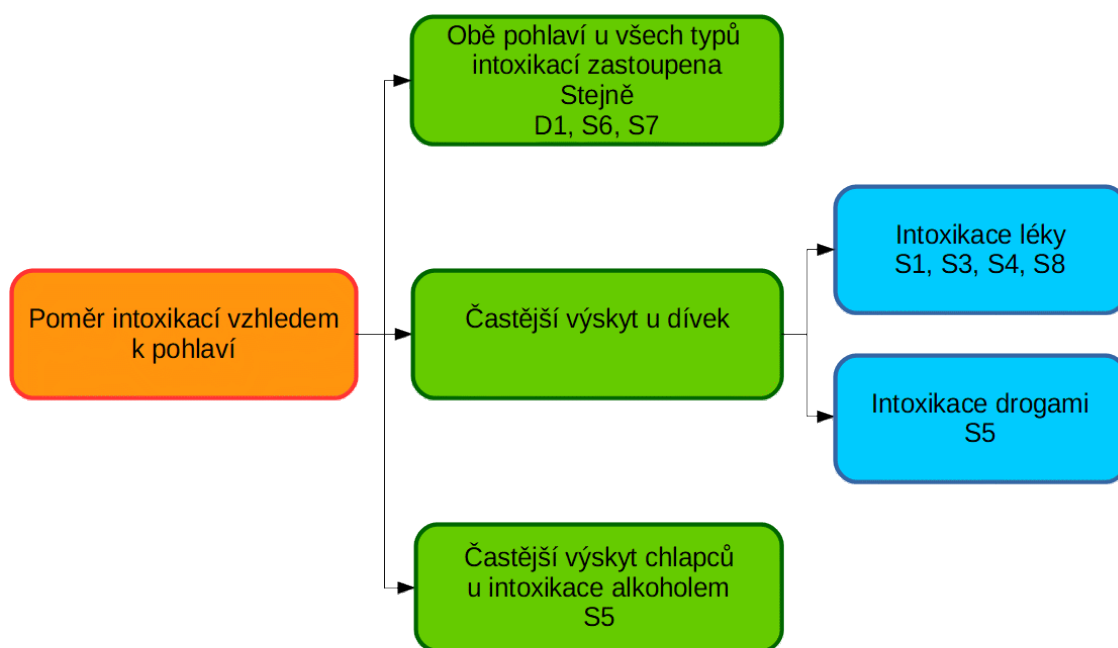


Schéma 4 – Pohlaví

Otázku poměru intoxikací vzhledem k pohlaví shrnuje Schéma 4 – pohlaví. D1, S6 a S7 na tuto otázku odpověděly, že v jednotlivých typech intoxikací jsou obě pohlaví zastoupena stejně. S1, S3, S4 a S8 uvedly, že poměr pohlaví je stejný, pouze v případech demonstračních sebevražedných pokusů léky jsou více zastoupeny dívky. S3 k tomu uvádí „*Co se týká otravy léčivý, tak to jsou často pubertální holky. S tou sebevraždou to většinou nemyslí vážně, takže spolykají léky a hned potom to někomu řeknou.*“ S5 na tuto otázku odpověděla, že intoxikovaní alkoholem bývají častěji chlapci a drogami dívky. S9 uvedla, že dříve byli s otravou alkoholem převážně přijímáni chlapci, dnes je však častější výskyt u dívek.

Podkategorie e) Sociální prostředí intoxikovaných mladistvých

Sestry S1, S2, S7, S8 a D1 spontánně vyjádřily přesvědčení, že za vzniklou situaci často stojí v pozadí také sociální prostředí intoxikovaných dětí. Uvedly, že tyto děti, a zvláště ty, které přijímají z těchto důvodů opakovaně, nepocházejí z harmonických rodin, z dobrého sociálního prostředí. Vyjádřily přesvědčení, že všechny tyto skutečnosti mají vliv na sesterskou práci v různých směrech, ať už se jedná o zhoršené či nestabilní

chování nezletilých pacientů, nebo špatnou spolupráci a nezájem ze strany rodičů. S1 uvedla: „A trošičku je znát i v těch rodinách, z jakých rodin asi... Neříkám, že pravidelně, ale někdy si uděláte obrázek, když vidíte tu rodinu, jaké je to sociální prostředí. Zrovna nedávno tu byla holčina, která si v sebevražedném pokusu lokla Sava. Bylo jí 15, chodila na základku do devítky. Já jsem ji šla omýt a ona měla nad prsama velikánskej nápis „miluju tě“. Vytetovanej. Na základce. Já jsem si říkala, to snad není pravda tohle.“ S2 uvedla: „Tyto děti často mají špatné sociální prostředí, mají alkoholiky rodiče, nebo se chytanou blbý party.“ S7 své zkušenosti popsala takto: „Ti rodiče si ani neuvědomují, že udělali nějakou chybu, že si doma nerozumí, nebo se maminka rozvede a přivede si přítele, který to dítě nemá rád třeba. Takže to jsou demonstračky potom kvůli tomuhle.“ S8 uvedla: „Oni jsou většinou dost sprostý, vulgární, nebo jsou i špinaví a zanedbaní, to je pak vidět i od těch rodičů, že nemají doma takové zázemí, proto si tohleto i dovolujou. To člověk pozná na těch dětech, ale i na tom jednání těch rodičů. A už podle rodiny poznáte, že to nebylo poprvé ani naposled. Ale my už tak jako víme o nich. My potom i vidíme, s jakýma diagnózama je sem rodiče přivlečou, nebo že tam bývají úniky z domova, ze školy, od nějakého problému. Nebo i ze školy to víme. Je to smutné, ale jsou to hodně holky ze zdravotky, loni to byla úplná invaze. A rodiče ve škole pak ještě ty děti brání, že my si vymýšlíme a tak.“ D1 popsala svou zkušenost z detoxikačního centra takto: „Člověk často úplně krásně vidí ten obrázek toho, proč se to dítě vlastně zaseklo v těch deseti letech a zůstalo na týhle úrovni. Zrovna dnes tu máme kluka, který je tu potřetí, má dva metry. Jezdí sem za ním babička, prastrýc, maminka, tetička, prostě všichni. A všichni ho objímají, a je to jejich Davídek, miláček. A on se tady pak opravdu chová jako tele. Jako ani ne pětileté dítě, válí se po zemi, dělá kašpary, dělá si, co chce. Udržují ho prostě v té dětské roli. Tak ze tří čtvrtin tady máme děti z diagnostických ústavů, z výchovných ústavů, z dětských domovů, kde jsou pak chvíli pod dozorem, většinou do první vycházky a jede to pořád dokola. Jsou to většinou děti z rozvrácených rodin.“

2. Hospitalizace

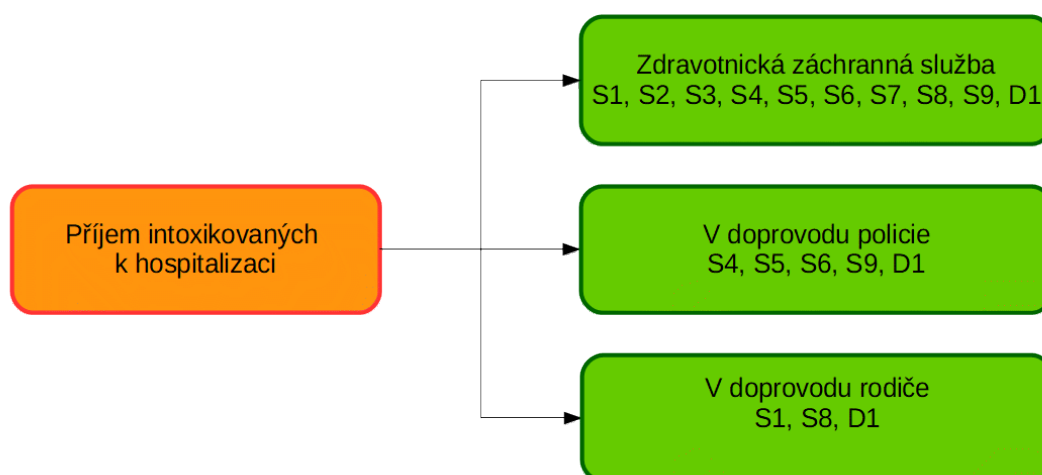


Schéma 5 – Příjem

Jako nejčastější způsob, jakým se intoxikovaní nezletilí na oddělení dostávají, uvedly sestry záchrannou službu, často s policejním doprovodem. Na druhém místě pak rodiče. S1 odpověděla: „K nám se dostávají záchrankou hodně. Také se stane, že je přiveze rodič. U otravy léčivý se také stane, že to dítě to řekne doma třeba až za půl dne, když pospává, máma ho chce vzbudit, ono to nejde. Tak když ho pak vzbudí, tak to řekne, že snědla nějaký platička, pak zavolají záchranku. A záchranka nám je vozí také přímo z ulice.“ D1 uvedla: „Často je vozí policajti v noci, opilé, že je seberou někde před klubem a odvezou je k nám. Nebo je přiveze záchranka. Ta je odveze nejprve do Motola, tam je prohlédnou, kontaktují nás a pokud nejsou v toxické psychóze, tak si je bereme sem. Také nám je vozí z výchovných ústavů, z dětských domovů, ze středisek výchovné péče, kde jim děti utíkají a na útěku fetujou. Nebo potom rodiče, kterým to doporučí kurátor a mají nějaké předběžné opatření.“ Otázku způsobu příjmu k hospitalizaci shrnuje Schéma 5 - Příjem.

Podkategorie a) Poměr jednorázových a opakovaných epizod

Sestry z dětských oddělení a jednotek intenzivní péče se převážně shodují, že většinou se jedná o jednorázové epizody. S1 a S5 mají zkušenost opačnou. Na tuto otázku odpověděly, že ty samé děti jsou na oddělení z těchto důvodů hospitalizovány

opakovaně. Sestra z detoxikačního centra uvedla, že „99 % dětí je tu opakovaně“. Dále odpověděla „Jednorázová epizoda může být třeba u toho alkoholu, ale pokud jsou to toxikomani, tak ti se sem nedostávají po jednom užití, to je většinou dlouhodobější. Ti rodiče většinou kontaktují sociální pracovníci, protože už si nevědí rady, potom kurátora. Přijetí sem mají buď nařízeno v předběžném opatření, nebo v rámci dobrovolnosti po dohodě. Ale vždycky je tam dlouhodobější problém.“

3. Ošetrovatelské intervence

Sestry na tuto otázku bez výjimky odpověděly, že v ošetrovatelských intervencích není u jednotlivých intoxikací výraznější rozdíl. S5 odpověděla: „Ty intervence jsou vlastně stejné. Spíše než na druhu intoxikace záleží na tom, jaké mají projevy a v jakém jsou věku. Jestli je tam porucha vědomí, zvracení nebo agresivita.“

Podkategorie a) Alkohol

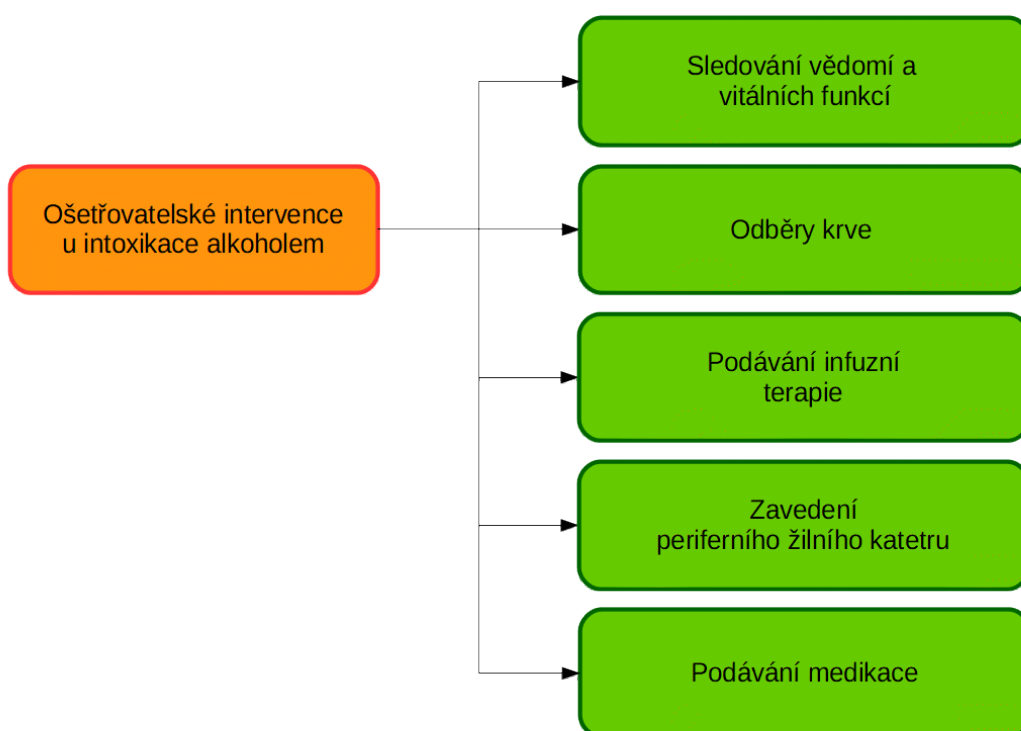


Schéma 6 – Intervence u intoxikace alkoholem

U mladistvého s intoxikací alkoholem sestry uváděly stejné vykonávané intervence. Jak ukazuje Schéma 5 – Intervence u intoxikace alkoholem, mezi tyto intervence patří monitorace vitálních funkcí a celkového stavu, zavedení periferního žilního katetru, odběry a podávání medikace a infuzní terapie dle ordinace lékaře. Ordinace infuzní terapie je, dle odpovědí sester, závislá na sloužícím lékaři a zvyklostech oddělení. S3 odpověděla: „Napíchne se kanyla, udělají se základní odběry, na hladinu alkoholu v krvi a základní biochemie. Naši doktoři většinou nejsou zlí, tak je prolejou nějakou infuzí, aby je ráno nebolela hlava.“ S4 odpověděla: „U alkoholových intoxikací

odebíráme krev a dáváme infuze, aby se propláchli a druhý den jim nebylo tak špatně.“
S8 oproti tomu uvádí: *„U alkoholu čekáme, až se z toho vyspí, zavodňují se infuzemi. Někdy je pak bolí hlava. To záleží, který z doktorů slouží. Někdo jim dá infuze, aby je ta hlava nebolela, někdo si je to nechá vychutnat. Sledujeme hlavně vitální funkce, dechy a tlak.“* S5 popsala intervence u otravy alkoholem takto *„Záleží, jaké mají projevy. A v jakém jsou věku. Jestli je tam porucha vědomí, agresivita nebo zvracení. Děláme odběry krve, zavádíme kanyly a podáváme infuze, protože se doplňuje krevní objem. Pokud zvrací, někdy se zavádí sonda.“* S6 popisuje tyto výkony takto: *„Když jsou opilí, tak léčba u nich není nijaká, dá se jim kapat infuze a tím to pro nás hasne. Samozřejmě se hlídá stav vědomí a vitální funkce.“* S9 odpověděla: *„U těch alkoholiků, to se dávají infuze a dáváme pozor; kdyby náhodou zvraceli.“*

Podkategorie b) Léky



Schéma 7 – Intervence u intoxikace léky

Jak ukazuje Schéma 7 – Intervence u intoxikace léky, při otravě léčivými sestry uváděly výkon těchto intervencí: konzultace s toxikologickým střediskem, vstupní odběry, zavedení periferního žilního katetru, výplach žaludku, podání antidot, medikace a infuzní terapie dle ordinací lékaře, monitorace vitálních funkcí a kontrola hladiny toxinů v krvi. Z eliminačních metod sestry uvedly aplikaci forsírované diurézy. Jako další byly uváděny intervence nespecifické, vyplývající z typu požití látky, např. rtg vyšetření, endoskopické vyšetření jícnu nebo vyšetření v ambulanci ORL. U výkonu výplachu žaludku sestry (i ze stejného pracoviště) uváděly rozdílný čas, jak dlouho po požití se výplach žaludku provádí. S8 odpověděla: „U intoxikace léky voláme toxikologické středisko a podle toho, co řeknou, že z toho může být, tak to hlídáme. Třeba nám řeknou, že ta látka může způsobit zápal plic, tak děláme rtg s+p. Dělalí se vstupní odběry a potom třeba ten rtg. Také záleží, čím jsou předávkovaní, jaký je tam poločas rozpadu. A výplach žaludku, u toho záleží, jak je to dlouho od požití. Když je to třeba za čtyři, pět hodin, tak to už se ani vyplachovat nedá. To nám řeknou v tom středisku, jestli vyplachovat, nebo nevyplachovat. Někdy to dělá i erzeta, ale u dětí to

moc dělat nechtějí. To nám přivezou a nazdar, nechají to všechno na nás. Ještě možná zajistí kanylu, když se to povede. A toxikologie třeba řekne vypláchnout, to pak dáváme ještě deset až patnáct tablet uhlí do posledního výplachu. Pak infuzní terapie a sledování vitálních funkcí. Antidota dáváme také, ale to spíš metabolická JIP nebo ARO. Někdy děláme forsírovanou diurézu, záleží, čím to je.“ S2 popisuje intervence u otravy léčivý takto: „U léků se nejdřív udělá výplach, jestli to má ještě cenu. To se pošle. Udělají se odběry, kanyla. Sledujeme vědomí, Glasgow score. Většinou se odebírá krevní obraz, biochemka, drogově toxikologický screening. Většinou doktoři chtějí ještě odběry na alkohol, jak krev, tak moč. Kanyla, infuze, někdy chtějí cévkování. Zvratky a moč posíláme na toxikologii. S3 odpověděla: „Když je to požití léků, tak když je to do dvou hodin, tak se dělá výplach žaludku a když je to nějaký specifický lék, třeba paracetamol, tak se potom dává nějaké antidotum. Hlavně se tam hlídají ty hladiny těch léků v krvi. Takže je tu máme na sledování a třeba po šesti hodinách se odebírají ty hladiny, jestli to klesá nebo neklesá. Také sledujeme funkce ledvin a jater.“ S1 mimo jiné popisuje výkon výplachu žaludku prováděného za výchovným účelem. „Záleží na tom, čím jsou otráveni. Dáváme antidota. Mají žilní linku, zavedený proplach. Děláme forsírovanou diurézu, to mají vždycky všichni. Plazmaferézu a tak, to tady neděláme. Pokud je to velká otrava, třeba paralenem a má vysoké hladiny, tak to posíláme na vyšší pracoviště, to tady neděláme. Udělají se základní odběry, biochemie, hladiny těch léků a výplach žaludku, pokud není pozdě. Pokud je to po více hodinách po požití, tak výplach nemá cenu, ale někdy ho děláme výchovně, u těch opakovaně hlavně. A pokud nevíme, co to je, nabírají se vzorky žaludečního obsahu. Voláme toxikologické centrum, když nevíme, co to je a co to může udělat. Pokud ty děti požijí nějaký takový preparát, jako teď jsme tady měli holčinu, patnáct let, která se v sebevražedném pokusu lokla Sava, tak v těchto případech pak většinou chodí na ORL. Nebo tady děláme endoskopické vyšetření jícnu, jestli tam není nějaké poleptání. U paralenu dáváme antidotum. Jinak co se týče léků, hodně polykají antidepresiva a psychiatrické léky, to už víme, co to může udělat a jen monitorujeme.“

Podkategorie c) Drogy

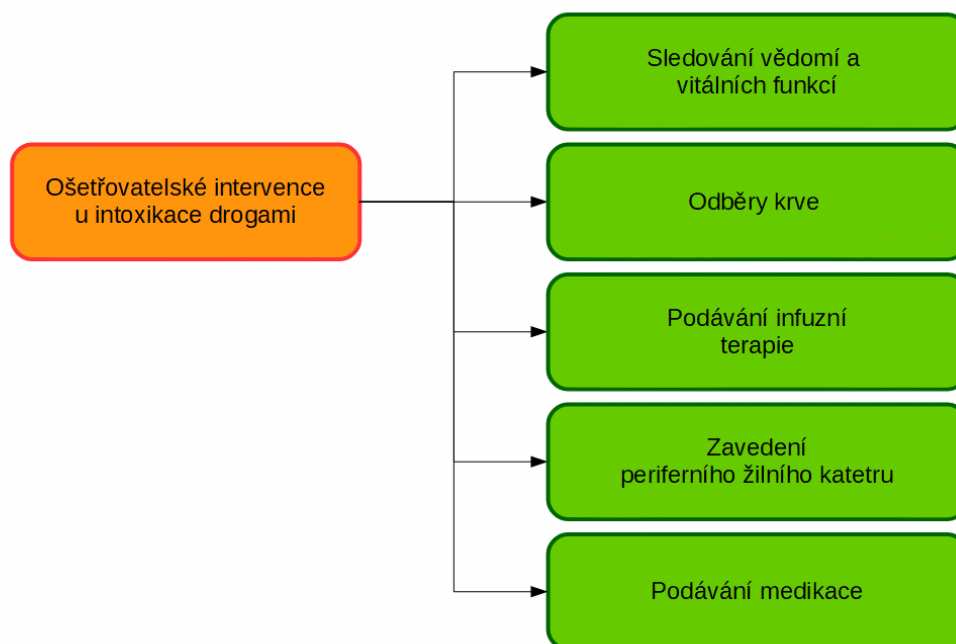


Schéma 8 – Intervence u intoxikace drogami

Dle odpovědí mají s péčí o drogově intoxikovaného sestry nejméně zkušeností. Jak ukazuje Schéma 8 – Intervence u intoxikace drogami, z intervencí, prováděných v těchto případech, sestry uváděly provádění odběrů, podání infuzní terapie a hlídání stavu pacienta. S6 na tuto otázku odpověděla: „U těch feťáků se většinou prostě uloží a čeká se do rána. Pak se většinou překládají třeba do Opařan, my si je tady pak už nenecháváme. Většinou jsou na JIP, abychom na ně viděli a také je moc nechceme dávat mezi ostatní děti.“ S3 uvedla „U drog, tam to většinou řeší sociálka, psycholog nebo psychiatr. Posílají se pak do Červeňáku. Důležité je u nich hlavně chránit sebe. Už i u toho alkoholu. Hlavně na všechno rukavice, dávat si pozor, aby neškrábl, nekouzl. A většinou projdeme osobní věci, jestli nenajdeme nějaké stříkačky nebo jiný materiál. U narkomanů se ten abstinenci syndrom řeší jen nějakým Lexaurinem, Ataraxem, že by se jim dávalo něco místo toho, to ne.“

V otázce ošetrovatelských intervencí se významným způsobem lišily odpovědi sestry z detoxikačního centra. Ošetrovatelská péče je zde specifická a od standardního dětského oddělení odlišná. Sestry zde sledují stav a vitální funkce nezletilých, podávají

medikaci. Ostatních odborných výkonů je velice málo. D1 práci sester zde popisuje takto: „*V ošetrovatelské péči není rozdíl, ta péče je stejná, u alkoholu i u drog. Ošetrovatelských intervencí máme minimum, máme minimum možností, sloužíme v jedné, i když máme třeba deset, patnáct dětí. My jsme tady opravdu spíše jako dozorkyně. Někdy ty děti přijdou, že si chtějí povídat, ale ta sestra zase nemůže odejít z té sesterny, protože musí brát akutní telefony, které tady zvoní celý den. Konzultace s lékařem, dodržování režimu, indikací a medikace, to je naše jediná ošetrovatelská práce. Když jsou ty děti v akutní fázi, což je dost často, tak se jedná hlavně o monitoring na pokoji, který je prosklený se sesternou. Ale my sem nepřijímáme pacienty, kteří by na tom byli tak špatně, že by museli být permanentně připojeni na nějakém monitorovacím zařízení. Takže sledujeme stav, reakce na bolest a podobně, prostě aby nešel do nějakých záchvatů. Ty děti jsou většinou už zamedikované. Výplachy žaludku a podobně tady vůbec neděláme. Ty děti, pokud jsou třeba v bezvědomí, tak se sem vůbec nepřijímají. Sestra je v podstatě jen dozor, sleduje fyziologické funkce, celkový stav. Ty děti mají minimálně medikace. Jakmile se vyspí na JIPu, pak už jsou mezi ostatními dětmi, lékaři mu nasadí třeba antidepressiva, tak ty podáváme. Ještě mívají něco na spaní, ale té medikace moc není. Ráno u přijímaných pacientů děláme odběry. Nepříjemné je, že to tu máme spojené, kluci a holky dohromady na jedné chodbě. Máme tu kamerový systém, ale stejně občas musíme celou noc hlídat. A to už přes den vidíme, že se kluk s holkou sblíží, oni se s tím nijak netulaj, tak pak musíme v noci hlídat. Oni ale když chtějí, tak si stejně najdou příležitost, je tu koupelna, záchody. Ale to nechci říct, že se děje. Co jsme tady, chytli jsme třikrát holku a kluka v posteli, měla ještě kalhotky, co se dělo, nevíme. Oni jsou pak vyloučení.“*

4. Spolupráce

Podkategorie a) Pacienti

Sestrám byla také položena otázka, jaká bývá, dle jejich zkušeností, s intoxikovanými mladistvými spolupráce. Sestry shodně odpovídaly, že spolupráce s těmito nezletilými závisí na stavu a agresivitě intoxikovaného. S3 to popisuje takto: „*U alkoholu jsou většinou vláční, v bezvědomí, špatně probuditelní. Ale jsou i agresivní. U drog jsou spaví, co jsem zatím zažila. U léků většinou spolupracují.*“ S1 odpověděla: „*Někdy jsou agresivní, ale většinou usínají, jsou omámení.*“ S4 spolupráci se svými pacienty popisuje takto: „*Bývá těžká, především u těch opilců, ti se brání, perou se s námi.*“ S5 odpověděla: „*Spolupráce je jak s kterými, záleží, proč to dělají, proč to snědli. Takové ty nešťastné lásky, ty holky, tak těch je mi líto. Pak jsou ty opakovaný, ty prostě rebelují. Některý ty děti jsou negativistický, některý jsou v pohodě. Někdo toho lituje. Když je to alkohol, tak se všichni bojí těch rodičů, to jsou většinou nějaký maturáky. Ale spolupráce jak kdy. Spíš se jich bojíme, těch chlapů velkejch, to je takový, aby nám jednu neřali.*“ S8 uvedla: „*Jak kdy, bývají agresivní, někteří zase to vyspějí, pak si to třeba ani nepamatují. Někteří si to pamatují, zalezou pod deku a je to. S2 popisuje spolupráci takto: „*Spolupráce s nimi není žádná. Bud' spí a díky té infuzi se proberou až ráno a dobrý, to bývá ten alkohol. No a když jsou to i feťáci, tak to je špatný.*“ D1 mimo jiné popisuje, jak se ve skupině nezletilých narkomanů ovlivňují drogově závislí mezi sebou. „*Většinou, když je to akutní příjem, tak jsou hrozně agresivní, nedůtkliví, vykroucení. Jsou neklidní a nespoupracující. Dokud se nám je nepodaří zamedikovat, tak, než to zabere, tak nám lítají po chodbě, musí být chvíli zamčení. Ale nebývá to zase tak zlé, protože nebereme ty nejtěžší případy, to bychom neuhlídali. Navíc tady je to promíchané a ten intoxikovaný pacient hrozně rozjíždí ty děti, které by už měly jít domů a být čisté. Oni dostávají velké chutě, když ho vidí. Takže v tom se to liší, že ta práce s tím akutním pacientem je daleko těžší. Poslední příjem byl strašlivej, to byla slečna, před měsícem jsme ji propouštěli. Zase nám ji přivezli a lékař nerozeznal, že se jedná o velmi těžkou toxickou psychózu. Takže si nás pletla s policajtem, nenechala se**

svléknout, tak byla tři dny tady na jip v civilu. Byla jí násilně aplikována intramuskulární zklidňující injekce, prášky spolknout nechtěla.“

Podkategorie b) Rodiče

Sestry na dětských odděleních přichází s rodiči nezletilých do kontaktu každý den, spolupráce s nimi je významnou součástí jejich práce a z odpovědí sester vyplývá, že během ní musí mnohdy využívat své schopnosti asertivity. Zkušenosti sester s přístupem rodičů k celé situaci jsou různé. Někteří cítí za dítě stud, jiní vztek, někteří dítě omlouvají. S3 uvedla: *„S rodiči je spolupráce většinou dobrá, protože si uvědomují, že je to chyba toho dítěte a že mohou být rádi, že jsme mu pomohli. Spíš mi přijde, že se za to dítě stydí. Třeba když si ho ráno vyzvedávají po opici. Špatnou zkušenost nemám. Pro ty rodiče může být problém, že to pak třeba šetří sociálka.“* S7 na tuto otázku odpověděla: *„Rodiče vždy tvrdí, že to nečekali, že problém doma nemají. Spíš jsou takoví ochranářský, úzkostliví, neví, co si s tím počít.“* S2 se již setkala i s velmi nekompromisním postojem rodičů: *„Někteří rodiče je litují, ale někdo jim nepřinese ani boty. A řekne, jak jsi takhle přišla, tak půjdeš domů. Venku kosa. Také maminka řekla, ať si jde domů bosa, je mi to jedno. Je to různé.“* Negativní zkušenost ohledně spolupráce rodiny mají S5, S6, S8 a D1. S5 svou zkušenost popsala takto: *„Někteří rodiče přijdou, hned seřvou to dítě, jdou proti tomu dítěti. Někteří ale přijdou a jsou našťvaný na nás, proč jsme je volali, ať si to tady vylíže to dítě. A někdy, když se pak umísťují třeba do těch Opařan, tak někdo chce, ale někdo to podepsat odmítá.“* S6 odpověděla: *„S rodiči bývá spolupráce dobrá, ty jsou jenom našťvaný na ty děti, s těmi se domluvíte. Ale některý jsou i našťvaný na nás, třeba když se nám nevede odběr. A vůbec si neuvědomují, že je to chyba toho dítěte nebo i jejich, že tady to dítě je.“* S8 uvedla, že spolupráce s rodiči často není jednoduchá, blíže to komentovat nechtěla. D1 nám své zkušenosti s rodiči dětí popsala takto: *„Ti rodiče jsou většinou strašně zničení z toho. Ale pak jsou tady rodiče, kteří i přesto, že ten feťák je doma vykrádá, nechodí domu, uráží je a fyzicky napadá (oni většinou mlátí ty své rodiče, nás pak tady už ne), tak mu sem nosí čokoládičky, objímají ho, chodí sem celá rodina. A to fakt nepomáhá, to nepomáhá tomu dítěti vůbec, takovýhle soucit rodiny. To není spolupráce.“*

Podkategorie c) Sociální pracovníce

Kontakt a spolupráce se sociálními pracovníci je nedílnou součástí práce sestry při péči o intoxikované mladistvé. Kontakt s nimi, i když třeba jen v minimální míře, mají dle odpovědí všechny sestry. S1 uvedla: „*Celá nemocnice má rozdělené své sociální pracovníce, které pracují pro určitá oddělení. Máme tedy svoji, kterou voláme, když je potřeba.*“ S2 odpověděla: „*Kontakt s nimi máme málo, vyloženě když to jsou závislí na injekčním pervitinu. Spíš se řeší psycholog, psychiatr. To už se potom řeší spíš na standardu.*“ S4 uvedla: „*Kontakt se sociálními pracovníci mám minimální. Bývá to u těch drog hlavně.*“ S5 popsala své zkušenosti v této oblasti takto: „*Někdy jo. Zvlášť, když tomu asistuje policie někdy, že to přivezou s policejní asistencí, tak ty volaj sociálku. Ale to už řeší naši lékaři.*“ D1 odpověděla: „*Sociální pracovníce nám vozí ty děti z těch ústavů, i vychovatelé a kurátoři sem jezdí. Já dělám na ambulanci ten příjem za jejich asistence a pak jdeme nahoru, prohlédneme všechny jejich věci, oni jsou schopni si propašovat cokoli, třeba v podšívce. V tomhle spočívá naše sesterská práce tady.*“

5. Ošetrovatelská péče

Podkategorie a) Agresivita mladistvých

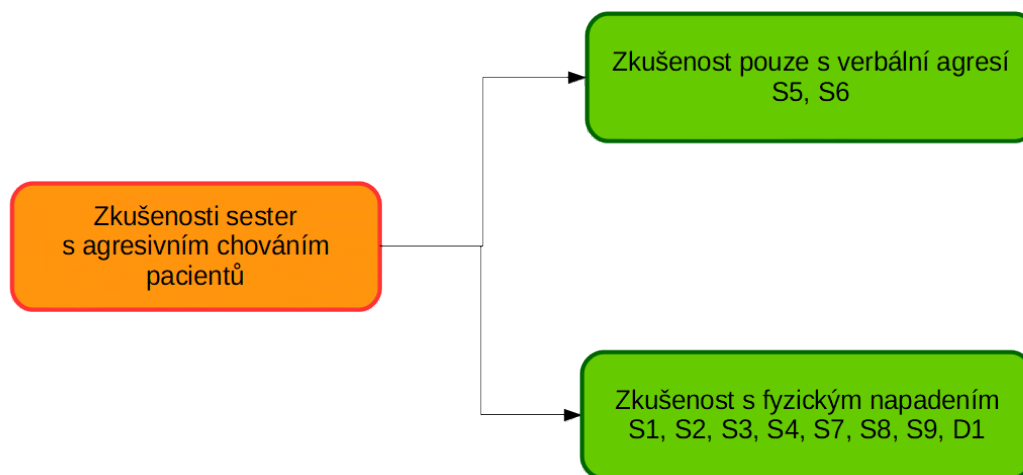


Schéma 9 – Agresivní chování

Zkušenosti sester s agresivním chováním pacientů shrnuje Schéma 9 – Agresivní chování. Dle odpovědí sester na jejich zkušenosti s agresivitou ze strany intoxikovaných pacientů vyplynulo, že zkušenost s agresivním chováním mají úplně všechny. Sestry agresii popisují jako nedílnou součást své práce při ošetrovatelské péči o tyto pacienty. Všechny sestry bez výjimky se shodují, že verbální agresii zažívají téměř od všech mladistvých intoxikovaných alkoholem či drogami v akutní fázi. Také s fyzickou agresí mají skoro všechny sestry osobní zkušenost, pouze sestry S5 a S6 uvedly, že fyzické napadení osobně nezažily. S3 uvedla: „Opilci bývají i agresivní, oni koušou, štípou. Už se nám i stalo, že policajti, kteří to dítě přivedli, nám nabídli, jestli tu mají zůstat přes noc. Ale nevyužili jsme toho, ty děti pak většinou zkrotnou, odpadnou a usnou. Poslední případ dopadl tak, že chlapec, při poslední vizitě mu ruply nervy a musela být zavolána ochranka. Už dva dny nás slovně napadal a potom už i naznačoval, že by dal nějakému doktorovi pěstí. Už to bylo hodně vyhrocené.“ S4 odpověděla: „Hlavně u těch opilců, oni se brání, perou se s námi. Napadení jsem přímo nezažila. To, že nás třeba strčí nebo chytanou za ruku, to se stane. Bývají slovně agresivní, hodně vulgární.“ S5 nám popsala své zkušenosti takto: „Napadení jsem zažila několikrát a jedno jsem odnesla zlomeným malíčkem s trvalými následky. To už je ale hodně dávno, to byla intoxikace Rivotrilem.“

D1 ve své odpovědi mimo jiné popisuje pocit ohrožení, který sestra při práci s těmito pacienty zažívá. „Agresivita bývá často verbální, ale někdy potom, i třeba po pěti dnech, nám tu začnou mlátit nábytkem. Nebo jsem zažila, že tu vylili kotel s čajem. A určitě tady byly napadené sestřičky. Ale to fyzické napadení není tak časté, protože nepřijímáme pacienty v akutní psychóze. Ta agrese potom vyplývá spíše z té poruchy chování nebo jiných diagnóz. Je to někdy o strach. Sloužíme v jedné, my tu nemáme ani sanitáře. Máme takové pípátko, kterým bychom si sanitáře v případě potřeby měly přivolat. Ale ten většinou nepříjde a když ano, je to nějaký sedmdesátiletý pán, který je dezorientovanější než to dítě, které přijímáme. Je tu jen lékařka k tomu.“ Také S9 nám popsala psychickou náročnost práce sestry s těmito pacienty. „Napadení jsem zažila, také jsme tu měli policajty do rána, dítě na poutech, no bojíte se. Protože velkej kluk, dělá karate, maminka si s ním nevěděla rady.“

Podkategorie b) Omezující opatření

Pět z deseti dotazovaných sester v souvislosti s agresivitou nezletilých pacientů popisují nutnost občasného využití kurtů. S1 uvedla: „Takový ty drogový děti, ty jsou samozřejmě pak v tom abst'áku, takže tam je pak nebezpečí poranění o postel, padání z postele, tam je i na místě to kurtování.“ S2 odpověděla: „Napadení jsem zažila, u takových těch našich stálic, většinou to bývá kombinace drog a alkoholu. Pak je to na kurty, ale to jsem zažila asi dvakrát nebo třikrát.“ S3 popsala svou zkušenost takto: „Opilci jsou agresivní, někdy se musí dát i do kurtů, ty se používají tak třikrát do roka.“ S8 nám odpověděla: „Zažila jsem kluka, ten byl tak agresivní, že jsme museli volat policii, ti ho poutama přidělali k noze od stolu a stejně to tam celý pobořil. Oni mají neskutečnou sílu. Někteří to zase vyspěj, zanáďavaj si, zaplivají, nadávají sprostě, rvou ze sebe všechno. Jsou pomočený, špinavý, protože jsou někde vyválený.“ D1 odpověděla takto: „Kurty používáme málokdy, ale zrovna teď byly. A zrovna to bylo u alkoholičky, která se ráno probudila jako sluníčko, vůbec nevěděla, jak se sem dostala, a byla to velice milá slečna.“

Podkategorie c) Fyzická a psychická náročnost péče

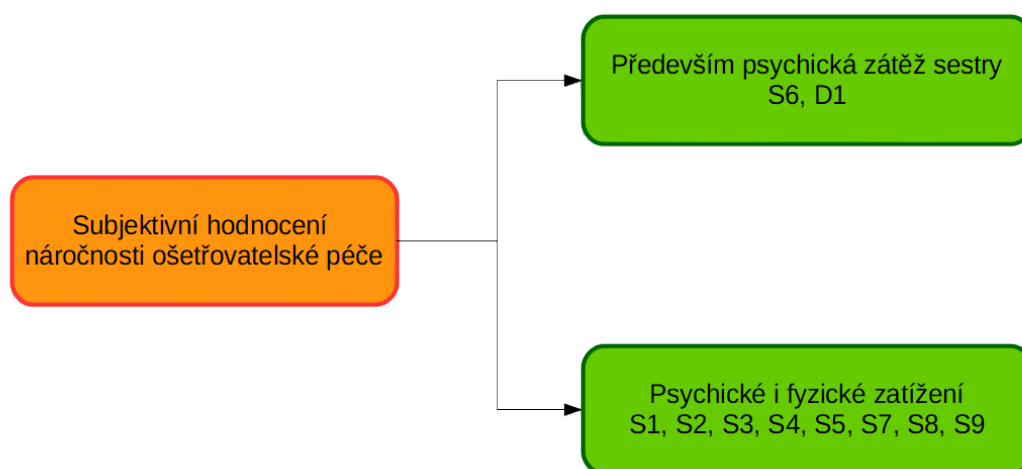


Schéma 10 – Náročnost péče

Sestrám byla položena otázka, jak hodnotí svou práci o tyto pacienty, zda se jim zdá fyzicky či psychicky náročná, zda v ní vidí smysl a v čem je tato péče, dle jejich názoru, náročná a specifická. Odpovědi sester na tuto otázku shrnuje Schéma 10 – Náročnost péče. Pouze S6 a D1 považují péči o tyto pacienty za náročnou převážně psychicky, ostatní sestry odpověděly, že tuto péči považují za náročnou psychicky i fyzicky. S5 odpověděla: „*Je to blbý v tom, že tady mám mimino, průdušky, operanta a ožralýho. Že je to všechno dohromady na malém prostoru. A sama sestra na to všechno. Ono je to s nimi... Tady se snažíte, snažíte, dobrý, tak už budu sekat latinu a šup, za měsíc je tady zpátky.*“ Na otázku, zda považuje péči o mladistvé intoxikované za psychicky a fyzicky náročnou odpověděla: „*Ano. Ale musím to rozdělit, než jsem měla já svoje děti a teď, co je mám. Tak je to úplně jiný. Já mám čtrnáctiletého syna, takže já už si to předávám, aby mi takhle neskončil. Občas se tu vyskytne i jeho spolužák, kamarád. Tak to je takový náročný. Dřív jsem tak spíš chápala ty holky. Ale to je se všema diagnózama, nejen s těma detoxama.*“ D1 hodnotí náročnost péče o své pacienty nejvíce negativně. Svou zkušenost z detoxikačního centra popisuje takto: „*Je to frustrující v tom, že tu nevidíte vůbec žádný posun, aspoň v té léčbě u těch dětí. Oni odcházejí s tím, že prostě hned pojedou tamhle do Holešovic, do Crosu, a hned si tam jdou dát a hned mají spicha s tím a s tím... A víme, že tady bude třeba za měsíc zpátky, jestli neumře někde. Někteří domů odcházejí namotivovaní, jak to bude všechno bezva a za týden jsou tady zas. Oni v těch patnácti, šestnácti letech nemají vůbec žádný náhled. I když tady ty informace dostanou,*

účastní se těch psychoterapií, paní psycholožka jim vše vysvětlí, oni jí to odkejdou. Oni v tu chvíli ten náhled mají, ale je to baví. Někdo to řekne otevřeně, že je to prostě baví. A znala jsem klienty z Červeného dvora, dvacetileté, kteří mi vyprávěli, že prostě v těch patnácti, šestnácti letech nebylo síly, která by je zastavila. Že se museli profetovat do takového stavu, kdy se jim třeba až rozpadly rodiny. Zatím o ně pořád pečují rodiče nebo výchovný ústav, takže oni jsou pořád ještě pod kontrolou, ale v osmnácti zaklapnou desky, to dítě je v tu ránu na ulici a pak teprve uzná, že by s tím mělo něco začít dělat.“ Na otázku, jaký má ke své práci vztah, uvedla: „No víte... Většina sester je tady vyhořelých. Všechny jsou již důchodového věku. Není to ideální, ale sestry nejsou a když by byly, tak je nezaplátí. Práce je tu náročná hlavně psychicky. Proto to zde zvládají ty starší sestry. Ale mladé to tu neláká, nedostanou se tu moc k sesterské práci, mě by to ve dvaceti taky nebavilo, jen prostě buzerovat děti, uklid' si tohleto, převlíkni se, pak rozdat oběd, potom zas udělej támhleto nebo vyper si tohleto... Ale já jsem tu spokojená, i když se ty děti vrací. Ta práce v psychiatrii o tom je.“

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká existují specifika ošetrovatelské péče u mladistvého s intoxikací. Zaměřili jsme se přitom na druhy intoxikací pro tento věk typické, tedy otravy alkoholem, drogami a léky. Stanovili jsme dvě výzkumné otázky. První zkoumá, jaká jsou z pohledu sester hlavní specifika péče o tyto pacienty. Druhá se zabývá tím, zda a jaké existují rozdíly v ošetrovatelské péči dle jednotlivých druhů intoxikací. Nejvhodnější metodou k jejich zodpovězení se jevil polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými a dětskými sestrami na dětských standardních odděleních, jednotkách intenzivní a resuscitační péče a z dětského a dorostového detoxikačního centra. Výzkumné šetření bylo prováděno ve třech vybraných nemocnicích, na otázky odpovídalo celkem 10 sester.

Struktura kategorií výzkumného šetření je s výzkumnými otázkami volně spojena, otázky během rozhovoru byly za sebe řazeny tak, aby na sebe co nejvíce navazovaly, rozhovor probíhal co nejvíce plynule a celek dohromady poskytoval ucelený obraz ošetrovatelské péče, kterou sestry nezletilým intoxikovaným poskytují. Sestrám byla přitom ponechána možnost volně se rozhovořit v oblastech, které se jim zdály důležité či zajímavé. Následnou analýzou jejich odpovědí byly získány informace, které byly rozřazeny do jednotlivých kategorií pro zhodnocení výzkumného šetření.

Sestry se na rozhovor nijak nepřipravovaly. Každá odpovídala dle svých zkušeností a podle svého založení. Některé sestry odpovídaly spíše stručně, jiné se rozhovořily velice obsáhle. Jejich odpovědi byly spontánní a otevřené, sestry odpovídaly ochotně a se zaujetím, někdy až s šokující upřímností. I přesto, že výsledky vyplývající z rozhovorů se ve všech oblastech takřka shodují, nedají se samozřejmě zevšeobecnit a považovat je za globálně platné. Myslím si ale, že poskytují velmi zajímavý obraz toho, jaké existují zvláštnosti ošetrovatelská péče o intoxikované mladistvé a také toho, jak náročná tato péče je.

Nejprve jsme se snažili o určitou identifikaci nezletilého pacienta s intoxikací, kolik mu je let, jakého je pohlaví a jak často se tento typ pacienta na dětských odděleních vyskytuje. Z odpovědí vyplynulo, že sestry poskytují ošetrovatelskou péči z důvodu

intoxikace návykovými látkami či léky často již dvanáctiletým dětem. Sestry, hlavně ty s víceletou praxí, uvedly, že děti s těmito diagnózami jsou na oddělení přijímány čím dál častěji, v průměru jednou za týden, přičemž typická je nárazovost dle ročního období a společenských událostí. S otravou alkoholem jsou v současné době obě pohlaví hospitalizována stejně často, i když sestry uvedly, že z jejich zkušenosti byli dříve v jednoznačné převaze chlapci. V posledních letech se však poměr vyrovnal. Sestry se o pacienty intoxikované alkoholem starají zdaleka nejčastěji. Z odpovědí sester vyplývá, že počet experimentů s alkoholem u mladistvých stále stoupá. Dle studie Kabíčka et al. (2013) byl v průběhu pěti let (2006 - 2010) prokázán vzestup příjmů k hospitalizaci pro akutní alkoholovou intoxikaci o 22 %. Stoupající trend uvádějí i mnohé mezinárodní studie, například studie WHO (2012), avšak naději na obrát do budoucna by mohla dávat nizozemská studie ukazující klesající trend užívání alkoholu u adolescentů na Slovensku (Baška et al., 2016). Velmi často se sestry při své práci setkávají také s dětmi s otravou po požití léků, nejčastěji po suicidálním pokusu. Dle studie Zakharova et al. (2013) jsou léky nezletilými užity v 98 % případů pokusů o sebevraždu. Z odpovědí sester vyplývá, že děti při suicidálních pokusech, které jsou většinou demonstrační, polykají jakékoli léky, které doma najdou. Z důvodu snadné dostupnosti a též přítomnosti v téměř každé běžné domácnosti se často jedná o paracetamol, který je ve vysokých dávkách pro organismus velice toxický. Časté užití paracetamolu potvrzují i zahraniční studie (Dogan et al., 2016). Nejméně pacientů přichází s intoxikací drogami, ale i jejich počet, z pohledu sester, neustále stoupá. Z odpovědí sester vyplynulo, že zatímco věk intoxikovaných mladistvých klesá, jejich počet naopak vzrůstá. Myslím si, že toto všechno vede k zamyšlení, zda se zneužívání návykových látek a léků nezletilými dětmi u nás nestává již celospolečenským problémem veřejného zdraví. Užívání návykových látek má pro mladistvé mnohá rizika, zasahující organismus po fyzické i psychické stránce. Korejská studie například uvádí, že existuje přímý vztah mezi frekvencí užívání alkoholu a následnou výší dosaženého vzdělání mladistvých konzumentů v nepřímé úměře (Sung et al., 2016).

Snažili jsme se také odhalit, jakými způsoby se nezletilí v intoxikovaném stavu do zdravotnického zařízení dostávají. Ze zkušeností oslovených sester vyplynulo, že mladistvé s otravou na oddělení nejčastěji přiváží zdravotnická záchranná služba, často

s policejním doprovodem. Příchod mladistvého na oddělení v doprovodu rodiče není tak častý.

Zajímavou kapitolou šetření byly hovory se sestrami zaměřené na to, jaký je poměr jednorázových epizod oproti opakovaným případům, kdy se ti samí nezletilí na oddělení opakovaně vrací se stejnou diagnózou. Dle zkušeností sester na standardních dětských odděleních a jednotkách intenzivní péče se většinou jedná o jednorázové epizody, které se v budoucnu již neopakují. Jiná situace je detoxikačním centru, kde jsou hospitalizovány děti, dle odpovědi sestry, z 99 % opakovaně, a pokud se nejedná už o vzniklou závislost, vždy jsou to děti s nějakým dlouhodobějším problémem ohledně zneužívání návykových látek. Sestry samozřejmě v obou případech poskytují péči stejnou a stejně kvalitní, ale z odpovědi sester vyplynulo, že určité rozdíly tu přece jenom jsou. V případě mladého pacienta s dlouhodobějšími problémy v tomto směru nebo dokonce již v případě závislosti či narkomanie bývá vedle terapie a ošetrovatelské péče nutno přikročit také ke kontaktování sociální pracovnice a některé z oslovených sester také vyjádřily větší osobní potřebu dokonalejší bariérové péče při kontaktu s takovým pacientem. Myslím ale, že toto vychází z již prožitých zkušeností a z nastavení každého jednotlivce. Myslím si, a získané odpovědi to i potvrzují, že práce výhradně s dětmi, které jsou závislé na návykové látce a opakovaně se na oddělení vrací, může být po určité době zdrojem frustrace a vyhoření ošetrovatelského personálu. Spíše než za selhání takové sestry to považuji za přirozený důsledek této práce, avšak zároveň to považuji za velký problém, v jejímž důsledku by mohla být dokonce ohrožena kvalita péče o takové děti. Řešením, i když ne ideálním, by se mohla jevit vyšší fluktuace sester na takových odděleních.

Důležitou částí šetření byly rozhovory cílené na zjištění ošetrovatelských intervencí, specifických pro pacienty s intoxikací v nezletilém věku. Zajímali jsme se o intervence prováděné u každého typu intoxikace zvlášť, tedy na prováděné ošetrovatelské intervence v případě intoxikace alkoholem, léky a drogami. Z rozhovorů vyplynulo, že typickými ošetrovatelskými intervencemi v těchto případech je konzultace s toxikologickým střediskem, kontrola vědomí a vitálních funkcí, podání medikace a infuzní terapie, odběry krve a zavedení periferního katetru, výplach žaludku, podání

antidot a kontroly hladin toxinů v krvi, z eliminačních metod pak forsírovaná diuréza. Odpovědi sester z dětských oddělení a jednotek intenzivní péče se shodovaly, ve vybraných nemocnicích byly vykonávány shodné intervence. Vymykaly se pouze odpovědi sestry z detoxikačního centra, která uvedla, že ošetrovatelských intervencí provádějí velice málo, v podstatě pouze sledují stav pacienta, odebírají krev a podávají medikaci. Je to z toho důvodu, že k hospitalizaci přijímají pouze děti již po zdravotní stránce stabilizované a zamedikované, jejich pobyt tam slouží hlavně k očištění se od intoxikační látky, ke změně prostředí a psychoterapiím, které mají nezletilým mladistvým pomoci vymanit se z destruktivního vlivu návykových látek. Shledávám zajímavým a pozitivním, že kromě detoxikačního centra, které se od standardních dětských oddělení odlišuje, jsme zjistili stejnou úroveň v otázce vykonávaných ošetrovatelských intervencí v případech intoxikace, žádné oddělení nevykazovalo ohledně této otázky úroveň nižší.

Dále jsme se snažili zmapovat otázku spolupráce s pacienty, která je pro poskytování ošetrovatelské péče velmi důležitá. Dle mého názoru je k úspěchu terapie dobrá spolupráce ze strany pacienta nezbytná. Neméně důležitým faktem také je, že i na spolupráci pacienta záleží, s jakými těžkostmi se ošetrovatelský personál bude během poskytování péče potýkat a může tedy být jedním z přímých vlivů na komfort a spokojenost či naopak frustrace sester, neboť sestra je člověk, který s pacientem tráví času nejvíce. Je člověkem, který je celou pracovní dobu vystaven případné nespokojenosti pacienta, jeho náladám a steskům a mnohdy bývá pro pacienta jakýmsi hromosvodem pro své trápení a mnohdy i agrese.

Sestry popisují zkušenosti s různými typy spolupráce ze strany těchto pacientů. Mladiství s otravou alkoholem jsou, dle výpovědí sester, často ospalí, omámení či dokonce v bezvědomí, často je však jejich chování plné agrese, jejíž terčem bývá ošetřující personál stejně jako vybavení místnosti. Časté zkušenosti s agresivitou ze strany svých pacientů sestry udávají také v případě narkomanů. Pouze u otrav po požití léků bývá, ze zkušeností sester, spolupráce dobrá. Myslím, že sestra jako odborník, jehož posláním je uchovávat, posilovat a podporovat zdraví jedince, by měla na své pacienty s intoxikací vhodně výchovně působit, jak jen je v jejích silách možné, i kdyby

jen pohazením či milým slovem. Považovala bych však na těchto pracovištích za vhodné, aby sestra jako zdravotník, který není specialistou v oblasti závislostí, znala alespoň klíčové pojmy související s užíváním návykových látek – tedy rozdíly mezi užíváním, zneužíváním a závislostí na návykových látkách (Csémy et al., 2013).

Zajímavým tématem rozhovoru byla spolupráce s rodiči. U nezletilých pacientů na dětských odděleních tvoří spolupráce s rodiči významnou součást jejich práce, neboť s rodiči svých pacientů se sestry setkávají a komunikují každý den. A dle mého názoru také na spolupráci rodičů záleží, jaká bude a zda bude péče a léčba pacienta úspěšná. Myslím si, že je velmi důležité, aby rodiče měli v ošetřující personál důvěru, stejně jako zájem o ni a o svého potomka. Z druhé strany je neméně důležitá empatie, pochopení, podpora a ohleduplnost ze strany zdravotníků. To by byl ideální stav, určitě je však třeba si uvědomit, že toto vše ovlivňuje mnoho faktorů, především ze strany jednotlivců, ať na straně rodičů či zdravotníků. Nastavení a osobnost každého člověka, momentální psychický stav a nálada, dřívější prožité zkušenosti. Sestra by samozřejmě měla být za každých okolností profesionál, který má pochopení pro špatnou náladu a složitý psychický stav rodičů, zvláště v takových těžkých a citlivých případech, jako jsou suicidální pokusy, narkomanie či alkoholismus jejich potomků. Měla by být partnerem, vyjadřovat jim pochopení a podporu. Na druhou stranu si myslím, že špatná spolupráce ze strany rodičů, jakkoli na ni mají právo, může být také faktorem pro komfort a spokojenost sestry v jejím povolání.

Sestry mají se spoluprací rodičů zkušenosti různé. Sestry popisují, že rodiče často v těchto případech prožívají stud, vztek, omlouvají se ošetřujícímu personálu a ke svým nezletilým dětem se mnohdy zachovávají nekompromisně a tvrdě. Sestry uvedly, že spolupráce s rodiči bývá většinou dobrá, ale pět z deseti dotazovaných sester však také popsalo své zkušenosti s nespolupracujícími rodiči, kteří buď problém příliš bagatelizovali a své dítě omlouvali, nebo kteří naopak o problémy svého potomka nejevili zájem. Sestry jsou v těchto případech mnohdy nuceny využívat svých schopností asertivity, které je vhodné, dle mého názoru, jakýmkoli způsobem posilovat.

Kategorie, věnující se spolupráci s rodiči, byla dále rozšířena o podkategorii věnující se sociálnímu prostředí intoxikovaných mladistvých, která byla přidána dodatečně po

uskutečnění rozhovorů se sestrami, neboť z odpovědí sester vyplynulo, že problémy s alkoholismem, narkomanií a zneužíváním léků mají, z jejich zkušeností, velmi často děti z rozvrácených rodin a zhoršeného sociálního prostředí, z dětských domovů či výchovných ústavů. Mohlo by se samozřejmě jednat o náhodný jev, ovšem i mezinárodní studie uvádějí, že u dětí žijících v neúplné rodině je zvýšené riziko častého užívání alkoholu (Tomčíková, 2016). Dle mého názoru je sociální prostředí a vztahy v rodině, ze které mladí pacienti vychází, faktorem, který může v některých případech ovlivňovat náročnost sestrami poskytované ošetrovatelské péče, ať již pro psychickou nestabilitu a poruchy chování některých intoxikovaných mladistvých, kteří nemají jistotu a podporu v harmonické rodině a milujících rodičích, či pro případný nezáměr a nespolupráci ze strany rodičů.

Sester jsme se také ptali na jejich zkušenosti a kontakt se sociálními pracovníci. Ukázalo se, že alespoň do občasného kontaktu s nimi přicházejí všechny, ačkoli sociální pracovníci lékaři volají až v těžkých případech, kdy se jedná například o opakované epizody intoxikace nebo o dítě již závislé na návykových látkách. Jedna z vybraných nemocnic má dokonce své sociální pracovníce, kdy každá má určena svá oddělení, kde pomáhají pacientům řešit jejich problémy v sociální oblasti. Komunikace se sociálními pracovníci tvoří tedy, dle zkušeností sester, nedílnou součást práce sestry.

Sestry během rozhovorů hodně mluvily o agresivitě intoxikovaných, což je problém, který velkou měrou ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče. S agresivním chováním intoxikovaných mladistvých mají zkušenosti všechny dotazované sestry, popisují ho dokonce jako nedílnou součást péče o tyto pacienty. Verbální agresi zažívají od těchto dětí všechny dotazované sestry, s fyzickým násilím nemají zkušenosti pouze dvě z deseti dotazovaných sester. Sestry byly také dotazovány na nutnost využívání kurtů při zvládnutí agresivního chování těchto pacientů. Pět z deseti dotazovaných sester uvedlo občasnou nutnost jejich využití pro jinak nezvladatelnou agresi intoxikovaných dětí. Čtyři sestry z deseti přímo vyjádřily strach a obavy o své zdraví při poskytování péče agresivnímu mladistvému s intoxikací. Dle mého názoru nejsou sestry před agresivním chováním dostatečně chráněny. Sestry na dětských odděleních a jednotkách intenzivní péče popisovaly případy, kdy byly nuceny na agresivního mladistvého pro jeho

nezvladatelnost volat policii. Sestry z detoxikačního centra slouží své služby po jedné a nemají na oddělení ani sanitáře, který by jim v případě potřeby mohl pomoci agresivního nezletilého zpacifikovat. Z mého pohledu se právě agrese jeví jako největší problém při poskytování ošetrovatelské péče intoxikovaným mladistvým. Myslím si, že sestry, které jsou při své práci ohroženy agresivitou ze strany svých pacientů, by měly být svým zaměstnavatelem vysílány na kurzy či školení, jak se v takových případech bránit a jak se k agresivnímu člověku chovat.

Na konci každého rozhovoru jsme se věnovali otázce, zda sestry považují poskytování ošetrovatelské péče mladistvým s intoxikací za fyzicky a psychicky náročné, v čem se jim tato péče zdá specifická, jak ji hodnotí, zda v ní vidí smysl a je pro ně zdrojem uspokojení. Pouze dvě sestry z deseti při poskytování péče těmto pacientům pociťují pouze zátěž psychickou, ostatní ji hodnotí také náročnou fyzicky. Sestra z detoxikačního centra popisovala frustraci a vyhoření, které sestry na tomto pracovišti zažívají, jelikož téměř nevidí výsledky své práce. Drtivá většina mladistvých se jim na oddělení vrací až do dosažení dospělosti, i přes veškerou snahu ošetrujícího personálu a rodiny se těmto dospívajícím nedařísvou závislost na návykových látkách zvládnout. Sestra dokonce uvedla, že *„v tomto věku není síly, která by je zastavila.“* I přes to však dotazované sestry odpovídaly, že mají svou práci rády a považují ji za smysluplnou.

Problematiku zneužívání návykových látek a léků mladistvými považují v současné době za velmi aktuální. Mnoha studiemi je dokázáno, že stále více dospívajících, ale i mladších dětí, se pravidelně opijí. Nešpor a Csémy ve své studii z roku 2013 uvádějí, že naprostá většina dospívajících pije alkohol pravidelně, ačkoli je to v rozporu se zákony ČR. Děti se dnes s alkoholem setkávají již ve velmi útlém věku a toto setkání probíhá velmi často již v rodině. Alkohol poté získávají od starších kamarádů nebo dospělých, a velkým problémem dnešní doby je prodej návykových látek osobám do 18 let věku v hospodách, barech a diskotékách, ačkoliv je to zákonem pod hrozbou pokuty zakázáno. Navíc prevence pití alkoholu je dle studie Kalmana a Vašíčkové (2013) dlouhodobě podceňována. V této studii se také uvádí, že naše společnost považuje problém užívání alkoholu za osobní selhání jednotlivců, kteří by se měli léčit, ale jinak nepovažují za nutné problém alkoholu v zásadě řešit.

Dle mého názoru jsou velké rezervy v prevenci užívání návykových látek, v rodině, ve škole i v celospolečenském ohledu. Alkohol a nikotin, coby společensky tolerované drogy, jsou často vnímány i u dospívajících s velkou mírou tolerance, která ale neodpovídá rizikům, které užívání těchto látek pro děti a dospívající nese. Organismus dětí a dospívajících se s látkami, které drogy obsahují, vyrovnává mnohem hůře než organismus dospělých, je zde značné riziko poškození, ať už zdravotního, ekonomického či sociálního charakteru. Dle mého názoru by společnost měla více dbát na opatření, která by napomohla snižovat zneužívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty. Tato opatření by měla začínat v rodině, pokračovat ve škole a v neposlední řadě je třeba posílit dohled nad dodržováním zákona stran prodeje a podávání návykových látek nezletilým. Všechna tato opatření, aby měla naději na úspěch, však vedou přes postupnou změnu náhledu většinové společnosti na tyto negativní jevy a snížení její tolerance k nim. Myslím, že toto je jediná cesta, po které by mohl počet nezletilých zneužívajících návykové látky, a tím i počet hospitalizovaných z tohoto důvodu, pomalu ubývat. Zatím však jejich počet stále narůstá, a tak se i sestry s nimi budou při poskytování ošetrovatelské péče setkávat stále častěji.

6 Závěr

V bakalářské práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u mladistvého s intoxikací“ byl stanoven cíl zjistit specifika ošetrovatelské péče, která je intoxikovaným mladistvým poskytována.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno metodou polostrukturovaných rozhovorů, na otázky odpovídalo celkem deset sester z dětských oddělení, z jednotek intenzivní a resuscitační péče a z dětského a dorostového centra. Odpovědi byly dále zpracovány pomocí otevřeného kódování. Pro výzkumné šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči u mladistvého s intoxikací? Z odpovědí sester vyplynulo, že mezi hlavní specifika při péči o mladistvé s intoxikací patří ošetrovatelské intervence typické pro pacienty s těmito diagnózami a nutnost zvládnutí časté agresivity intoxikovaných. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že péče o tyto pacienty je pro sestry fyzicky a psychicky náročnou. Je péčí, která se často může stát zdrojem frustrace pro subjektivní neschopnost sestry pomoci nezletilým pacientům vymanit se ze závislosti na návykových látkách, a také péčí, při které jsou sestry často vystaveny agresivnímu chování a fyzickým napadením.

Výzkumná otázka 2: Jaké existují rozdíly v ošetrovatelské péči u jednotlivých intoxikací? Z výzkumného šetření vyplynulo, že žádné výraznější rozdíly v ošetrovatelské péči o mladistvého pacienta s intoxikací alkoholem, drogami a léky nejsou. Závěry poukazují na fakt, že spíše než na druhu intoxikace záleží na věku intoxikovaného a na tom, jaké má projevy, zda je při vědomí, zvrací a je agresivní.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pro tuto ošetrovatelskou péči je, spíše než výkony vlastních ošetrovatelských intervencí, charakteristické zvládnutí verbální a fyzické agrese, spolupráce s rodiči a sociálními pracovníci, a také psychická náročnost působící na sestru jako jednotlivce, zvláště u nezletilých narkomanů, jejichž často neúspěšný boj se závislostí může být pro sestry zdrojem frustrace a vyhoření.

Tato bakalářská práce nastiňuje ošetrovatelskou péči o mladistvé s intoxikací, zaměřuje se na její specifika, náročnost a možné problematické oblasti, snaží se ji pojmout

komplexně a zahrnout všechny její složky. Výběr tématu souvisí s autorčiným zájmem o tuto oblast, zájmem blíže se seznámit s prací sester s těmito pacienty.

Výstupem práce by mohla být přednáška na odborné konferenci, která by seznámila se zvláštnostmi péče o mladistvé pacienty s intoxikací širší okruh sester pro vyšší odbornou osvětu a informovanost, což by mělo přispět ke zkvalitnění a zefektivnění péče o tyto mladé pacienty.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠKA, T., 2016. Decline in alcohol use among adolescents in Slovakia: a reason for optimism. *Public health* . 139(-), 208-203. ISSN: 0033-3506.
2. CSÉMY, L. et al., 2013. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé: vodítka pro praktické lékaře a jiné zdravotnické profese*. Praha: CEPROS. 59 s. ISBN 978-80-260-7070-2.
3. CURRIE, C. et al., 2012. *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. ISBN 978-92-890-1423-6.
4. CURTIS, M., GUTERMANOVÁ, L., 2010. *První pomoc při předávkování a jeho prevence*. Tišnov: Sdružení SCAN. 98 s. ISBN 80-86620-19-0.
5. DOGAN, H. et al., 2016. Differences Between Adolescent and Adult Cases of Suicidal Drug Intoxication. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 12(1), 23-20. ISSN: 1305-9319.
6. FENDRYCHOVÁ, J., et al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCONZO. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
7. HURNYCH, J. et al., 2010. *Dobrovolná sestra*. 3. vydání. Praha: JS Press. 328 s. ISBN 978-80-87036-47-1.
8. CHOMYNOVÁ, P. et al., 2014. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-101-5
9. IVERSEN, L., 2006. *Léky a drogy*. Praha: Dokořán. 144 s. ISBN 80-7363-061-3.
10. KABÍČEK, P. et al., 2013., Alkoholové a drogové intoxikace u dospívajících přijatých na dětská oddělení v ČR. *Československá pediatrie*. 68(5), 300-293. ISSN: 0069-2328
11. KABÍČEK, P. et al., 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

12. KAFKOVÁ, Z., 2013. Intoxikace u dětí. *Sestra*. 23(12), 49. ISSN 1210-0404.
13. KALINA, K. et al., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. 392 s. ISBN: 978-80-247-1411-0.
14. KALMAN, M., VAŠÍČKOVÁ, J., 2013. *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3409-4.
15. KLAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
16. KOKEŠOVÁ, H., ZÁDRAPOVÁ, M., 2007. Děti velmi často překvapí. *Sestra*. 17(1), 47. ISSN 1210-0404.
17. KORANDA, M., 2016. Dětské a dorostové detoxikační centrum. *Adiktologie: časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 16(4), 341-330. ISSN 1213-3841.
18. McGRATH, Y., 2007. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. Praha: Úřad vlády ČR. 72 s. ISBN 978-80-87041-16-1
19. MILLEROVÁ, G., 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
20. NERUD, M. et al., 2016. *Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její realizace: Metodické doporučení*. Praha: Úřad vlády ČR. 77 s. ISBN 978-80-7440-150-3.
21. NEŠPOR, K., 2007. *Návykové chování a závislost*. 3. vydání. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
22. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 2013. Kolik dospívajících je v Česku ohroženo poškozením mozku při zneužívání alkoholu? *Česko-slovenská pediatrie*. 68(6), 384–380. ISSN: 0069-2328.
23. ONDRIOVÁ, I., SINAIIOVÁ, A., 2012. Intoxikace u dětí. *Sestra*. 22(7-8), 59-58. ISSN 1210-0404.

24. PECHO, L., BRATOVÁ, A., 2012. Děti a alkohol. *Sestra*. 22(5), 32-31. ISSN 1210-0404.
25. SCHILING McCANN, J. et al., 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
26. SRNSKÝ, P., 2007. *První pomoc u dětí*. 2. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-1824-8.
27. SUNG, D.J., SO, W.Y., JEON, T.T., 2016. Association between alcohol consumption and academic achievement: a cross-sectional study. *Central European Journal of Public Health*. 24(1), 51-45. ISSN: 1210-7778.
28. ŠEJVL, J. et al., 2013. *Testování dětí a mladistvých ve školách a školských zařízeních při podezření z užití návykové látky: Manuál vhodného postupu*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 83 s. ISBN 978-80-7478-024-0.
29. ŠEVELA, K., ŠEVČÍK, P., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
30. ŠŤASTNÁ, L., ŠUCHA, M., 2010a. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. Praha: Univerzita Karlova. 48 s. ISBN 978-80-254-6807-4.
31. ŠŤASTNÁ, L., ŠUCHA, M., 2010b. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. Praha: Centrum adiktologie. 36 s. ISBN 978-80-254-6806-7.
32. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
33. TOMČÍKOVÁ, Z., 2015. Adolescents' drinking and drunkenness more likely in one-parent families and due to poor communication with mother. *Central European Journal of Public Health*. 23(1), 58-54. ISSN: 1210-7778.
34. VIDRMANOVÁ, M., 2010. Péče o intoxikovaného pacienta na oddělení ARIP. *Sestra*. 20(1), 64. ISSN 1210 – 0404.
35. VOVSOVÁ, M., 2013. *Úloha sestry při využívání eliminačních metod v intenzivní péči*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZU.

36. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2420-0.
37. ZAKHAROV, Z. et al., 2013. Suicide attempts by deliberate self-poisoning in children and adolescents. *Psychiatry research*. 210(1), 302-7. ISSN: 0165-1781.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky do rozhovoru zasílané vrchním sestřám

Příloha 2 – Ukázka otevřeného kódování metodou papír - tužka

Příloha 1 Otázky do rozhovoru zasílané vrchním sestřám

Dobrý den,

Jmenuji se Daniela Marešová, jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě a v současné době zpracovávám svou bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u mladistvého s intoxikací“. Tímto bych Vás chtěla moc požádat o zodpovězení třinácti otázek, které se týkají Vaší náročné práce. Vaše odpovědi budou zcela anonymní. Předem moc děkuji za Váš čas a ochotu, za kterou jsem Vám moc vděčná.

- 1) Na jakém oddělení pracujete?
- 2) Jak dlouho a na jaké pozici zde pracujete? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak často se ve Vaší praxi setkáváte s mladistvými intoxikovanými návykovými látkami?
- 4) V jakém věku k vám tyto pacienti přicházejí?
- 5) Jak probíhá péče o pacienty s intoxikací? Jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u jednotlivých návykových látek? (alkohol, marihuana, pervitin, heroin..) Pokud ano, jaké?
- 6) Jaké ošetrovatelské intervence u těchto pacientů provádíte?
- 7) Jaká bývá všobecně s těmito pacienty spolupráce?
- 8) Jaká bývá, dle Vaší zkušenosti, spolupráce s rodiči těchto pacientů?
- 9) Jedná se častěji o jednorázovou záležitost, nebo již o důsledek závislosti? Setkáváte se s některými nezletilými z tohoto důvodu opakovaně?
- 10) Jak často se ve Vaší praxi setkáváte s nezletilými, kteří jsou na návykové látce již závislí? A o jaké látky se nejčastěji jedná?
- 11) Přichází sestra v těchto případech do kontaktu s OSPOD? Pokud ano, jakou formou a u jakých případů?
- 12) Je z Vašeho pohledu pro sestru péče o tyto pacienty fyzicky či psychicky náročná?
- 13) Jak hodnotíte práci s těmito pacienty? Jaký k ní máte vztah?

V případě jakýchkoli nejasností či otázek mne můžete kdykoli kontaktovat. Ještě jednou děkuji a přeji Vám krásný den.

Jméno: Daniela Marešová, DiS.

Studium: 3.ročník oboru Všeobecná sestra, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity

Datum narození: 4.9.1985

Adresa: Ronovská 151, Mladá Vožice 391 43

Kontakt: daniela.mares@seznam.cz , tel. 737 046 840

Příloha 2 Ukázka otevřeného kódování metodou papír - tužka

Jak často se setkáváte s intoxikovanými nezletilými?
Tak jednou za 3 týdny, holky asi častěji. Nejvíce alkohol, a pak ty drogy. Ale i ty léky jsou tu často.
Bývá to často jednorázově.

Jaké vykonáváte intervence?
Podle toho, zda je to intoxikace léky, nebo tím alkoholem. Léky, to se udělá nejdřív výplach – jestli to má ještě cenu, to se pošle, udělají se odběry, kanyla. Většinou se nabírá krevní obraz, biochemka, drogově toxikologický screening, většinou chtějí i na alkohol, jak krev, tak moč. Kanyla, infuze, někdy chtějí cévkování. U léků se zvratky a moč posílají na toxikologii. U drog to samé, hlavně ta moč. Kolikrát ani se nevyzvrací a dá se spíš kvůli tomu uhlí, nebo spíš ta moč, buď se dojde vycurat, nebo cévka. Ale většinou se cévkuje permanentně.

V jakém bývají stavu?
Jak kteří. Když je to alkohol, tak jsou úplně v bezvědomí. Když jsou intoxikovaní, tak jsou při vědomí, většinou spolupracují. A nebo je to kombinace léků a alkoholu.

Setkáváte se s agresivitou?
Ano, u toho alkoholu. Ten alkohol většinou a drogy.

Zažila jsi napadení?
Taky, ale to jsou takový ty stálice. Většinou kombinace drog a alkoholu. Pak je to na kurty, ale to jsem zažila asi 2-3x.

Jaká s nimi bývá spolupráce?
No, žádná. Buď spí, a díky té infuzi se proberou ráno a že dobrý, to je ten alkohol. No a když jsou to i feťáci, tak to je špatný. U alkoholu jdou většinou druhý den ráno domů. U léků většinou, jaké mají hladiny, ale většinou jdou druhý den na standard. Špatný je ten paralén. Většinou kombinují všechno, co najdou. Bývají to demonstračky, když to myslí vážně, tak to udělají. Byl tu kluk oběšený, bylo vidět, že má i strangulační rýhu. A prostě umřel tady, začal mít maligní hypertenzi, a konečná. Prostě když to opravdu chtějí udělat.. nebo měly ty děti smůlu, že se podřezaly v lese a náhodou je někdo našel a stihl zavolat záchranku a přežily. Ale většinou.. Ted' jsme tu měli sava. Vypila 2 víčka sava.

Jaká bývá spolupráce s rodiči?
Jak kteří. Někteří je litujou. Někdo jim nepřinese ani boty. A řekne, jak jsi takhle přišla, tak půjdeš domu. Venku kosa. Také maminka řekla, ať si jde domu bosa, je mi to jedno. Je to řízné. Ale ty děti často mají špatné soc. zázemí, mají alkoholiky rodiče, nebo se chytanou blbý party. Nebo jednorázově, to nám taky přivezly i maturanta ještě se šerpou.

Máte kontakt se soc. prac?
Málo, vyloženě když to jsou závislí na injekčním pervitinu. Spíš se řeší psycholog, psychiatr. To už potom se řeší spíš na standardu.

RZS

s tím, že prostě hned jedu támhle do Holešovic, do Crosu, a hned si tam jdu dát a hned mám spicha tady s tím.. A víme, že tady bude třeba za měsíc zpátky, jestli neumře někde. Já myslím, že ti zletil přece jenom dokáží odabstínovat aspoň nějakou dobu. Tak ze tří čtvrtin tady máme děti z diagnostických ústavů, z výchovných ústavů, z dětských domovů, kde jsou chvíli pak pod dozorem, do první vycházky a jede to pořád dokola. Jsou to většinou děti z rozvrácených rodin, ale oni se většinou do těch ústavů dostanou kvůli užívání té drogy. Oni většinou začínají tím, že přestanou chodit do školy, pak utíkají z domova, pak rodiče kontaktují soc.pracovníci, pak se jim půl roku hrozí prstem, a pak dostanou prostě předběžné opatření, protože ty rodiče, i když je to absurdní, jakoby nezvládají výchovu.

Jaká bývá s rodiči spolupráce?

Jak kteří, já bych řekla, že dobrý. Většinou jsou ti rodiče strašně zničení z toho. Ale pak jsou tady rodiče, kteří, i přesto, že ten feťák je doma vykrádá, nechodí domu, uráží je, fyzicky je napadá.. Oni většinou mlátí ty své rodiče, nás pak tady už ne, tak mu sem nosí čokoládky, objímají ho, chodí sem celá rodina, a to fakt nepomáhá, to nepomáhá tomu dítěti vůbec, takovýhle soucit rodiny, to není spolupráce. Takže tam člověk úplně krásně vidí ten obrázek toho, proč se to dítě vlastně zaseklo v těch deseti letech a zůstalo na týhle úrovni. Zrovna dnes tu máme kluka, který je tu potřeť, má dva metry, jezdí sem za ním babička, prastrýc, maminka, tetička, sestřička a všichni ho objímají, a je to jejich Davídek, miláček a on se tady pak opravdu chová jak tele. Jako ani ne pětileté dítě, válí se po zenmi, dělá kašpary, dělá si co chce. Udrží ho prostě v té dětské roli.

Jaký mají sestřičky k práci tady vztah?

Viděla jste moji vyhořelou kolegyni, většina sester je tady vyhořelých. Není to ideální, ale sestry nejsou a když by byli, tak je nezaplátí. Ale je to tu takové rodinné, jsou tu dobré osobní vztahy. My tady na oddělení nemáme ani sanitáře, máme takové pípátko, kterým bychom si měly přivolat sanitáře, který ale většinou nepřijde a když ano, je to nějaký sedmdesátiletý pán, který je dezorientovanější než to dítě, které přijímáme. Je tu jen lékařka k tomu. Proto nejsme schopni ty děti v té psychóze přijímat. Můžeme je přijmout, pokud spolupracují, to už se vykomunikovává se záchrankou, která volá dopředu, lékař se na vše doptá, a ev. je odkáže někam jinam, protože bychom ho přijmout nemohli. Pokud je to dítě klidné, jenom takové rozkývané, a je ochotno spolknout ty prášky.. Jakmile spolkne tu medikaci, tak většinou usíná a většinou prospí ty dva dny, protože na tom pervitinu oni nejedí a nespí několik dní. Takže tady dva dny spí a pak se strašně moc najedí a pak jsou jeden den hodní a pak začnou zlobit zase.

Přicházíte při své práci do kontaktu se soc.pracovníci?

Tak z těch ústavů nám je vozí soc.pracovníce, vychovatelé, kurátoři sem jezdí, já dělám ten příjem na ambulanci s nima a pak jdeme teprve nahoru, prohlédneme všehcny jejich věci, oni jsou schopni si propašovat cokoli, třeba v podšívce. V tomhle spočívá naše sesterská práce.. Tohle je čistě detox, není to psychiatriem takže ono se tady s těmi dětmi ani moc pracovat nedá. Takové ty povídavější holky si třeba chodí povídat. Tak sedí chvíli na sesterně, protože ten čas na ně máme, to zase jo.

Ošer interence na vašem odd.?

Sestra je tu v podstatě jen dozor, sleduje fyz.funkce, celkový stav. Mají minimálně medikace. Jakmile se vyspí na Jipu, pak už jsou mezi dětma, pak někdo má třeba trvalou, nasadí mu třeba antidepressiva, Zolof se dává, Risperin dávají hodně. Mívají něco na spaní, ale té medikace moc není. Ráno, koho přijímáme, děláme odběry.

Je práce fyz. a psych. náročná?

Fyzicky ne, ale psychicky. Proto to zde zvládají ty starší sestry. Ale mladé to tu neláká, nedostanou se rtu moc k sesterské práci, mě by to ve 20 také nebavilo, jen prostě buzerovat děti, uklidit si tohleto, převlíkní se, rozdat oběd, udělej támhleto, vyper si tohleto..

Seznam použitých zkratk

| | |
|-------|---------------------------------|
| ČR | Česká republika |
| JIP | jednotka intenzivní |
| např. | například |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |
| ZZS | Zdravotnická záchranná služba |