



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Příjem pacienta intoxikovaného etylalkoholem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Veronika Nožičková

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Příjem pacienta intoxikovaného etylalkoholem“ jsem vypracoval/a 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 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 práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Veronika Nožičková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, ochotu, cenné rady, vstřícnost a trpělivost. Dále bych ráda touto cestou poděkovala také všem respondentům, kteří mi byli ochotní pomoci s výzkumnou částí mé práce.

Příjem pacienta intoxikovaného etylalkoholem

Abstrakt

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou a praktickou. Teoretická část byla věnována tomu, co vlastně etylalkohol je, jakým způsobem se v organismu chová a jak metabolizuje. Předmětem práce byla také kombinace etylalkoholu s jinými látkami, problematika závislosti na alkoholu a alkoholový abstinenční syndrom, který může vyústit v delirium. Chování takovýchto pacientů je nepředvídatelné, mohou být agresivní verbálně, ale také brachiálně. Několik kapitol v teoretické části bylo proto věnováno specifické komunikaci s pacienty intoxikovanými etylalkoholem a zároveň agresivními. Další kapitola teoretické části je také věnována specifické ošetrovatelské péči o takovéto pacienty.

Pro výzkumnou část práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. V rozhovorech bylo 6 respondentům položeno 16 otázek týkajících se přijetí intoxikovaných na různá oddělení, ošetrovatelské péče a komunikace s nimi. Respondenti byli vybráni záměrně tak, aby délka jejich praxe byla různě dlouhá a pracovali na různých odděleních. Sběr dat byl prováděn v dubnu a květnu roku 2022.

Před započítím rozhovorů byli všichni respondenti osloveni a požádáni o ochotu odpovědět na jednotlivé otázky. Současně byli informováni, že tyto rozhovory budou nahrávány na diktafon a poslouží pouze k účelu zpracování dat pro mou práci. Také byli informováni o tom, že rozhovory budou anonymní, nikde nebudou figurovat jejich jména, ani osobní údaje a po přepsání budou záznamy rozhovorů smazány. Všichni respondenti s takovýmto postupem souhlasili.

Na základě provedeného výzkumu a po vyhodnocení dat bylo zjištěno, že všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny a také cíle výzkumu byly splněny. Z výzkumu vyplynulo, že na všech navštívených odděleních je příjem intoxikovaného pacienta až na malé odchylky velmi podobný, komunikace s takovýmto pacientem je náročná a agresivita takovýchto nemocných velmi častá. Všichni dotazovaní se shodli, že chování ošetřujícího personálu k takovýmto lidem je slušné, maximálně sestra zvýší na takového pacienta hlas, že je nutná pomoc sanitářů, občas i policie, a na všech odděleních je používána kurtace pacienta a to za velmi přísných a jasně stanovených

pravidel. Po vystřízlivění se chování pacientů liší v závislosti na věku, také na tom, zda je to exces ojedinělý, nebo bývá pacient přivážen záchrannou službou častěji.

Klíčová slova

Intoxikace; etylalkohol; komplikace; komunikace; závislost na alkoholu; nemocniční příjem; přístup sester k intoxikovanému pacientovi; specifika přístupu k intoxikovanému pacientovi; opilost

Intake of a patient intoxicated with ethyl alcohol

Abstract

The bachelor thesis is divided into two parts. Theoretical and practical. The theoretical part was devoted to what ethyl alcohol actually is, how it behaves in the body and how it metabolizes. The subject of the thesis was also the combination of ethyl alcohol with other substances, the issue of alcohol addiction and alcohol withdrawal syndrome, which can result in delirium. The behavior of such patients is unpredictable, they can be aggressive verbally, but also physically. Several chapters in the theoretical part were therefore dedicated to specific communication with patients intoxicated with ethyl alcohol and at the same time aggressive. Another chapter of the theoretical part is also devoted to specific nursing care for such patients.

Qualitative research was chosen for the research part of the work, which was carried out using semi-structured interviews. In the interviews, 6 respondents were asked 16 questions regarding admission of intoxicated patients to various departments, nursing care and communication with them. The respondents were selected intentionally so that the length of their experience was different and they worked in different departments. Data collection was carried out in April and May 2022.

Before starting the interviews, all respondents were approached and asked for their willingness to answer individual questions. At the same time, they were informed that these interviews would be recorded on a dictaphone and would only serve the purpose of data processing for my work. They were also informed that the interviews would be anonymous, that their names and personal data would not appear anywhere, and that the interview records would be deleted after being transcribed. All respondents agreed with such a procedure.

Based on the research conducted and after evaluating the data, it was found that all the research questions were answered and the research objectives were also met. The research showed that in all the wards visited, the intake of intoxicated patients is very similar except for small deviations, communication with such a patient is difficult and aggressiveness of such patients is very common. All those interviewed agreed that the behavior of the nursing staff towards such people is decent, at most the nurse will raise her voice at such a patient, that the help of the paramedics, sometimes even the police,

is necessary, and in all departments the courting of the patient is used under very strict and clearly defined rules . After sobering up, the behavior of patients varies depending on age, also on whether it is a one-time overdose or the patient is brought by the emergency services more often.

Keywords

Intoxication; ethyl alcohol; complication; communication; alcohol addiction; hospital admission; nurses' approach to an intoxicated patient; specifics of the approach to the intoxicated patient; intoxication

Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Etylalkohol.....	10
1.2	Metabolismus etylalkoholu.....	12
1.2.1	Vliv alkoholu na člověka	13
1.2.2	Alkohol v kombinaci s jinými látkami	15
1.2.3	Závislost na alkoholu.....	16
1.2.3.1	Alkoholový abstinenční syndrom.....	22
1.2.3.2	Delirium.....	23
1.3	Komunikace.....	24
1.3.1	Etiologie agrese.....	24
1.3.2	Agresivní chování	25
1.3.3	Komunikace s agresivním pacientem.....	29
1.4	Ošetrovatelská péče	30
1.4.1	Specifika péče o pacienta intoxikovaného alkoholem	31
2	Cíle práce a výzkumné otázky	34
2.1	Cíle práce.....	34
2.2	Výzkumné otázky.....	34
3	Metodika	35
3.1	Metodika práce a technika sběru dat	35
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	35
4	Výsledky	36
5	Diskuse	48
6	Závěr.....	54
7	Seznam informačních zdrojů.....	57
8	Přílohy	62
8.1	Seznam příloh.....	62
9	Seznam použitých zkratk	65

Úvod

„Lidé pod vlivem drog nebo alkoholu bohužel nejsou žádnou vzácností a jsou velkým problémem. Často se stane, že k nám záchranná služba přiveze někoho jen proto, že je opilý, protože seděl na chodníku a kolemjdoucí mu zavolali sanitku. Někdy má třeba rozbitou hlavu nebo jiný úraz, ale není potřeba ho po ošetření hospitalizovat, nicméně vzhledem k hladině alkoholu není schopen odejít. Když máme štěstí a záchytná stanice má volnou kapacitu, odešleme opilého tam. Problém je v okamžiku, kdy tam volno není. Tento problém je ještě horší, pokud je dotyčný agresivní. Povoláváme ochranu, pomáhá nám policie. Ale kam uložit agresivního opilce, když je plná záchytka, to je ona pověstná nerudovská otázka „Kam s ním?“ Pokud to jen trochu provoz oddělení dovolí, zůstávají u nás, tedy kromě práce praktiků a jiných odborných specialistů supluje i práce záchytné stanice.“ Řekla v rozhovoru pro Medical Tribune primářka urgentního příjmu v nemocnici Motol MUDr. Lenka Kozlíková (Myslivcová, 2017).

Nejčastěji se s opilými lidmi setkávají záchranáři při nočních výjezdech RZP, která pak daného pacienta přiveze na emergenci. Časté úrazy pacientů intoxikovaných alkoholem jsou úrazy hlavy způsobené pádem. Alkohol, jak mnozí známe „rozpouští zábrany“ a dáme se často přemluvit k šílenostem, které bychom za střízlivého stavu nedělali. „Alkohol narušuje naši koordinaci pohybu, vyvolává euforii, snižuje zábrany a sebeovládání. Snadněji tak dochází k pádům, vzniku konfliktních situací a chybnému hodnocení situace se všemi důsledky z toho plynoucími.“ David Hoskovec, primář I. chirurgické kliniky hrudní, břišní a úrazové chirurgie 1. LF UK a VFN.

1 Současný stav

Zpráva Světové zdravotnické organizace – WHO. Globální zpráva o stavu alkoholu a zdraví z roku 2014 říká, že konzumace alkoholu přímo souvisí s 22 % úmrtí v důsledku sebepoškození, 22 % úmrtí při napadení, 17 % úmrtí při neúmyslném zranění, 16 % úmrtí z důvodu pádu, 13 % úmrtí v důsledku utonutí, 15 % úmrtí při dopravních nehodách a 11 % úmrtí při požárech (Hamplová, 2016).

WHO na svých stránkách uvádí několik klíčových faktů týkajících se škodlivosti a užívání alkoholu. Konkrétně uvádí: „5,3 % všech úmrtí jsou způsobeny škodlivým požitím alkoholu, což představuje okolo 3 milionů úmrtí ročně. Alkohol je příčinou více než 200 nemocí a úrazů. Celkově 5,1 % celosvětové zátěže úrazy a nemocemi můžeme přičíst alkoholu, měřeno v letech života přizpůsobených zdravotnímu postižení (DALY). Konzumace alkoholu způsobuje dřívější smrt cca 13,5 % úmrtí v celosvětovém měřítku a invaliditu nejčastěji okolo 20-39 lety. Pozorujeme souvislost mezi konzumací alkoholu a řadou duševních poruch, poruch chování a jinými nepřenosnými stavy a úrazy. Lidé se škodlivým pitím častěji trpí infekčními onemocněními, jako je tuberkulóza, anebo průběhem HIV/AIDS. Užívání alkoholu má dopady nejen zdravotní, ale i ekonomické, sociální a společenské“ (WHO, 2018).

V roce 2011 byl alkohol dle WHO kauzálním faktorem více než 60 typů nemocí a zranění a cca 2,5 milionu úmrtí ročně. Což je o 500 000 méně než v roce 2018. Konvence dělí toxicitu ethanolu na akutní a chronickou (jaterní poruchy, nádorové účinky, KV poruchy, neuropsychotické účinky, závislost, abstinenční syndrom, poruchy krve, reprotoxicita, osteoporóza) (Le Daré, 2019).

1.1 Etylalkohol

Etylalkohol je bezbarvá, průhledná, čirá, hydroskopická tekutina, rozpouštějící tuky obsažená v alkoholických nápojích. Sumární vzorec etylalkoholu je C_2H_5OH (Hirt, 2016). Etanol se připravuje lihovým kvašením nebo synteticky. Nejčastěji se získává kvašením přírodních látek, které jsou bohaté na sacharidy (obilí, brambory, cukrová řepa a třtina, různé druhy ovoce). Pro správné kvašení se do procesu přidávají kultivované kvasinky, jako jsou třeba *Saccharomyces vini*, nebo *Saccharomyces oviformis*. V uzavřených nádobách kvasinky přetváří cukry na pyruvát a následně je přetvoří na etanol a CO_2 . Kromě přidaných kvasinek se ve kvasné směsi vyskytuje

spousta mikroorganismů, které dodávají alkoholickým nápojům chuť a aroma. Během procesu kvašení vznikají různé další alkoholy a jejich estery, dále aldehydy, ketony, organické kyseliny a další metabolity kvasného procesu. Pro přípravu čistého etanolu je potřeba vykvašený materiál vyčistit rektifikací a zkoncentrovat destilací a vyžít prostředky, které odjímají vodu, aby se nápoj nekazil. Alkoholické nápoje se dělí do dvou skupin na destilované jako je vodka, rum, koňak aj. a nedestilované jako je pivo a víno. Další dělení alkoholů může být na nízkoalkoholické a koncentráty (Ehrmann, 2006). Přítomnost alkoholu v nápojích můžeme určit podle čichu, pokud je zde alkohol obsažený ve vyšší koncentraci. Pomocí chuti rozeznáme i menší množství alkoholu v nápoji pomocí výrazné chuti. Alkohol nás v ústech pálí ve vyšší koncentraci, protože dráždí nervová zakončení a odnímá okolní tkáním vodu díky jeho schopnostem pohlcovat z organismu vodu (Hirt, 2016). Avšak alkohol se nevyužívá pote do nápojů, ale i do čisticích prostředků v koncentraci okolo 50% a také dezinfekcí, oproti nápojům kde se vyskytuje v koncentraci od 3-52 % (Ševela, 2011).

Užívání alkoholu v historii nemůžeme přesně datovat. Můžeme pouze předpokládat, že nežli si lidé všimli, jak jej vyrábět či požívat úmyslně, konzumovali jej pouze náhodně, pokud snědli shnilé ovoce. První zmínky o alkoholických nápojích nacházíme v Číně v provincii Henan, kde fermentovali rýži, med a ovoce. Tento úmysl datujeme do sedmého tisíciletí př. n. l. Avšak závislost na alkoholu a vnímání zneužívání alkoholu jako problém se objevuje až koncem 18. století, kdy Magnus Huss v roce 1849 zavedl termín „alkoholismus“ a to ve své knize *Alkoholismus Chronicus*. Díky jeho pozorování a skutečnostem, které uvedl ve své knize (viscerální a duševní choroby související s alkoholem) se následně promítlo do literárních děl mnoha umělců (Zola, Dickens). První léčebny začaly vznikat zhruba taky v tomto období (Le Daré, 2019).

Etylalkohol (dále už jen alkohol) řadíme mezi takzvané rekreační drogy a také zároveň mezi drogy společensky tolerované. Díky společenské akceptovatelnosti je velké množství závislých na alkoholu. I když je státem stanovená věková hranice 18 let pro užívání alkoholu, tak pro mladistvé nesplňující tuto věkovou hranici není těžké si alkohol obstarat, ať už od rodičů, prarodičů nebo starších kamarádů. Díky tomu je alkohol velice rozšířený i mezi mladistvými. Podle českého statistického úřadu byla v roce 2019 spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v ČR 173,4 litru. V praxi se často setkáváme s pacienty, kteří nepovažují například pivo za alkoholický nápoj. Stává

se, že při otázce zda, kolik a jak často pacient požívá alkohol, odpoví, že zcela příležitostně nebo jen občas. Poté když se zeptáme výhradně na pivo, pacientova odpověď se náhle změní třeba na 2x týdně, 1x denně nebo podle počasí. (Ehrmann, 2006).

1.2 *Metabolismus etylalkoholu*

Po požití se etanol rychle absorbuje. První část alkoholu se absorbuje do krevního oběhu již v dutině ústní. Zbytek je vstřebáván v žaludku a duodenu. Celé množství požitého alkoholu se vstřebá do krve zhruba za ½ až 1 hodinu (Marek, 2019). Polovina této dávky se v závislosti na faktorech vstřebá již za 15 minut a nejvyšší hodnoty alkoholu můžeme zaznamenat za 30-60minut (Šebela, 2011). Podle Navrátila (2017) se maximální hladina alkoholu v krvi objeví již mezi 30-40 minutami po požití.

Rychlost vstřebávání alkoholu je závislá na jeho druhu. Nejrychleji se vstřebávají sycené nápoje například pivo a teplé nápoje, jako je grog nebo svařené víno. Naopak nejpomaleji se vstřebávají sladké a studené nápoje. Rychlost vstřebávání je dále závislá i na druhu konzumovaného jídla a na celkové délce konzumace alkoholu. Po vstřebání se snadno se přenáší krví a jeho účinek pozorujeme hlavně na centrální nervové soustavě (chování, jemná motorika, rovnováha). (Marek, 2019). Alkohol se v těle šíří všemi tělními tekutinami, do mozku a svalů. Již méně se dostává do tuků a ještě méně do kostí (Šebela, 2011).

Navrátil (2017) uvádí, že toxická a škodlivá dávka je ryze individuální. Závisí zde na mnoha faktorech, jako je doba požívání alkoholu a naplnění žaludku. Jeden velký faktor je věk konzumenta. Pro děti a mladistvé je alkohol velmi toxický. Oproti tomu při častém požívání alkoholu se citlivost snižuje. Hirt (2016) uvádí, že doba pro vstřebání alkoholu do těla při požití alkoholu závisí na 4 faktorech. Jako první faktor uvádí teplotu nápoje. Nejrychleji se vstřebávají nápoje s teplotou vyšší, než je tělesné teplo (40-45 °C). Jako další faktor uvádí obsah CO₂. Nasycené nápoje se vstřebávají rychleji nežli ty nenasycené, protože CO₂ působí částečně jako kyselina a žaludeční šťávy nemusí vyrovnávat tak velký rozdíl v pH a celý proces je rychlejší. Dalším zcela logickým faktorem je koncentrace daného nápoje. Nejsnáze se vstřebávají nápoje o koncentraci okolo 20 % alkoholu. Nápoje o nižší koncentraci obsahují více vody a je tu nižší koncentrační gradient. Nápoje o vyšší koncentraci (35–40 %) naopak nadměrně dráždí žaludeční sliznici a spouští obranné mechanismy žaludku a stažení pyloru, které

způsobí zpožděný přechod alkoholu do duodena. Poslední faktor, který ovlivňuje vstřebávání alkoholu je náplň žaludku. Obecné pravidlo je čím méně jídla je v žaludku, tím rychleji se alkohol vstřebává. Pokud pijeme alkohol na „prázdný“ žaludek alkohol má k dispozici celou žaludeční sliznici pro vstřebání se do velkého krevního oběhu. Naopak pijeme-li alkohol na plný žaludek, většina alkoholu proteče do duodena, kde se vstřebá a putuje do portálního oběhu a začne se rovnou metabolizovat v játrech. Zbytek alkoholu se smísí se stravou a pouze malé množství se vstřebá už v žaludku.

Pokud se zaměříme na odbourávání alkoholu v těle, udává se rychlost odbourávání mezi 0,12-0,2 ‰/hod. Musíme brát ohled na rychlost metabolismu a také pohlaví, muži odbourávají alkohol rychleji než ženy. I když existuje spousta rad ve společnosti, jak se dostat z té největší opilosti (běhání, chůze, jídlo, studená sprcha...), tak se alkohol vstřebává konstantní rychlostí, která urychlit nelze (nzip.cz)

Alkohol se z 90–95 % metabolizuje, pouze zbylých 5–10 % se vydechne zcela nezměněno plicemi nebo se vyloučí potem a močí (Marek, 2019). V těle je z 90-98 % oxidován a ze zbylých 2-10 % je nezměněný vyloučen ledvinami a plicemi (Ševela, 2011). Etanol v těle má hlavní toxický účinek působením deprese CNS s kómatem a depresí dýchání při současném dráždivém účinku v oblasti GIT, projevující se zvracením. Vzniká zde vysoké riziko aspirace. U osob s horšeným stavem výživy vzniká riziko hypoglykémie v souvislosti se zhoršenou glukogenezí. Alkohol má na tělo také vasodilatační účinky a díky tomu jsou opilé osoby náchylné k prochlazení a traumatu (Marek, 2019).

1.2.1 Vliv alkoholu na člověka

Alkohol působí na chování každého člověka jinak. V malém množství způsobuje alkohol krátkodobou euforii a pocit uvolnění. Ovšem ve větším množství zhoršuje koordinaci pohybů, snižuje reaktivitu, snižuje vnímavost, tlumí rozumové schopnosti, vyvolává depresi, agresivitu... (Marek, 2019).

Opilost rozdělujeme na základě množství alkoholu v krvi. Máme zde 4 stádia intoxikace. První stádium lehké opilosti tzv. excitační stádium zahrnuje jedince s hladinou <1,5 ‰ alkoholu. Druhé stádium, středně těžké opilosti tzv. hypnotické stádium zahrnuje jedince s hladinou mezi 1,6 – 2 ‰ alkoholu v krvi. Třetí stádium, těžká opilost tzv. narkotické stádium diagnostikujeme u lidí s hladinou větší, než jsou 2

‰ alkoholu v krvi a poslední čtvrté stádium asfyktické neboli těžká opilost se ztrátou vědomí, kde hrozí celková zástava (oběhová i dechová) a následná smrt. V tomto stádiu měříme hladinu vyšší než 3 ‰ (nzip.cz). Podle Šebely (2011) začíná excitační neboli euforická fáze již při hladině 0,5 g/l což znamená 0,5 ‰, v tomto stádiu dochází k mírné ztrátě koordinace svalů, zpomalení reakcí na podněty. Druhá fáze neboli hypnotické stádium diagnostikujeme při hladinách 1-2,5 g/l neboli 1-2,5‰, zde pozorujeme setřelou mluvu, zhoršení zraku, nekoordinované pohyby a ztrátu čítí. Jako narkotické stádium označujeme 3. stádium opilosti. Tato fáze se pohybuje mezi 2,5-3,5 g/l neboli 2,5-3,5 ‰. Projevuje se zde čím dál větší pohybová nekoordinovanost, ztrátu čítí, rozmazané, zdvojené vidění a pomalu zde nastupuje stupor. V poslední 4. asfyktické fázi, která nastupuje při hodnotách nad 3,5 ‰, se objevuje převážně stupor se zpomaleným a namáhavým dýcháním, velmi sníženými reflexy a ztrátou čítí a při hodnotách nad 4 ‰ dochází ke kómatu a smrti. Tyto fáze mají ovlivnitelnost v toleranci jedince na alkohol. Jedinci s chronickým užíváním alkoholu dokážou snášet i vyšší hladiny alkoholu tudíž smrt nemusí nastat ani při 4-5 ‰. Tato skutečnost souvisí také s rychlostí odbourávání alkoholu v těle. Ženské tělo odbourává alkohol pomaleji nežli to mužské. Některé zdroje se domnívají, že mužské tělo obsahuje více vody a tím snižuje koncentrační koeficient alkoholu. Pokud porovnáme rychlost odbourávání alkoholu v těle mezi mužem, ženou a chronickým uživatelem alkoholu viz tabulka 1. Z tabulky vyplývá, že rychlost odbourávání alkoholu závisí jak na pohlaví, tak na fázi alkoholizmu a reakcích těla na alkohol (Ševela, 2011).

Akutní toxicitu poznáme klasicky začínajícími neuropsychotickými symptomy jako jsou intelektuální a psychické excitaci. Dále pozorujeme cerebrální syndrom s výraznou opilostí a následným různě hlubokým kómatem (některé mohou být i život ohrožující). První příznaky opilosti jako snížená motorická koordinace, delší reakční doba a zhoršený úsudek se projevují již při koncentraci alkoholu 0,2 g/l (Le Daré, 2019).

Nejčastěji můžeme pozorovat negativní vliv alkoholu na chování jedince při řízení. Člověk pod vlivem alkoholu, který si sedne za volant, se stává nebezpečným nejen sobě, ale i svému okolí. Alkohol zpomaluje procesy CNS, zmenšuje schopnost soustředit se a zvyšuje pocit „to zvládnou“. Platí zde přímá úměra, čím vyšší je hladina alkoholu v krvi tím více nás ovlivňuje a daleko více hazardujeme se životem, ať již se to

týká dopravní nehody, kdy může opilý člověk ohrozit nejen život, anebo kaskadérských kousků, pádů, nehod atd. (BESIP).

V tabulce 2 je znázorněn hrubý přehled v jakém množství nás alkohol ovlivňuje a jak nás ovlivňuje. Bohužel tato tabulka, jakož to veškeré předpoklady vzorců chování, není univerzální. Pokud si porovnáme dlouhodobého konzumátora alkoholu, který má již větší toleranci na alkohol, může působit s vyšší dávkou promile méně opile nežli člověk, který alkohol téměř nekonzumuje a napije se pouze příležitostně (BESIP).

Při vyšetření hladiny alkoholu v krvi používáme dostupné měření pomocí sérové osmolality a stanovením koncentrace kationtů, glykémie a sérové hladiny močoviny a jednoduchým výpočtem zjistíme koncentraci alkoholu v krvi (Šebela, 2011).

1.2.2 Alkohol v kombinaci s jinými látkami

Častý omyl v souvislosti s pokusy o sebevraždu pomocí alkoholu a léků je, když osoba, která chce ukončit svůj život, zkombinuje alkohol například s benzodiazepiny a antidepresivy, které mají aditivní účinek a prohlubují depresi CNS. Rychlost detoxikace je stejná, nezávisle na dávce, představuje asi 0,1 g etylalkoholu/kg za hodinu (Nešpor, 2011).

Podle Nešpora (2011) rizika spojená s alkoholem nejsou jen přímá onemocnění, ale i nepřímá, mezi které můžeme zařadit řízení pod vlivem alkoholu, agresivita jím vyvolaná nebo kriminální chování. Totéž uvádí i NIAAA (2014). Jako další riziko můžeme zařadit pohlavně přenosné nemoci, nechtěná těhotenství v souvislosti s rizikovým sexuálním chováním pod vlivem alkoholu. V životě se můžeme setkat s kombinací alkoholu a různých léků jako jsou např. antibiotika, antihypertenziva atd. Následně pak může dojít ke zvracení, mdlobám, kolísání TK, poškození jater, nebo až CMP. Pokud se podíváme na kombinaci alkoholu a léků na předpis jako jsou třeba analgetika. Například ibuprofen, paracetamol s alkoholem může způsobovat vředy a poškození jater (NIAAA, 2014).

Vliv alkoholu na účinek léků může být zesilující, oslabující anebo jejich účinek může prodloužit. Požití malého množství alkoholu může být velmi nebezpečné se současným požitím jiných omamných látek. Mezi tyto látky můžeme zařadit například

drogy nebo léky, které tlumí nervovou soustavu (benzodiazepiny), ale také opiáty. Účinek těchto léků v kombinaci by mohl vést k ještě většímu tlumení nervové soustavy. Pokud uživatel často požívá alkoholické nápoje nebo drogy, jeho předávkování je mnohem snadnější, neboť jeho tělo si zvyká na danou látku a přestává na něj v malém množství účinkovat. Proto chronický uživatel stále zvyšuje dávky, aby došlo k jeho uspokojení (Nešpor, 2011).

Po požití alkoholu a některých antituberkulotik, antibiotik a chemoterapeutik popisujeme zčervenání, nevolnost, bolesti hlavy, zvracení, bušení srdce a také velké a náhlé změny krevního tlaku. Obdobné příznaky pozorujeme i při požití alkoholu a disulfiramenu. Po této kombinaci může nastat i tachykardie, poškození jater až i mozková či srdeční příhoda. U diabetiků na PAD po konzumaci alkoholu může nastat hypoglykémie, dekompenzace diabetu, zčervenání, nevolnost, zvracení, bušení srdce, bolesti hlavy, změny tlaku a pádů. Alkohol v kombinaci s nitroglycerinem způsobuje tachykardie, prudké změny tlaku, mdloby, závratě až mozkové a srdeční příhody. Při kombinaci některých antihypertenziv a alkoholu dochází k závratím, mdlobám a arytmiím. V kombinaci s diazepamem vyvolávat agresí nebo útlum (Nešpor, 2011).

1.2.3 Závinnost na alkoholu

Podle ministerstva zdravotnictví ČR se s první sklenkou alkoholu setkávají děti v průměru 12 let v rámci své rodiny. Také uvádí, že pro mladistvé a děti i jen při občasné požívání alkoholu se zvyšuje riziko onemocnění jater, protože nejsou schopni plně odbourat alkohol jako játra dospělého jedince. V ohrožení je také nervový systém (viz kapitola 1.2). Vzniká zde i větší šance přechodu na jiné tvrdé drogy (Státní zdravotní ústav, 2021).

Podle MZČR platí přímá úměra, a to čím dříve člověk začne často pít alkohol, tím je vyšší rychlost nástupu závislosti. S tím spojené jsou také další rizikové faktory vzniku alkoholismu, jako je např. alkoholismus v rodině, snadný přístup k alkoholu a tolerance drogy ve společnosti. Před dostupností alkoholu pro mladistvé, respektive osoby do 18 let, chrání zákon. Podávání alkoholu osobám mladším 18 let je trestným činem, za který může být potrestán kdokoli, kdo podá alkohol nezletilému, a to i rodič (Státní zdravotní ústav, 2021).

Pro dospělého člověka můžeme stanovit bezpečnou dávku alkoholu na den – ½ piva nebo 2 dl vína nebo ½ dl destilátu. Avšak alkohol v jakémkoli množství, užívaný pravidelně se může stát závislostí (i 1 štamprle po ránu nebo 1 pivo na večer)

Závislost v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN–10) nalezneme jako syndrom závislosti. Jednotlivé závislosti mají svůj statistický kód F1x.2 (dvojka za tečkou značí syndrom závislosti), na místo x se před tečku doplňuje číslo odpovídající látce od 0 do 9. V našem případě to bude F10.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (MKN-10 2022, ÚZIS)

Syndrom závislosti definuje MKN–10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Chronický alkoholismus, dipsomanie, toxikomanie (MKN-10 2022, ÚZIS).

Jak již bylo zmíněno v definici závislosti. Máme-li to shrnout je to silná potřeba získat a užívat alkohol (bažení, craving). Závislí není schopný kontrolovat své užívání a sebekontroly. Vyrůstá tolerance na alkohol a závislí pije o to víc. Závislí veškerý svůj život podřizuje alkoholu. I když si člověk uvědomuje svoji závislost a chce přestat, ale nedokáže to (Vágnerová, 2012).

Nešpor (2011) v článku *„Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes“* uvádí dotazník, ve kterém se ptá na otázky týkající se užívání alkoholu, na které si člověk má odpovědět „často – někdy – ne“. Pokud si odpovíme 3-6x „často“ nebo „někdy“ může se jednat o problém s alkoholem nebo závislost. Dotazník se skládá z těchto otázek:

1. *Cítili jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol?*
2. *Nedokázali jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pili jste i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste vypili víc, než jste původně chtěli?)*

3. *Měli jste tělesné odvykací potíže po vysazení alkoholu (např. nejčastěji třes po ránu)?*
4. *Zvyšovali jste dávku alkoholu, abyste dosáhli účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?*
5. *Zanedbávali jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřebovali víc času k získání a k pití alkoholu nebo k zotavení se z účinku alkoholu?*
6. *Pokračovali jste v pití alkoholu přes škodlivé následky, o kterých jste věděli?*

Závislost dělíme na somatickou a psychickou. Somatická závislost je adaptace organismu na alkohol, růst tolerance na alkohol. Psychická závislost se hůře překonává, člověk si myslí, že to bez alkoholu nezvládne, že ho potřebuje. Závislý člověk pocítuje úzkost a podrážděnost už při pouhé myšlence na vynechání dávky. U závislosti můžeme také popsat fáze jejího vývoje. První fáze je občasná konzumace, druhá fáze je prodromální neboli varovná, stoupá zde tolerance na alkohol. Třetí fáze je kritická, zde člověk ztrácí kontrolu nad pitím a vznikají zde sociální problémy. Čtvrtá fáze se nazývá terminální a je obdobím úpadku. Dochází zde k poškození jater (dojde ke snížení tolerance k alkoholu), závislí téměř bez alkoholu nevydrží a pije nepřetržitě. Objevují se psychické a somatické změny, lidé jsou často izolovaní a cítí bezmoc. Uvědomují si závislost i to, že ji nezvládá. Díky poškození jater je závislému špatně když pije i když nepije. Je značné fyzické i psychické chátrání (Vágnerová, 2012).

Psychické změny v důsledku abúzu alkoholu (Vágnerová, 2012):

U každého chronického uživatele se mohou objevit abstinенční příznaky. Z tohoto důvodu dochází u každého pacienta ke změnám v chování, emočního prožívání, v oblasti kognitivních procesů, osobnostní změny a v neposlední řadě také změny somatické.

Jedinec, který je již chronickým uživatelem alkoholu se může projevit i slabou vůlí vůči vykonávané činnosti. Nejrychleji si personál může všimnout změn v chování. Nejčastěji se projevuje zvýšenou dominantní potřebou pro získání alkoholu. Po nevyhovění této potřebě by se mohla objevit ztráta sebeovládání a s tím spojená zvýšená agrese vůči zdravotníkům. Tento stav by neměl personál brát na lehkou váhu, protože chování pacienta je nevyzpytatelné a mohlo by dojít až k fyzickému napadení. Personál

má možnost využít různých omezovacích prostředků, nejčastěji kurtů. Pokud se u pacienta začnou projevovat změny v chování ještě dříve před použitím omezovacích pomůcek, může personál využít i pomoc nemocniční ochranné služby. Jestliže je pacient omezen na lůžku, je nutné tento stav zaznamenat do dokumentace a do 24 hodin hlásit. Pacient, u kterého se vyskytly abstinenční příznaky, může také reagovat nepřiměřeně vůči nastalé situaci. Personál by neměl takového pacienta provokovat a nepřiměřenou agresi u něj vyvolávat. U některých pacientů se může vyskytnout neohleduplnost k ostatním a egocentrické chování, kdy se pacient dožaduje okamžitého podání alkoholu nebo ošetření či péče (Vágnerová, 2012).

Do emočního prožívání patří výkyvy nálad a emoční dráždivost. Do emoční dráždivosti můžeme zařadit afektivní výbušnost s agresi. U jedince, který jedná v afektu, může být spouštěčem i zcela nevinná situace. Jedinec na ni opět může reagovat změnou v chování a agresi. Agrese může být verbální, kdy pacient nešetření vulgarizmy nebo také neverbální, kdy už by mohlo dojít k fyzickému napadení. U pacienta se závislostí by personál neměl brát na lehkou váhu ani sklony k depresím nebo úzkostem. Tyto stavy může pacient personálu tajit, proto je třeba pečlivě poslouchat, co pacient říká a případně tento stav řešit včas, aby nedocházelo k prohlubování. Dále se také může vyskytnout nedůvěřivost a podezřívavost. S těmito pacienty je nutné komunikovat a spolupracovat na vybudování důvěry ve vztahu pacient a zdravotník. Problém nastává tehdy, kdy ze strany pacienta převládá nedůvěřivost, protože pak pacient nemusí být plně otevřen zdravotníkům. U závislého uživatele alkoholu může nastat i postupné vyhasínání emočních vztahů k ostatním lidem. S tím může být spojen i pocit odcizení, osamělosti a pocitu prázdnoty nebo lhostejnosti a apatie k okolí. Jedinci, kteří jsou prokazatelně závislí se tak mohou ocitnout na samém okraji společnosti (Vágnerová, 2012).

Osobnostní změny u jedinců závislých na alkoholu se dají zařadit do 2 dimenzí. 1. dimenze je disinhibice chování (ztráta veškerých zábran). Tato dimenze je typická pro jedince, pro které je alkohol denní součástí života. Tito lidé se mohou chovat impulzivně a ztrácet veškeré zábrany. Dále jsou těmito jedinci vyhledávány situace se zvýšenou dráždivostí s vysokou potřebou vzrušení. Následkem takového jednání může být konflikt se zákonem a převoz do policejní záchytné stanice. Čím dál častěji vznikají situace, kdy se jedinec při svém počínání zraní a je nutné ho převézt záchrannou službou na vyšetření do nemocnice. Policie má i možnost zavolat si na místo pouze

lékaře ze záchranné služby, který pacienta vyšetří na místě a rozhodne, zda je nutný transport do nemocnice. 2. dimenzi lze charakterizovat jako převahu negativního emočního ladění. Do této dimenze lze zařadit neustálý pocit diskomfortu, nepříjemného napětí a zvýšených úzkostí nebo deprese. Alkohol pak slouží jako prostředek ke zvládnání nepříjemných pocitů. U chronických uživatelů alkoholu dochází i ke změnám v oblasti kognitivních procesů. Tyto změny se mohou projevovat zhoršenou koncentrací pozornosti, paměti a celkové výkonnosti. Tito jedinci pak mohou být více vztahovační na vlastní osobu a ulpívaví. Postupem času mohou i ztrácet zdravý úsudek a náhled na situaci, kdy nejsou schopni posoudit, a hlavně připustit si, jak je samotný alkohol ovlivňuje. Uživatelé také mohou být přehnaně lítostiví s pocitem, že se všichni spojili proti nim a nedokážou pochopit, že se jim mohou snažit pomoci. Dále dokážou najít mnoho důvodů a výmluv pro svoje časté užívání alkoholu. Většinou to dávají za vinu svému okolí, nikoli sami sobě. Občas se může vyskytnout i lepší chvíle, kdy je jedinec schopen uznat, že na svém pití má také svůj podíl viny (Vágnerová, 2012).

Kromě psychických změn jsou i velice důležité somatické změny, protože přímo ovlivňují zdravotní stav. V časném stádiu můžeme na pacientech pozorovat třes rukou nebo třeba obezitu. Se závislostí na alkoholu se objevuje vyšší riziko onemocnění diabetem mellitem a s ním spojenými dalšími komplikacemi. Dále můžeme pozorovat neurologické změny v podobě poruchy rovnováhy, zmatenosti nebo až k delirantním stavům. Dlouhodobým působením alkoholu na organismus jsou poškozeny všechny orgánové soustavy. Jedním z nejvíce poškozených orgánů bývají játra. Játra mají velice dobrou schopnost regenerace, ale častou konzumací alkoholu je tato funkce narušena a může skončit až cirhózou jater. Pacienti, kteří se dostanou do nemocnice pro selhávání jater, z důvodu častého požívání alkoholu nemají možnost dostat se do registru na transplantaci. Kromě jater jsou ovlivněny ledviny, zažívání, oběhová, dýchací a endokrinní soustava. V této fázi se hůře hojí různé oděrky a zranění. Změny se dají také pozorovat i na vzhledu. Lze pozorovat prosáklý, rudomodrý, těstovitě mastný obličej, rozšíření cév, vodnaté oči, váčky pod očima nebo předčasně zestárlý výraz. Změny vzhledu se netýkají pouze obličeje, ale celého těla, třeba již výše zmíněná obezita nebo změny na dolních končetinách. Tito jedinci většinu času věnují alkoholu, což může doprovázet celková zanedbanost, špinavé oblečení nebo zápach, který je většinou způsobený nedostatečnou hygienou. (Vágnerová, 2012)

Vznik závislosti na alkoholu rozdělujeme do 4 fází.

První fáze je občasná konzumace při vybraných akcích. Tato fáze je nezbytná pro začlenění se do kolektivu a nebýt na jeho okraji. Společnost, kde se konzumuje často alkohol, může být pro jedince značně riziková z důvodu navyšování dávek alkoholu. V této fázi pozorujeme také pití alkoholu pro uvolnění stresu a navození nálady. Další riziko zde vidíme, pokud si jedinec spojí, že alkohol přináší úlevu a řeší za něj problémy. S hromaděním se problémů navyšuje postupně dávku a nesnaží se problémy řešit účinnější cestou. Druhá fáze je prodromální neboli varovná. Alkoholem jsou běžně řešeny veškeré stresové situace. Díky alkoholu se cítí být výkonnější a sebejistější. Přijímá vyšší rizika a vysoce zde stoupá tolerance alkoholu. V důsledku toho dochází ke zvyšování dávek alkoholu a případně i k častější konzumaci. V této fázi se může již vyskytovat pití alkoholu o samotě a zatajování jeho konzumace. Objevuje se zde občasná ztráta kontroly nad množstvím požitého alkoholu a následná opilost s palimpsesty (výpadky paměti). Tyto výpadky jedinci signalizují, že neovládá svou nadměrnou konzumaci, neboť si začíná uvědomovat svou potřebu opojení alkoholem. Třetí fáze je kritická. Vyskytuje se zde neustálý nárůst tolerance alkoholu a v důsledku toho míra konzumace. Jedinec, kterému dřív stačily 2 piva, nyní již potřebuje 6 piv, popřípadě přidat tvrdý alkohol. V tento moment si již jedinec nedokáže kontrolovat svoje dávky alkoholu, častěji objevují alkoholové amnézie. V této fázi si již jedinec nedokáže od alkoholu pomoci i přes výčitky, které se dostavují po vystřízlivění. Snaží se přestat, ale nedokáže to. Stává se závislým a pije denně při každé možné příležitosti. Alkohol se stává primární potřebou. Již sice neposkytuje požadované účinky, jako tomu bylo dříve, ale musí konzumovat, aby mu nebylo špatně. Dlouhou abstinenci by nevydržel. Svou závislost si nepřiznává. Má dojem, že může kdykoliv konzumace alkoholu zanechat, i když o tom občas sám zapochybuje. Pohybuje se mezi střízlivým stavem, kdy je ochoten měnit své chování a porušením zásad, které chtěl dodržet v podobě další nadměrné konzumace alkoholu. Následují výčitky a sebeobviňování. Alkohol zasahuje do všedního života jedince, vznikají problémy zejména v sociálních vrstvách (problémy v rodině, v práci, vyčlenění z kolektivu). Jedinec na tyto problémy reaguje racionalizací a dává přednost společnosti se společnou zálibou v alkoholu, kde mu nic nevyčítají. Začínají se měnit jeho charakterové vlastnosti. Mění se i systém hodnot a oplošťuje své vztahy a zájmy. Alkohol je na prvním místě. V poslední čtvrté části vzniká období úpadku neboli terminální fáze. Již je poškozená funkce jater, a proto dochází ke snižování tolerance k alkoholu. Rychleji dochází k opití se, ale bez alkoholu nevydrží. Pije nepřetržitě od rána. Objevují se zde psychické i somatické poruchy

způsobené dlouhodobou konzumací alkoholu. Zintenzivňují se sociálně-adaptační projevy s často vznikajícími mezilidskými konflikty, které jsou čím dál závažnější. Okolí je čím dál častěji odmítá, odsuzuje a jejich postoj k nim je negativistický. Vzniká sociální izolace, kontakty jedince jsou omezeny pouze ty, kteří jsou ochotní ho k sobě pustit a tolerovat ho. Typicky vznikají stavy bezmocnosti. Jedinec si uvědomuje svou neschopnost tento stav zvládnout. Nadále chátrá psychicky i tělesně. Úpadek pozorujeme i v sociální oblasti. Obtíže vnímá s alkoholem i bez něj (Vágnerová, 2012).

Pacient zůstává závislým i v případě, že se naučí abstinovat. Nesmí požit alkoholu ani v malých dávkách, neboť by mohlo dojít k recidivě. Ve své podstatě se dá říct, že se alkoholismus nedá zcela vyléčit, pouze dostat do určité míry pod kontrolu (Vágnerová, 2012).

1.2.3.1 Alkoholový abstinencií syndrom

Alkoholový abstinencií syndrom nastává v době vysazení alkoholu po dlouhodobém užívání alkoholu a vzniklé závislosti. Jedná se o soubor příznaků provádějící vysazení pravidelných dávek alkoholu. Příznaky abstinence můžou být nekomplikované jako zvýšené pocení, tachykardie, hypertenze, úzkost, neklid, podrážděnost, malátnost, slabost, třes, nauzea, vomitus a poruchy spánku. Pokud je syndrom mírnější formy, okolí nemusí poznat, že se jedná o abstinencií syndrom a bude to pokládat pouze za nevolnost. Horší reakce na vynechání alkoholu je abstinencií syndrom s delíriem. Tělo reaguje daleko intenzivněji, převážně vegetativní systém. Objevuje se silný třes, pocení, tachykardie, občas se mohou vyskytnout i záchvaty křečí. Obecně pozorujeme na pacientovi výrazný neklid a úzkost. Postupně se neklid zvyšuje až do agitovanosti. Typické jsou poruchy vědomí, bludy, převážně paranoidně-perzekuční bludy a také halucinace. Nejčastěji udávají halucinace malých živočichů (bílé myši) a taktilně-kinestetické halucinace. Delirium může končit až smrtí. Obvykle trvá 72 hodin (Vágnerová, 2012).

Podle Kašpárka (2014) se v době kdy probíhá a vzniká závislost na alkoholu, nastavuje nová rovnováha mezi inhibičními a excitačními mechanismy v CNS. Díky vnějšímu vlivu alkoholu se podporují excitační funkce. Pokud odstraníme vnější vliv alkoholu, přerušíme vzniklé kompenzační mechanismy, toto přerušení se projevuje abstinenciím syndromem. Vyléčení abstinencií syndromu spočívá v znovunastavení rovnováhy mezi excitací a inhibicí. Rovnováha se navrácí postupně a pomalu. Tímto

způsobem se nedá vyléčit závislost jako taková, ale přerušit se prohlubování závislosti. Po léčbě ustanou fyzické potřeby užívání alkoholu, ale stále je potřeba dlouhodobá léčba psychické závislosti a jejích příznaků.

Lékař hodnotící vážnost stavu pacienta v souvislosti abstinenčním syndromem, využívá anamnézy a klinického obrazu. Avšak nejpřesnějším nástrojem je CIWA-Ar (Clinical institute Withdrawal assessment for alcohol, revised). Jedná se o dotazník pro hodnocení, pozorování a léčbu při odvykání alkoholu. Dotazník obsahuje abstinenční příznaky (nauzeu, úzkost). Celkový počet bodů, který lze získat je 67, čím více bodů pacient získá tím závažnější jeho stav je. Do 8 bodů se jedná o mírný abstinenční syndrom. Střední abstinenční syndrom hodnotíme od 9 do 15 bodů. Již od 15 bodů klasifikujeme závažný abstinenční syndrom, který může následně přejít do záchvatů či deliria tremens. U většiny těchto pacientů se nachází výrazná dehydratace a další rozvraty (elektrolytů, hypoglykemie, hypomagnezémie, hypofosfatémie, vitamíny, thiamin...) (Rahman, 2021).

Další reakce těla na vynechání dávky nebo delší abstinenci alkoholu je alkoholová psychóza a halucinóza. Projevují se nepříjemnými sluchovými halucinacemi. Nemocný slyší hlasy cizích lidí, které diskutují o něm a jeho stavu. Mohou se vyskytnout i děsivé sny (Vágnerová, 2012).

Abstinenční syndrom se nemusí rozvinout u každého. Jsou zde faktory ovlivňující jeho vznik. Jedná se o množství konzumovaného alkoholu, intenzita konzumace alkoholu (denně, týdně, několikrát za den, ...) jak velká je adaptace organismu na alkohol a celková individuální zranitelnost jedince. Dále závisí na schopnosti daného organismu se přizpůsobit metabolismus a rozvoji tolerance. Existují případy, kdy pacient užíval velké množství alkoholu s vysokou tolerancí a neměl velké odvykací příznaky a naopak pacient s malou tolerancí na alkohol s výraznými odvykacími příznaky (Kašpárek, 2014).

1.2.3.2 Delirium

Delirium je přechodná porucha vnímání. Řadíme ji mezi kvalitativní poruchu, projevující se poruchami vědomí, poruchy pozornosti, rychlým rozvojem a fluktuujícím průběhem. Dále můžeme pozorovat psychomotorické změny jako je agitovanost a ztlum, poruchy vnímání – halucinace, iluze a mikrozoopsie. Dále sledujeme

dezoorientace, prchavé bludy (mohou být i v lucidních obdobích), poruchy spánku jako je spánková inverze s nočním neklidem a také poruchy emocí (emoční plochost, anxieta...) (Kašpárek, 2014).

1.3 Komunikace

Komunikaci můžeme popsat jako nástroj pro dorozumívání a myšlení. *Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny* (Zacharová, 2016, str. 8).

Na kalifornské a pobaltské škole autoři Watzlawick, Bavelas a Jackson charakterizovali komunikaci jako médium pozorovatelných projevů lidských vztahů (Watzlawick, 1999). Komunikace není vždy viditelná (např. jedná-li se o vnitřní nebo intrapsychickou komunikaci), ale i přesto se dá zaregistrovat a analyzovat. V komunikaci rozlišujeme **syntax**, který zkoumá komunikační kanály, kódování, kapacitu komunikace a ruchy. Dále **sémantiku**, v níž pozorujeme podstatu slov a **pragmatickou** stránku komunikace, kde zkoumáme vztah mezi jednotlivými účastníky komunikace v konkrétním kontextu. Podle těchto autorů komunikace takřka splývá s pojmem chování (Zacharová, 2016).

Komunikace vždy probíhá mezi dvěma a více lidmi. Mluví-li spolu, tak tomu ději mezi nimi říkáme komunikační proces. Každý komunikátor neboli ten, který se snaží předat nějakou informaci svému okolí – komunikantovi (přijímá informace), se snaží partnera ovlivňovat. Základní schéma komunikačního procesu vychází z toho, že spolu lidé chtějí komunikovat, sdělovat z informace, pocity a postoje, nálady, vzájemné vztahy. Vždy je důležité pochopit souvislosti, ve kterých jsou informace předávány. Ke komunikaci používáme jak verbální, tak neverbální projevy. Sociální jednání má často podobu schematického, pravidelného a postupného chování, tudíž můžeme některé kroky očekávat a označit je jako pravidla (Zacharová, 2016).

1.3.1 Etiologie agrese

Odborníci v oblasti psychologie, sociologie a medicíny na vznik agrese pohlíží z několika hledisek. Nemocný člověk, hledající odbornou zdravotnickou péči je do jisté

míry v krizové životní situaci. Pacientův přechod ze zdraví do nemoci je stresující, krizová životní situace, se kterou se musí vyrovnat a adaptovat se na ni (Šamánková, 2011).

Sociologie dělí příčinu agrese do tří zdrojů. První zdroj – biologicko-psychologický, druhý je sociálně-psychologický a třetí je sociologický. Na rozdíl od sociologie v psychologii nejsou jednoznačné příčiny vzniku agrese. Freud ve svých teoriích agrese popisuje existenci dvou pudů a jejich rovnováhu. Jedná se o pud života a pud smrti, mezi Erotem a Thanatem, mezi konstruktivním a destruktivním. Freudova teorie agrese vysvětluje jako základní projev pudu ke smrti, který je směřován navenek, aby neničil vlastní organismus. V nemocnici se často setkáváme s agresí vyvolanou frustrací. Frustrace je často vyvolaná maladaptací, nepřekonaným zážitkem nebo psychickým traumatem. Proto většinu agresivních projevů pacientů můžeme usměrnit nasloucháním a uspokojením potřeb pacientů, alespoň když je to v našich silách (Burda, 2014).

V posledních letech se začala agresivita zkoumat pomocí moderních vyšetřovacích, zobrazovacích metod, jako je PET, MR a EEG. Ukazují se zde různé změny jako je například snížení objemu frontálního laloku, snížený glukózový metabolismus mozku. Na EEG je zřejmá existence abnormalit u impulzivních agresorů. Agresi může způsobit i závažný úraz CNS nebo jeho onemocnění jako jsou nádory, epilepsie nebo CMP. Pokud se zaměříme dále na vznik agrese, bez vnějších příčin, musíme zmínit hormony. Především testosteron a jeho vysoká hladina souvisí s protispolečenským chováním. Větší agresivitu můžeme také pozorovat u lidí, kteří nadužívají anabolické steroidy. Mezi další faktory vyvolávající agresi musíme zařadit také prostředí. Nachází-li člověk v prostředí, kde se necítí dobře a hlavně bezpečně, můžeme očekávat, že při pocitu ohrožení sebe nebo svých blízkých bude agresivní (Burda, 2014).

1.3.2 Agresivní chování

V praxi se občas setkáváme s agresivně se chovajícím pacientem. Pacient může často útočit na personál verbálně ale i brachiálně. Svoji negativní náladu může pacient směřovat jak proti personálu, tak i k ostatním pacientům či vybavení pokoje. Abychom zabránili násilnému chování pacienta, musíme včas rozpoznat známky agresivního

chování. Pozorujeme zde rizikové faktory vedoucí k agresi, kterým můžeme zabránit, pokud na ně včas odpovíme (Hosáková, 2021).

Faktory, které můžeme u agresivních pacientů zpozorovat (Hosáková, 2021):

- Psychomotorický neklid včetně rychlého přecházení sem a tam, bouchání dveřmi, lomení rukama,
- Podrážděnost,
- Projevy zlosti včetně výrazu v obličeji,
- Zatínání pěstí,
- Házení předmětů,
- Obranné postoje,
- Odtahování se a neodpovídání na otázky,
- Dezorientace,
- Verbalizace strachu,
- Slovní výhružky,
- Nadávky nebo obscénní výrazy,
- Opakované požadavky,
- Hádavé chování,
- Neschopnost podřídit se pravidlům,
- Aktivní odpověď na vnitřní podněty (sluchové nebo vizuální halucinace)

Agrese je jeden ze tří základních typů chování. Lze ji definovat jako nepřátelské chování, které má zraňující nebo destruktivní účinek. Agresi dělíme dle příčin na impulzivní, nepromyšlenou a na agresi plánovanou, promyšlenou. Impulzivní agresi spojujeme s vysokou mírou excitace autonomního nervového systému a plánovanou s dramatickou vegetativní reakcí. Na agresi navazuje agresivita nebo agresivní chování. Agresivitu můžeme definovat jako tendenci k útočnému jednání. Je to útočnost

projevující se jednáním, které poškozuje osoby či věci. Agresivita je reakce na ohrožení. Ve zdravotnictví se můžeme setkat s masochistickou agresivitou nebo autoagresí. Tento druh agrese se nejčastěji spojuje s psychiatrickou diagnózou nebo vlivem návykových látek (Hosáková, 2021).

Před vznikem agresivity můžeme na pacientovi pozorovat neklid, který Hosák (2015) definuje jako vnější projev, jemuž dominuje organizovaná, neúčelná psychomotorická aktivita a která vychází z určité vnitřní nepohody. Hosáková (2021) uvádí, že před stupněm agrese pozorujeme nepřátelství, které je patrné z pacientova vystupování.

Agresi můžeme dělit hned několika způsoby. Když se podíváme na agresi z pohledu osobnostní charakteristiky, pozorujeme vnější a vnitřní projevy agrese. Introvertní osobnost prožívá spíše vnitřní agresi. Kdežto extravertní osobnost spíše vnější agresi. U vnitřní agrese jsou pocity prožívány uvnitř, můžeme je pozorovat vnitřním neklidem, sebepoškozováním jako je kouření, pití alkoholu. Oproti tomu u vnější agrese se pocity projevují navenek a je snadné je identifikovat. U vnější agrese se můžeme setkat s **extrapunitivní** agresí, kdy člověk hledá chyby v ostatních. Veškeré projevy jsou vedeny proti okolí a veškeré příčiny frustrace vidí v ostatních. **Intrapunitivní** agresivita je přesný opak extrapunitivní agresivity. Je typická tím, že člověk hledá chyby sám v sobě. Často pocítují pocit selhání, bezmoci a neužitečnosti. Tento druh agresivity může končit suicidálními pokusy nebo dokončeným suicidem (Burda, 2014).

U pacientů dále můžeme pozorovat explozivní nebo implozivní projevy hněvu a zlosti, které nastávají při vyvrcholení těchto dvou emocí v krizové situaci. Explozivní projevy, jsou snadno identifikovatelné, protože jsou slyšitelné a viditelné. Jsou to klasické projevy agrese (nadávání, výhrůžky, křik, fyzická aktivita) (Burda, 2014). Tyto klasické projevy explozivní agrese popisuje i Hosák (2015) projevy agresivního chování můžeme rozdělit na verbální a neverbální projevy, které se můžou prolínat. Mezi verbální projevy patří nadávky, výhrůžky, vulgarismy a mezi neverbální patří zatínání pěstí, zrudnutí v obličeji, celkový psychomotorický neklid, při vystupňování až s brachiální agresí namířenou vůči věcem či vůči přítomným osobám (bití, křičení, kopání).

Implozivní vedení agrese je opakem explozivního. Tento způsob vedení agrese je daleko horší pro rozpoznání a zdravotnický pracovník si ho nemusí třeba vůbec všimnout. Pacient se na venek může zdát apatický, pasivní a nepřírozeně klidný. Úskalí tohoto vedení je, že v nečekaný okamžik se může převrátit v explozi agrese. Dalšími projevy implozivního vedení může být nezáměr o komunikaci, zvýšená únava, sebetrápení a izolovanost od ostatních (Burda, 2014).

Často se agrese také dělí na brachiální a verbální. Brachiální agrese se často projevuje užíváním dolních končetin – kopáním do předmětů, dveří a horními končetinami – facka, pěst. Agresor může svou agresi vést buď proti předmětům anebo proti jinému člověku. Agresi vůči jinému člověku označujeme jako heteroagresi a agresi vůči vlastní osobě označujeme jako autoagresi. Pomocí heteroagrese si někteří zajišťují obranu, zastrašují nebo pro sebe získávají výhody. Heteroagresi můžeme rozdělit jako přímou a nepřímou. Přímá agrese je, když agresor nadává, vyhrožuje, uráží přímo například sestře. Naproti tomu nepřímá agrese se projevuje tím, že agresor píše vzkazy, dopisy či telefonuje (Hosák, 2015).

Dělení agrese podle společenské nebezpečnosti je do tří základních skupin. A to na zlostnou agresivitu, instrumentální agresivitu a spontánní agresivitu. Zlostná agresivita se značí tím, že není prostředkem pro dosažení cíle. Je to momentální, nepromyšlené a zkratkovité chování. Další typická věc pro tuto agresivitu je krátkodobé časové ohraničení. Je zde možné taky identifikovat nenávistné projevy, zášť, působení bolesti jak fyzické, tak psychické a toto chování může přinášet vnitřní uspokojení. U instrumentální agrese pozorujeme plánovanost na několik scénářů, různé alternativy. Tato agresivita není primární jednání, ale nástroj pro dosažení cíle. Občas může být použita jako činnost pro odvrácení škod, ochrana sebe a svých blízkých. Instrumentální agresivitu vnímáme negativně, pokud je použita pro uspokojení vlastních potřeb. Pacient tuto agresi na zdravotnický personál využívá například pro vynucení si hospitalizace, předepsání receptu, oproti předchozím dvou je spontánní agresivita kapitoulou sama pro sebe. Je totiž přirozenou součástí člověka a přináší mu uspokojení. Jedná se o nepromyšlenou agresivitu, která se projevuje již v raném dětství. Agresor působí bolest a jeho jednání mu přináší emocionální uspokojení jeho potřeb a občas i potřeb, které jsou abnormální a patologické (Burda, 2014).

1.3.3 *Komunikace s agresivním pacientem*

Agresivitu mohou vyvolat v pacientech sami zdravotníci svým nevhodným, nebo neprofesionálním chováním, nebo nevhodnou komunikací. Negativní emoce může vzbudit zdravotník v pacientovi, ale i naopak pacient ve zdravotníkovi a může vyústit v projevy násilí. Dva důležité faktory, které ovlivňují negativní emoce jsou snížené sebeovládání a nevhodná komunikace. Mezi tyto emoce patří například frustrace, strach a stresové situace na straně zdravotníka i pacienta. Násilí může také vyvolat nevhodná komunikace s lidmi s duševním onemocněním, nebo pod vlivem návykové látky. Pacienti od zdravotníků očekávají pozornost, otázky na jejich pocity a zájem o jejich problémy, ale také pochopení, naslouchání a respektování soukromí a osobnosti, uctívou komunikaci, vysvětlení problému, empatii a lidskost. V opačné rovině kdy pacient vyvolává negativní emoce u zdravotníka, se jedná o faktory, které vůli ovlivnitelné nejsou. Zdravotník naopak od pacienta očekává poděkování, spolupráci, jistou poslušnost, nebo dodržování opatření, které nařídil. Po zdravotnících je vyžadováno, aby byli schopni udržet emoce, uklidnit se a přemýšlet. Ale i zdravotníci mají právo na emoce. Pokud se pacient chová hrubě, začíná být brán jako nepřítel (Pekara, 2015).

Zdravotnický personál může ovlivnit většinu agresivních projevů pomocí profesionality, komunikace a celkovým přístupem k pacientovi. Pokud se ovšem nejedná o projevy získané prostředím, kde vyrůstal a převzatými vzorci chování (Burda, 2014).

Při práci s agresivním pacientem bychom měli dodržovat určité zásady. Měli bychom zůstat klidní, dbát na řeč našeho těla. Další rizikový faktor je tón našeho hlasu a musíme zvážit, co říkáme, abychom v pacientovi agresi ještě víc nevyvolávali. Když přistupujeme k agresivnímu pacientovi, kromě výše zmíněného musíme mít na mysli, zda potřebujeme pomoc bezpečnostní služby nebo kolegů (Burda, 2014).

Agresivní pacient nám nesmí zastoupit únikovou cestu. Důležitá je i úvaha nad tím, zda nejsou ohrožení i další pacienti, zda není potřeba evakuace. Musíme odstranit předměty, které by mohli být využity jako zbraň. Agresor by jich mohl využít k poškození sebe či jiných pacientů. Dále bychom měli dbát, aby naše vzájemná neverbální komunikace nebudila dojem hrozby nebo naopak dominance agresora nad personálem. Měli bychom aktivně naslouchat a aktivně se zajímat o jeho problémy.

Pokud je to v našich silách, měli bychom dát najevo naši spoluúčast a pokusit se mu pomoci s vyřešením jeho problémů. Nezbytné je, abychom k pacientovi nechodili moc blízko a neomezovali jeho osobní prostor, který je až čtyřikrát větší než osobní prostor u klidného pacienta. A pokud to není nezbytně nutné, nedotýkáme se ho. Jestliže vyhodnotíme, že by mohlo dojít i k brachiální agresi, je důležité mít mezi námi a pacientem nějaký předmět, jako jsou lůžko nebo stůl. Pokud se u pacienta vyskytnou halucinace a bludy, nevyvracíme mu je a pouze je vyslechneme. Vidíme-li, že je pacient značně agresivní proti vlastní osobě nebo okolí, měli bychom zajistit personální převahu v minimálním počtu pěti lidí (4 na končetiny +1). (Hosáková, 2021).

Důležité je, aby měl pacient jasně stanovené meze toho, co je a není přípustné. Každý člen personálu by měl klást stejné nebo podobné meze (nekřičet, vyvarovat se vulgarismů). Jestliže je nutné vykonat nějaký ošetrovatelský výkon, detailně informujeme pacienta o tom, jak výkon bude probíhat. Pacienta nadále informujeme i během provádění výkonu, aby se nestalo, že uděláme něco, o čem by pacient nevěděl. Pokud již nemáme jinou možnost, můžeme se uchýlit k omezení pacienta v lůžku. Toto omezení musí být pečlivě zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace a z indikace lékaře. Pokud omezení v lůžku trvá déle než 24 hodin, je nutné tuto skutečnost nahlásit příslušnému soudu. V tomto stavu pacienta separujeme pacienta o všech okolních rušivých elementů, které by k pacientovi agresi mohli přispívat. Je nutné se vyhnout hádce a raději pacienta nechat, ať dá průchod svým citům (Hosáková, 2021).

1.4 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče o intoxikovaného pacienta začíná již ve vozidle záchranné služby, neboť tito pacienti jsou většinou do nemocnice transportováni záchrannou službou. Tu často volají svědkové události nebo sama policie, protože pacienta nalézají ležet na veřejných prostranstvích, a ne zřídka kdy mají na první pohled viditelný úraz, nebo s nimi vůbec nekomunikují. Záchranná služba během ošetřování pacienta sbírá informace od svědků na místě události. Je hodnocen celkový stav pacienta včetně jeho nálad, chování, úrovně vědomí, orientace místem a časem a paměti na událost. Tak jako v přednemocniční péči, také i v nemocniční péči musíme dbát zejména na vlastní bezpečnost, protože chování intoxikovaného pacienta může být často nepředvídatelné. Velmi důležité je držení si dostatečného odstupu od pacienta, hlídání si únikové cesty a v případě potřeby si zajistit pomoc pracovníků ochranné služby nemocnice. Pacienta

úmyslně neprovokujeme svým chováním a komentáři, neboť by mohlo dojít k vyostření situace. Důležité je dát pacientovi najevo, že tam jsme proto, abychom mu pomohli a nesoudili ho. Dbát také musíme na naší benevolenci vůči jeho chování (Remeš, 2013).

Při ukládání opilého pacienta na nemocniční pokoj se můžeme setkat s velkým odporem a odmítáním péče. Odmítání péče můžeme pozorovat jako nespolupráci při měření fyziologických funkcí, odstraňování si žilního vstupu a agresí vůči zdravotnickému pracovníkovi. Setkat se můžeme i s neustálým vynucováním si odchodu z oddělení, neboť mohou mít pocit, že jsou v pořádku, protože alkohol může maskovat závažnou poruchu zdravotního stavu například mozkolebeční poranění. Nebo naopak se snaží vynutit si nadměrnou pozornost a péči. V praxi se můžeme setkat i s nespolupracujícím pacientem, který zastává názor, že zdravotnický pracovník je placený za to, aby se o něj staral, a proto odmítá veškerou spolupráci nebo naopak dělá naschvály, aby s ním zdravotníci měli práci navíc (Šebelová, Knor, 2018).

1.4.1 Specifika péče o pacienta intoxikovaného alkoholem

Na urgentním příjmu neboli emergenci pacient podstupuje řadu vyšetření podle jeho stavu. Mezi základní vyšetření patří změření fyziologických funkcí, dále lékař může pacienta vyšetřit pomocí UZ, CT, RTG, EKG, krevní testy atd.

Postup při odběru krve na hladinu alkoholu v krvi se skládá z klasického postupu odběru žilní krve bez použití alkoholové dezinfekce (Dingová Šliková, 2018).

Při příjmu dítěte intoxikovaného etylalkoholem měříme FF, teplotu, zjišťujeme stav hydratace, případná poranění. Zajišťujeme PŽK, odebíráme krev na stanovení hladiny alkoholu v krvi, KO, glykémie, iontů, osmolalitu, jaterní testy, amylázy, ureu, kreatinin, acidobazickou rovnováhu, celkový toxikologický screening, krevní plyny. Jestliže jsou patrné zjevné známky poranění například hlavy, posíláme pacienta na CT mozku a neurologicky jej vyšetříme. Pokud máme podezření na aspiraci zvratků, posíláme pacienta na RTG plic. Zjistíme-li při odběru anamnézy, že pacient užil k alkoholu i jiné látky například léky, uchylujeme se k výplachu žaludku. Ovšem pokud výplach stihneme do jedné hodiny od požití. Pak již dochází k vstřebávání látek a výplach by neměl velký význam (Pavlíček, 2021).

Při požití letální dávky alkoholu se doporučuje následující léčebný postup: 1. se snažíme odstranit nevstřebaný alkohol ať již zvracením nebo výplachem žaludku. Tento

postup lze použít jen do 90 min po požití alkoholu, než se vstřebá. Pacienti při vědomí jsou léčeni emetikem. Pokud se pacient dostane do narkotické fáze, předpokládáme úplné vstřebání alkoholu. 2. méně užívaná forsírovaná diuréza. Tato metoda se tolik nevyužívá, protože je málo účinná. Účinnosti nabývá až při diuréze 1000 ml/h, ale vznikla zde riziko hypotermie způsobenou hypovolemií a také objemové přetížení organismu. Další léčebný postup je na rozdíl od předchozího postupu důležitý a nutný. Jedná se o kardiovaskulární a respirační podporu. Pokud pacient dospěl do fáze, kdy dochází k útlumu dechového centra je nutná UPV. Farmakoterapie se v této fázi považuje za zbytečnou. 4. náhrada elektrolytů při metabolické acidóze a případná hemodialýza pro odstranění hyperosmolality. 5. Alkohol způsobuje hypoglykemické stavy, a proto hlavně u dětí doplňujeme glukózu do těla 2-3 g/kg hmotnosti těla. Glukóza redukuje i indukované symptomy z CNS. Musíme pečlivě sledovat výdej moči a substituovat ztráty vody a elektrolytů. Jako antidotum alkoholu využíváme Naloxon pro jeho schopnost stimulovat dechové centrum. Tomuto postupu se také snažíme vyhnout. Snažíme se vyhnout nadměrným ztrátám tepla. Uklidňujeme pacienta, pokud je neklidný či agresivní. Tyto stavy mohou být způsobeny metabolickým rozvratem a vlivem alkoholu na CNS. Pokud zvažujeme uklidnění intoxikovaného pacienta léky, měli bychom se vyhnout antihistaminikům, tricyklickým antidepresivům, fenotiazinům, butyrofenonům a benzodiazepinům, protože mají stejný účinek jako alkohol. Většina autorů se shoduje pouze na nízkých dávkách diazepamu pro zklidnění pacienta. Pokud přijímáme pacienta, který je chronickým uživatelem alkoholu, dochází u něj k imunosupresi, nasazujeme širokospektrá antibiotika. Používáme je především u aspirační pneumonie a sekundární bronchopneumonie. Posledním uvedeným postupem je hemodialýza či peritoneální dialýza. Tyto dvě metody se řadí mezi ty neúčinnější, ale málo využívané metody. Dialýzu vyžíváme pokud kromě selhání dechového centra hrozí i selhání srdeční a oběhové. Také při výrazné hypotermii – zrychlí metabolismus a zahřeje pacienta. Dialýzu indikujeme také při požití alkoholu a jiných léků (hlavně barbiturátů) a koncentraci 4g/l alkoholu v krvi (Ševela, 2011).

Léčka intoxikovaného pacienta je převážně symptomatická. Důležité je doplňovat ztracený objem tekutin, kontrolovat fyziologické funkce, dbát na udržení volných dýchacích cest a zabránit aspiraci zvratků. Po prudkém zvracení může dojít k iontové disbalanci. I tuto skutečnost je nutné hlídat a na základě laboratorních výsledků chybějící ionty doplnit. Pokud je u pacienta podezření, že spáchal trestnou činnost nebo

je přivezen po dopravní nehodě, může si policie vyžádat odběr krve na stavení množství alkoholu. V tomto případě nesmíme zapomenout použít dezinfekci na místo vpichu bez obsahu alkoholu. Pokud bychom použili alkoholovou dezinfekci, hodnota množství alkoholu v krvi by mohla být skreslená a právně napadnutelná. Po odběru zkumavku zakapeme voskem, aby se alkohol neodpařoval, a odesíláme do biochemické laboratoře se žádankou a názvem použité dezinfekce. Jestliže dojde ke zhoršení stavu pacienta ve smyslu například nedostatečného dýchání a je nutné pacienta připojit na umělou plicní ventilaci překládáme ho na vyšší pracoviště, konkrétně na oddělení anesteziologicko-resuscitační (Pavlíček, 2021).

Na oddělení ARO sestry u intoxikovaných pacientů používají základní ošetrovateľské diagnózy. Nejčastěji jsou využívány:

- Porucha vědomí z důvodu působení toxické látky na organismus,
- Porucha dýchání z důvodu působení toxické látky na dýchací centrum,
- Akutní zmatenost z důvodu vlivu toxické látky na organismus,
- Porucha soběstačnosti, sebepečce z důvodu působení omamných látek na organismus,
- Strach, úzkost z nedostatečné informovanosti,
- Potencionální riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů

Během hospitalizace se můžeme setkat s pacientem, který se bude chtít opustit nemocnici za pomoci negativního reversu. Negativní revers je list papíru, který musí pacient před opuštěním nemocnice podepsat. Jsou v něm zaznamenány veškeré náležitosti tom, že pacient odmítá léčbu tak, aby byl zdravotnický personál byl krytý v případě zhoršení pacientova stavu a předcházelo se tak soudním sporům. V případě intoxikovaného pacienta zdravotnický personál nesmí pacientovi umožnit negativní revers podepsat, neboť intoxikovaný pacient není schopen racionálně zvážit veškeré zdravotní následky, které by mohly vzniknout jeho vynuceným odchodem z nemocnice (Pavlíček, 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V rámci bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku komunikace s pacientem intoxikovaným etylalkoholem z pohledu sestry.

Cíl 2: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta intoxikovaného etylalkoholem.

Cíl 3: Zmapovat rozdíly v přístupu sester k pacientům intoxikovaným etylalkoholem.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká jsou úskalí při komunikaci s intoxikovaným pacientem?

VO 2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta intoxikovaného etylalkoholem?

VO 3: Jaké jsou rozdíly v přístupu sester k pacientům intoxikovaným etylalkoholem?

VO 4: Jaké jsou možnosti ovlivnění pacienta, který je agresivní verbálně, nebo brachiálně.

3 Metodika

3.1 Metodika práce a technika sběru dat

Ke zpracování bakalářské práce byla využita kvalitativní strategie výzkumu. Získávání dat bylo formou polostrukturovaného rozhovoru, a dotazovaní byli vybíráni záměrně. Všichni respondenti jsou zaměstnání na lůžkových odděleních nemocnice.

Všichni dotazovaní byli představeni a byl jim vysvětlen účel, za jakým byl rozhovor uskutečněn. Byli požádáni o souhlas, aby z tohoto rozhovoru mohl být pořízen záznam na diktafon, a zároveň byli ujištěni, že jejich odpovědi budou použity výhradně pro účely bakalářské práce. Také byli seznámeni s tím, že rozhovor bude anonymní v souladu s GDPR a jejich odpovědi budou po zpracování dat smazány. Byly získány souhlasy všech dotazovaných. Jejich odpovědi byly přepsány do textového souboru pomocí textového editoru Word. K analýze byla použita metoda tužka a papír. Data byla uspořádána do kategorií systémem otevřeného kódování. Výsledky byly interpretovány pomocí schémat a pro usnadnění orientace ve schématech byly použity zkratky S1 až S6.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

S ohledem na zachování anonymity nebudeme uvádět bližší specifikaci sester ani zdravotnických zařízení. Rozhovory probíhaly začátkem dubna. Ve výzkumném souboru odpovídalo na otázky 3 sestry z oddělení ARO, dále sestra z traumatologie, všeobecné chirurgie a interní JIP. Výběr byl záměrný, podmínkou byla práce na oddělení, na které přijímají a ošetřují intoxikované pacienty. Respondenti jsou označeni jako S1, S2, S3, S4, S5 a S6. Výzkumný soubor se skládá z pěti žen a jednoho muže. Respondenti byli ve věku od 24 do 59 let. Respondenti pracují na oddělení od 5 do 27 let. Z důvodu zachování anonymity neuvádíme bližší specifikaci, je však k dispozici u autorky práce.

4 Výsledky

Identifikace respondentů

Respondenti	Délka praxe	Vzdělání	Pohlaví	Zkratka	Oddělení
Respondent 1	27 let	ARIP	žena	S1	ARO
Respondent 2	10 let	všeobecná sestra	žena	S2	traumatologie
Respondent 3	15 let	všeobecná sestra	žena	S3	všeobecná chir.
Respondent 4	5 let	ARIP	žena	S4	interna JIP
Respondent 5	16 let	magisterské	žena	S5	ARO
Respondent 6	10 let	vyšší odborné	muž	S6	ARO

Po vyzpovídání 6 respondentů se odpovědi opakovaly, a proto zůstal výzkumný soubor o počtu šesti respondentů. Mezi respondenty bylo 5 žen a jeden muž. Byli jim přiděleny zkratky S1, S2, S3, S4, S5, S6 a to z důvodu zjednodušení. Jejich délka praxe byla různá, stejně jako vzdělání. Pracovali na různých odděleních. Byly jim položeny předem připravené stejné otázky, na které odpovídali. V případě potřeby byly položeny doplňující otázky.

1. kategorie – Obecné informace o intoxikovaném pacientovi

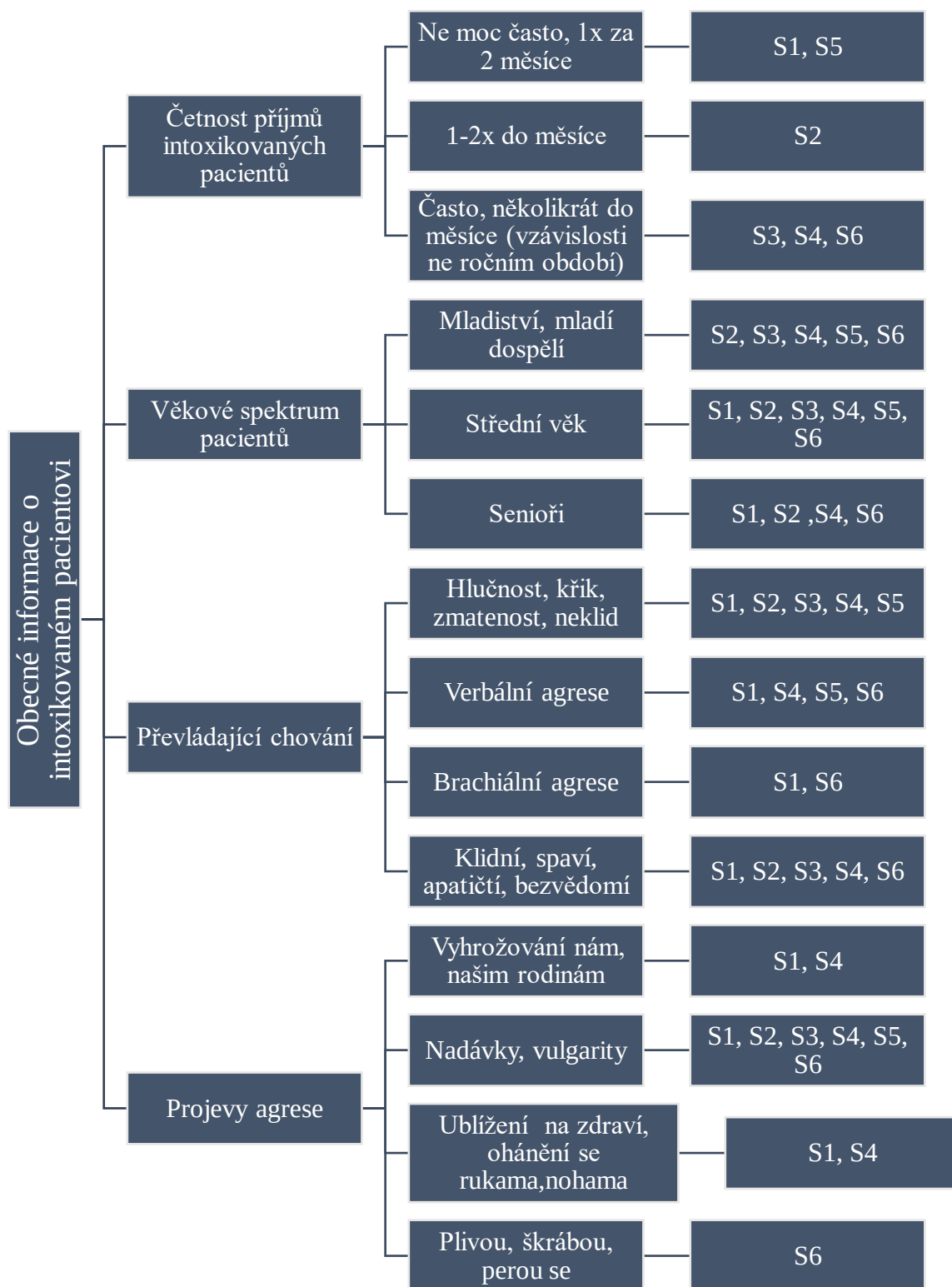


Schéma 1- Obecné informace o intoxikovaném pacientovi

Pro vlastní výzkum, pro zjištění specifík ošetrovatelské péče o pacienty intoxikované alkoholem, bylo důležité od informantů zjistit, jaké je spektrum jimi přijímaných pacientů. Jaká je věkové spektrum, jak se chovají, zdali se u nich objevuje agresivní chování atp.

První kategorie otázek se zabývá, jak často jsou intoxikovaní pacienti přijímáni na jednotlivá oddělení, jaké je věkové spektrum přijímaných pacientů, jak se po přijetí na oddělení chovají a zda se u nich objevuje agresivní chování.

Co se týče počtu přijímaných pacientů intoxikovaných alkoholem, je zkušenost dotazovaných různá. S1 a S5 odpověděli, že takovíto pacienti jsou na oddělení přijímáni jednou za dva měsíce, tedy ne moc často. Podle S2 je to jednou až dvakrát do měsíce a podle S3, S4 a S5 je to často, několikrát do měsíce a příjem je závislý na ročním období.

Věkové spektrum je také různé, podle S2, S3, S4, S5 a S6 jsou to mladiství a mladí dospělí, podle všech dotazovaných se na odděleních objevují intoxikovaní pacienti středního věku a podle S1, S2, S4 a S6 jsou to i senioři.

U takovýchto pacientů se objevuje široká škála chování. S1, S2, S3, S4, a S5 jsou pacienti hluční, neklidní, jsou zmatení a na oddělení křičí. Dále se objevuje verbální agrese. S takovýmto chováním se setkali S1, S4, S5 a S6, ale také brachiální agrese. Takto odpověděli S1 a S6. S intoxikovaným pacientem, který byl klidný, spavý, apatický, nebo v bezvědomí se setkali S1, S2, S3, S4, S6.

Další otázka se týkala toho, jak se u intoxikovaných pacientů agrese projevuje. Jedním z projevů mohou být nadávky a vulgarity. Takto odpověděli S1, S2, S3, S4, S5 i S6. Dále se agresivita u těchto pacientů projevuje tak, že se ohánějí rukama a nohama, vyhrožují ublížením na zdraví. Takovou zkušenost mají S1 a S4. Dalším projevem, které se u intoxikovaných pacientů objevuje je to, že se perou, snaží se ošetřující personál poškrábat, nebo na něj plivou. Takovéto chování pozorovala S6.

2. kategorie – Příjem intoxikovaného pacienta

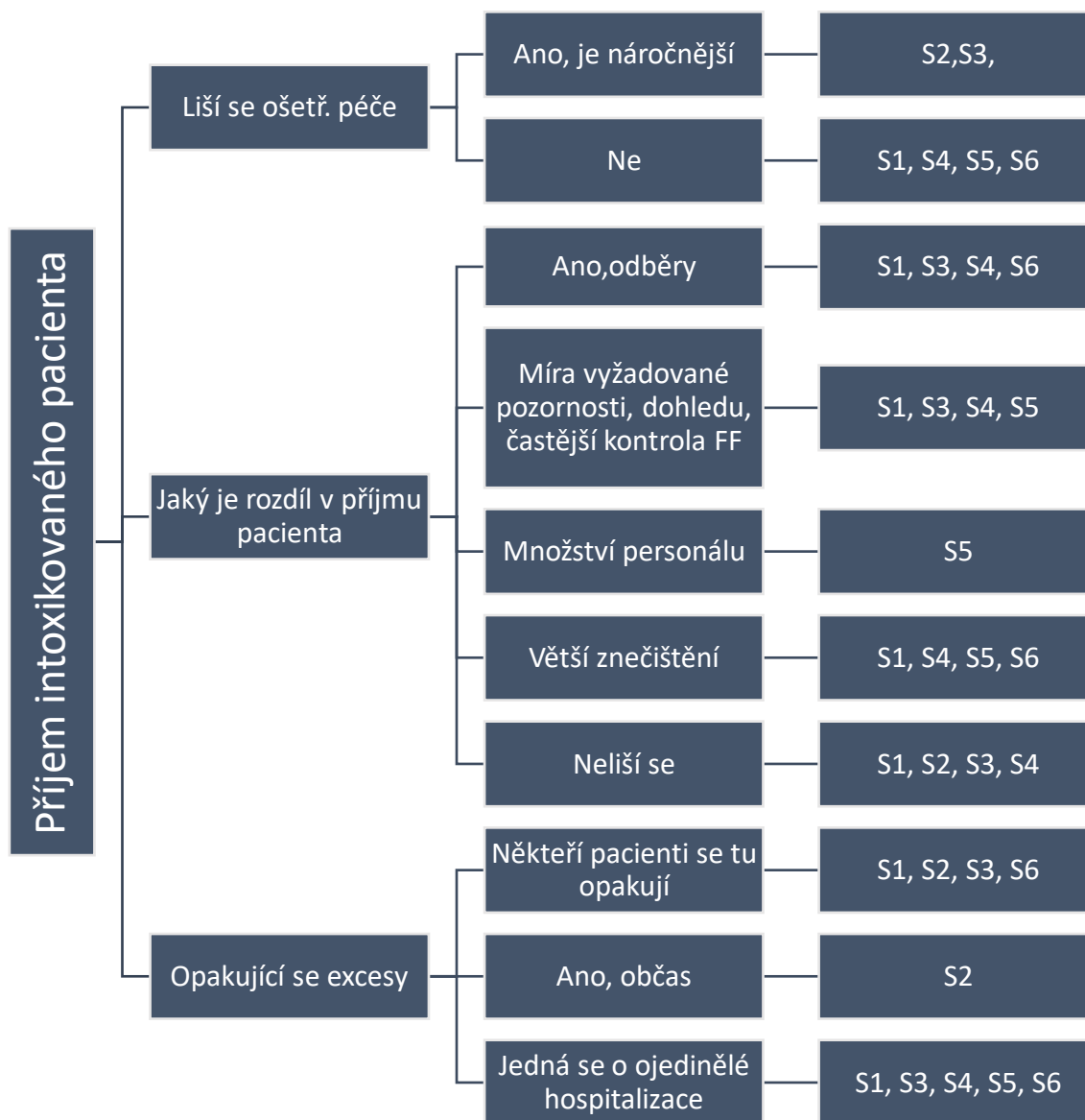


Schéma 2 - Ošetrovatelská péče

Druhá kategorie se týkala přijetí intoxikovaného pacienta na oddělení. Respondenti byli dotazováni, zda a jak se takový příjem liší o běžného příjmu, zda se liší ošetrovatelská péče o intoxikovaného pacienta od pacienta, který není opilý, a jestli se tyto excesy u jednotlivých pacientů opakují, nebo jde o ojedinělý případ.

Podle S1, S2, S5 a S6 se ošetrovatelská péče nijak neliší. Naopak podle S2 a S3 je tato péče náročnější hlavně z důvodu osobní antipatie k takovýmto lidem. S3 přímo odpověděla „*Tu péči bych raději věnovala někomu, kdo jí potřebuje daleko víc, než v uvozovkách takovíhle opilci.*“.

Na otázku, zda se liší samotný příjem intoxikovaného na oddělení, odpověděla S1, S3, S4 a S6 že ano, protože je nutné odebrat více odběrů krve, včetně hladiny etylalkoholu. S1, S3, S4, S5 vidí rozdíl ve vyšší míře vyžadované pozornosti, také dohledu a častější kontrole fyziologických funkcí. S3 odpověděla: „*Jeden takový opilý se několikrát pomočil do lůžka i přes to, že měl vedle postavenou močovou láhev. Napomenula jsem ho, že má močit do ní. Když jsem k němu přišla za chvíli, tak byla prázdná a to čuně se vymočilo do postele sousedovi.*“ S5 odpověděla, že je nutná přítomnost více personálu. S1, S4, S5, S6 odpověděli, že pacient je přijímán pomočený, pokálený, pozvracený a je proto nutné ho nejprve vykoupat. Podle S1, S2, S3, S4 se příjem nijak neliší od ostatních.

Poslední otázka této kategorie se týkala toho, zda je jeden a týž pacient přivážen zdravotnickou záchrannou službou opakovaně, nebo zda se jedná pouze o ojedinělý exces. S1, S3, S4, S5 a S6 odpověděli, že se jedná pouze o ojedinělé hospitalizace, S2 odpověděla, že na jejich oddělení jsou přiváženi opakovaně stejní pacienti. Podle odpovědi S6: „*Měli jsme tu jednoho pacienta, který přijel asi čtyřikrát během jednoho týdne, a toho už jsme měli fakt plný zuby. Ale většinou jsou to takové náhodné intoxikace. Po nějakých oslavách, nebo včírcích a podobně.*“

3. kategorie – Specifika komunikace

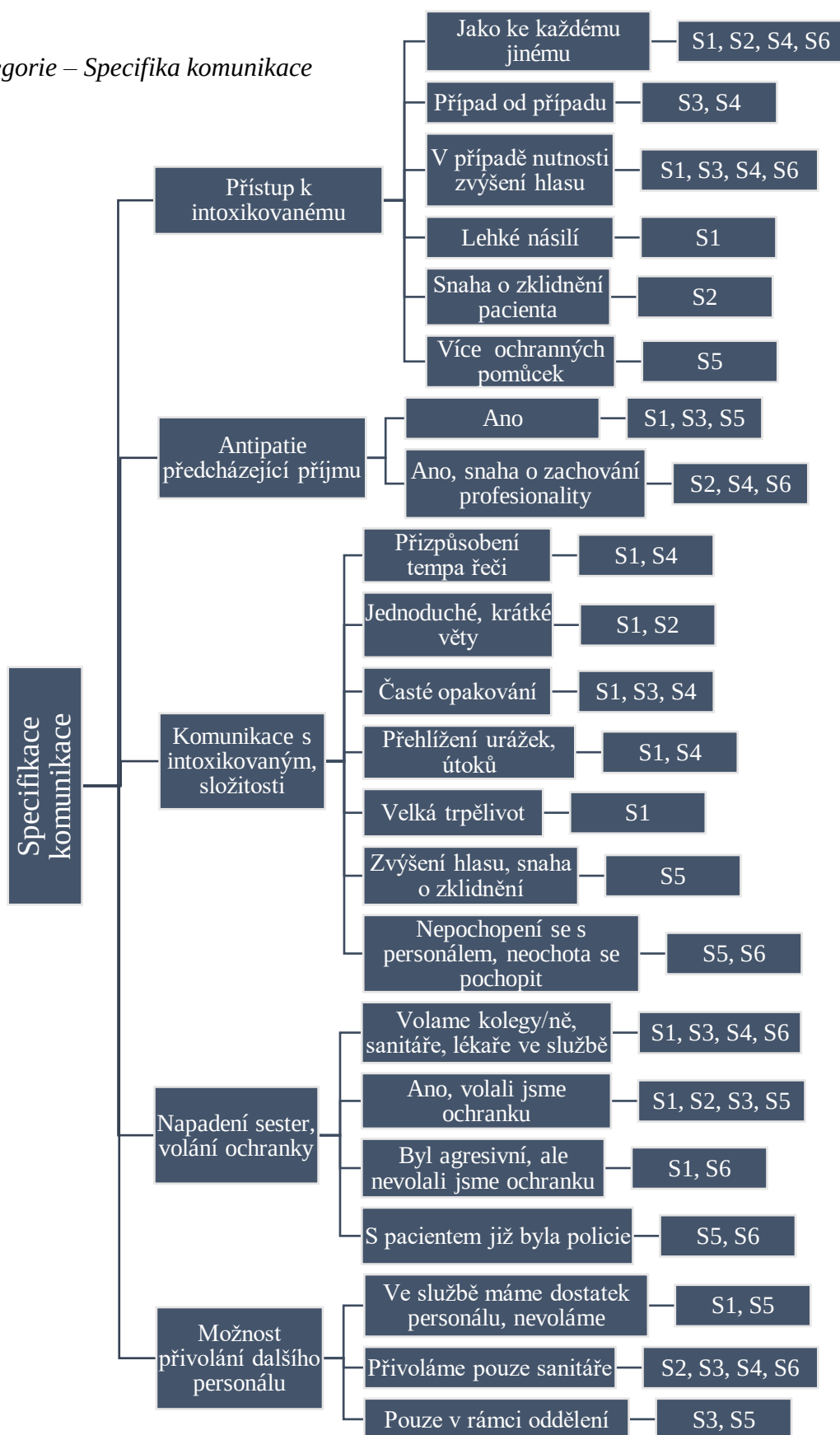


Schéma 3 – Specifika komunikace

V rámci výzkumného šetření nás zajímala problematika, resp. specifika komunikace s pacienty intoxikovanými alkoholem. Respondentům byly položeny tyto otázky: Jaký je váš přístup k intoxikovanému pacientovi, jaké jsou složitosti v komunikaci s nimi, zda na oddělení dochází k brachiální agresí ze strany intoxikovaného a tedy k napadení sestry a zda ony mají možnost přivolání nemocniční ochranky a poslední otázka této kategorie směřovala k tomu, zda má sestra možnost přivolat si na pomoc ještě nějaký jiný personál.

S1, S2, S4, S6 mají přístup k intoxikovanému pacientovi jako ke každému jinému. S3 a S4 k nim přistupují případ od případu. S1, S3, S4, S6 uvedli, že v případě nutnosti zvýší hlas. *„Někdy to prostě nejde jinak a musí se na něj houknout. Je pravda, že ke klukům mají větší respekt, než k ženám. Kluci, hlavně když mají hluboký hlas, mají prostě větší respekt. Funguje to i na sanitáře, nebo lékaře.“* S1 zároveň přiznala i lehké násilí. Na doplňující otázku jak takové násilí vypadá, odpověděla, že pokud je takový pacient brachiálně agresivní, tak ho například plácne přes ruku, nebo po noze. *„Přece se nenechám bít.“* S2 odpověděla, že se snaží pacienta zklidnit. A S5 uvedla, že pro ní intoxikovaný pacient znamená především zvýšené množství ochranných pomůcek. *„Každopádně si беру víc ochranných prostředků, hlavně zástěru a rukavice, protože nikdy nevím, jestli ta intoxikace není v kombinaci s nějakým pervitinem, kanabinoidy a takovými věcmi.“*

Další otázka položená respondentům se týkala osobních antipatií, které předcházejí příjmu intoxikovaného. Ptala jsem se, co pociťují při předem ohlášeném příjmu intoxikovaného pacienta. Jestli v nich zanechává stejné emoce běžný příjem a příjem pacienta, o kterém vědí že je intoxikovaný alkoholem. S1, S3, S5 odpověděli, že osobní antipatie pociťují a nesnaží se je moc zakrývat. S2, S4, S6 odpověděli shodně, ale dodali, že i přesto se snaží zůstat profesionální. S3 odpověděla, že *„Jakmile slyším z telefonu, že nám vezou zase nějakýho opilce, tak mám rovnou chuť ho vyhodit ze dveří, ať se vyspat někam do ... parku.“*

Jako další otázku jsme řešili složitosti v komunikaci s intoxikovanými. S1 a S4 přizpůsobují tempo řeči, S1 a S2 používají krátké a jednoduché věty, S1, S3 a S4 často opakují to, co pacientovi říkají. S1 a S4 uvádějí, že se postupem času naučily přehlížet urážky a slovní útoky. S1 říká, že je při komunikaci s těmito pacienty nutná velká trpělivost. S5 odpověděla, že ve snaze o zklidnění pacienta použije i zvýšený hlas a S5 a

S6 odpověděli, že pacient v ebrietě není ochoten pochopit to, co je po něm požadováno a nechce pochopit ani ošetřující personál.

Další otázka se týkala toho, zda se respondenti setkali s tím, že by byli pacientem napadeni a volali z toho důvodu nemocniční ochranku. Podle odpovědi S1, S3, S4, S6 spíš než ochranku volají raději kolegy, nebo kolegyně, sanitáře a lékaře ve službě. S1, S2, S3, S5 ochranku volali. „*Volali jsme ochranku. Ale než jsme se dovolali a oni přišli, tak jsme pacienta zlidnili za pomoci lékaře a sanitáře.*“ Podle S1 a S6 se objevují agresivní pacienti, ale ochranka není volána. S5 a S6 odpověděli, že ochranku volat nemuseli, protože u pacienta byla přítomna policie.

Na otázku, zda respondenti mají možnost přivolání dalšího personálu, odpověděli S1 a S5 tak, že ve službě je dostatek personálu, proto kolegyně z dalších oddělení nevolají. S2, S3, S4 a S6 při problému s intoxikovaným pacientem volají pouze sanitáře a S3 a S5 volají kolegyně jediné v rámci vlastního oddělení.

4. kategorie – zklidnění pacienta, jinak než komunikací

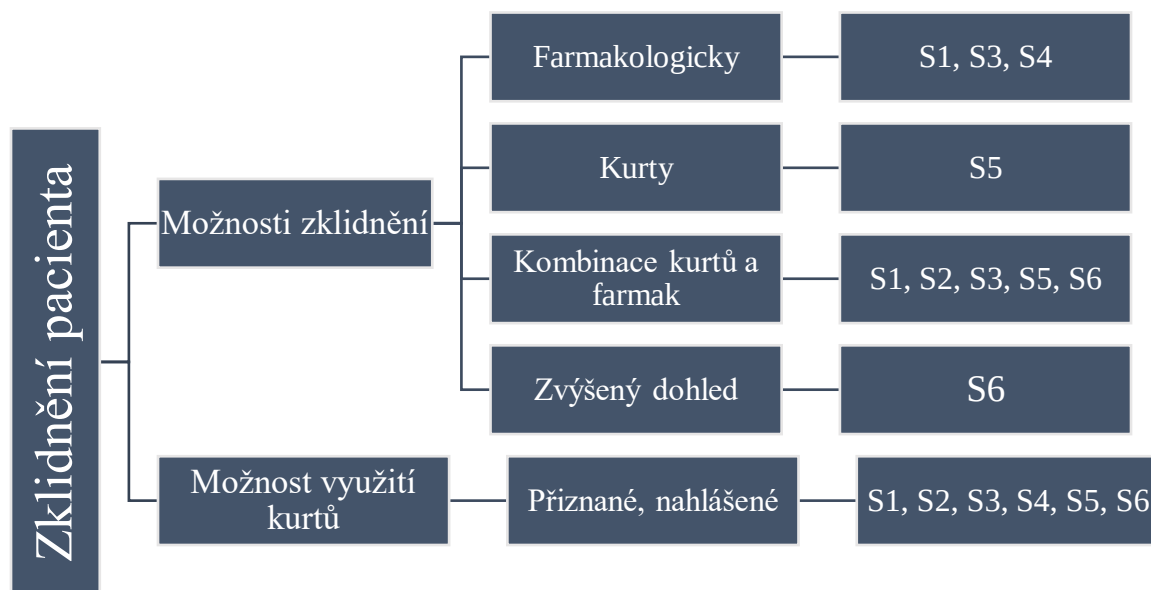


Schéma 4 - Zklidnění pacienta

Další kategorie otázek se týkala toho, jak je možné intoxikovaného pacienta zklidnit tak, aby neohrožoval na oddělení sebe, nebo ošetřující personál, vyjma zklidnění pomocí komunikačních technik. Jako možnost se nabízí farmakologické zklidnění. Takto odpověděli S1, S3 a S4. Další možností je použití pouze kurtů. Takto odpověděla S5. Většina respondentů, a to S1, S2, S3, S5, S6, uvedla, že na jejich oddělení se používá kombinace farmakologického zklidnění a kurtace. S6 udává jako možnost zklidnění zvýšený dohled nad intoxikovaným pacientem. Všem respondentům byla položena otázka, zda je na jejich oddělení možnost využití kurtace pacienta. Všichni respondenti odpověděli, že ano. Jako doplňující byla položena otázka, jestli při každé kurtaci pacienta je postupováno podle platných nařízení. Odpověď všech respondentů zněla, že každá z kurtací je přiznaná, nahlášená lékaři a zaznamenaná do dokumentace pacienta. Respondent S6 odpověděl velmi výstižně a podrobně.

„Vždycky to je nahlášené. To prostě jinak nejde, zvlášť v dnešní době, kdy si ti lidé můžou stěžovat. V dnešní době je to velký průšvih, pokud někdo nějaké kurty nepřizná. Málokdy si lidé stěžují na to, že byli kurtováni sami, protože jim to v tu chvíli ani nedojde a když už je nepotřebují, tak si na ně málokdy vzpomenou. I přes to v jakém jsou, stavu jsou schopni nějakou formou souhlasit s použitím kurtů. Pokud

nejsou schopní, tak se hlášení posílá na soud. Ti si pak volají, jestli máme pacienta ještě přivázaného, jestli je to nutné, nebo to není nutné, nějakým způsobem to posuzují, jestli ta fixace a to omezení pacienta proti jeho vůli a právům, jestli je opodstatněná, nebo není. A ten, kdo si nejvíc stěžuje, jsou právě rodiny těch pacientů. Vidí, že ti lidé jsou přivázaní a nechápou úplně proč. Někdo si to nenechá vysvětlit, že je to nutné, protože je to v rámci pacientova bezpečí. Protože pokud mají nějaké invazivní vstupy, tak ty jsou první, po kterých potom sahají. A ohrožuje to ty lidi na jejich zdraví.“

5. kategorie – Specifika propuštění pacienta

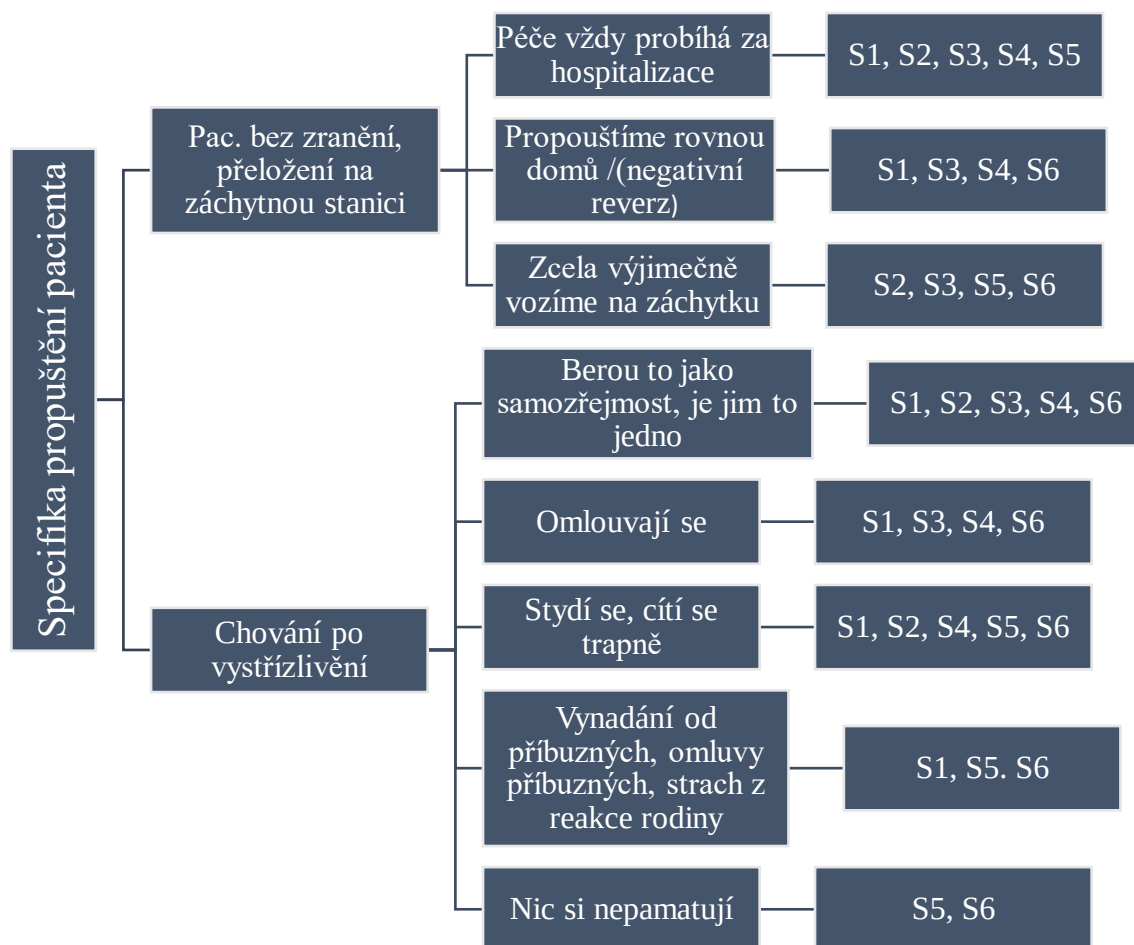


Schéma 5-Specifika propuštění pacienta

Poslední kategorie otázek se týkala propuštění, nebo překlady pacientů na záchrannou protialkoholní stanici a také jejich chování po té, co vystřízliví. Respondenti S1, S2, S3, S4 a S5 odpověděli, že péče o takovéto pacienty probíhá vždy za hospitalizace. Další možností je propuštění pacienta po vystřízlivění do domácí péče. Tato odpověď se objevila u respondentů S1, S3, S4 a S6. Respondenti S2, S3, S5 a S6 odpověděli na otázku, zda jsou intoxikovaní pacienti překládáni na záchrannou stanici, že ano, ale zcela výjimečně, protože v těchto zařízeních bývá málo míst a také proto, že pacient musí být bez jakéhokoliv zranění. Posledním kritériem pro přijetí na protialkoholní záchrannou stanici je skutečnost, že množství etylalkoholu v krvi nesmí přesáhnout 3,5 ‰. Pokud je tato hodnota přesáhnout, jedná se již o otravu alkoholem.

Na další dotaz o chování pacientů po vystřízlivění. Respondenti S1, S2, S4, S5 a S6 berou péči na oddělení jako samozřejmost a je jim jedno, že byli přivezení

intoxikování etylalkoholem. Respondenti S1, S3, S4 a S6 odpověděli, že se po vystřízlivění velmi omlouvají. Respondenti S1, S2, S4, S5 a S6 odpověděli, že pacienti se cítí velmi trapně a omlouvají se. Posle respondentů S1, S5 a S6 těmto pacientům vynadají příbuzní a ti se také následně ošetřujícímu personálu velmi omlouvají. Samotní pacienti mají naopak strach z reakce vlastní rodiny. A podle respondentů S5 a S6 si pacienti nic nepamatují. „Dost často jsou tu lidé, kterým se to ještě nestalo, nejsou na to zvyklí a ani připravení. Potom je to dost velké divení. Stydí se, omlouvají se, docela jako jsou sami ze sebe překvapení, když jim řekneme, jak se během pobytu chovali, tak to těžce nesou. V té mladší kategorii spíš zase, pokud je musí někdo odvést domů, tak převládá“

5 Diskuse

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na specifika ošetrovatelské péče o pacienty intoxikované alkoholem. Týká se to hlavně sester pracujících na exponovaných odděleních typu úrazová chirurgie či urgentních příjmů. Jedna z otázek se týkala toho, zda sestry při příjmu pacienta, o kterém vědí, že si zranění způsobil v ebrietě pociťují už dopředu k takovému člověku antipatie. Polovina dotazovaných sester se shodla v tom, že už dopředu k takovému pacientovi antipatii pociťují. Současné ale trvají na tom, že vystupují natolik profesionálně, že své antipatie vůči takovýmto pacientům nedávají najevo. S3 dokonce uvedla, že by takového pacienta nejraději poslala tam, odkud přišel. Od sester se očekává profesionální přístup, přestože jsou napadány většinou verbálně, ale také brachiálně. Není ale bráno v potaz to, že jsou jen lidé a rozhodně se jim takového chování vůči nim nelíbí. Jak uvádí Pekara (viz níže) to, jak je toto chování sestrami přijímáno ovlivňují i různé okolnosti, například únava, problémy doma, nebo třeba to, zda sestřička má zrovna doma nemocné dítě, nebo jí není dobře. Všechny tyto okolnosti mají vliv na sebeovládání personálu.

Mezi faktory, které snižují schopnost sebeovládání, patří například nedostatek spánku. Jsou narušovány kognitivní funkce. Dochází ke špatnému rozhodování, nebo špatně tvořenému úsudku. Dalším faktorem je osobnost konkrétního zdravotníka. Příkladem je výchova jedince, nepřiměřená ctižádost, problémy osobní, nebo v rodině, onemocnění, nebo způsob řešení konfliktů. Dále jsou to negativní životní zkušenosti, časové faktory, ale také znalosti a dovednosti jednotlivých sester, faktory, které se týkají pracoviště, například velká administrativní zátěž. Toto všechno vyvolává negativní emoce a s nimi spojené násilí, které se profesionálním zdravotníkům nevyhýbá (Pekara, 2015).

S3 z v rozhovoru řekla, že pokud přijímají na oddělení pacienta intoxikovaného alkoholem, přistupuje k němu sice profesionálně, ale s tím pocitem, že by raději poskytla svou péči pacientovi, který si jí podle jejích slov „zaslouží víc“. Vysvětlila, že pacient, který se zranil v ebrietě si do jisté míry svoje zranění způsobil tím, že byl opilý. Pacient, který alkohol nepožil, si zranění způsobil nešťastnou náhodou. Odpověděla, že si nechce nechat nadávat od člověka mnohdy téměř o celou generaci mladší, než je ona sama. Je sprostý, agresivní, hlučný, opakovaně ho musí umývat a svoje chování si po

vystřízlivění nepamatuje. A vzhledem k tomu, že chování u intoxikovaných je ve většině případů stejné, nebo velmi podobné pocituje k těmto lidem antipatie.

Tomu co uvádí Pekara (2015) odpovídají i odpovědi většiny respondentů. Negativní zkušenosti s pacienty intoxikovanými alkoholem předurčují negativní emoce personálu již při oznámení příjmu. S1, S3 a S5 dokonce uvedly antipatie vůči pacientovi ještě předtím, než jej dovezli na oddělení.

Většina respondentů uvedla, že se intoxikovaný pacient během příjmu a po přijetí na lůžko choval agresivně. Byl hlučný, vulgární, nadává a vyhrožuje. Agresivita nemusí být pouze verbální, ale také brachiální. Všichni respondenti se i přes dodržovanou profesionalitu chová k takovýmto pacientům trochu jinak a také jaká rizika sebou nese opakovaná agrese směrem k personálu oddělení a jak těm chybám předejít.

Nejčastějšími chybami, které se objevují v komunikaci s agresivním pacientem, patří to, že reagujeme útokem, máme snahu mít nad pacientem převahu, máme pocit, že zvládneme všechno sami a že se nám u toho nemůže stát nic zlého. Základními pravidly, které je třeba dodržovat je nutné vždy zhodnotit míru ohrožení a do místnosti nevstupovat osamoceně, ale vždy s někým. Je nutné dát si pozor na to, zda se nám pacient nedívá dlouho a upřeně do očí, zda není nervózní, neklidný, nebo rozrušený a také na to, zda nejsou v jeho dosahu předměty, které by mohl použít jako zbraň. Také je důležité dobře sledovat, zda pacient nemá zaťaté pěsti, jeho mimiku, zda se nezačal rychleji pohybovat, nebo kopat. Důležité je nechat si vždy otevřenou cestu k ústupu, ale naopak nezahnat do kouta ani agresivního člověka, protože by to u něj mohlo vyvolat další útok. Nesmíme se nechat vyprovokovat k použití násilí, mluvit pomaleji a nenařizovat. Důležité je pacienta nehodnotit, nezesměšňovat. (Andršová, 2012).

Při zachování profesionality a klidu nezpůsobíme nárůst agrese. Andršová (2012) v předchozím článku uvádí nepoužívat násilí a nenechat se vyprovokovat. Oproti tomu většina respondentů uvedla, že nespolupráce a chování pacienta vyžaduje použití zvednutí hlasu či lehké násilí (S1). Respondenti se shodli. Že pacienti dobře reagují na mužskou autoritu. Dále se respondenti a Andršová shodují na větším počtu personálu a myšlení na bezpečnost personálu.

Zachovat si profesionalitu zvlášť při opakovaných hospitalizacích jednoho pacienta je velmi těžké. Je těžké odhadovat, jak se kdo v takové situaci zachová. Každá sestra si

sama v sobě musí říct, jakou v ní zanechá stopu, pokud jí pacient nadává, vyhrožuje, nebo dokonce, když je brachiálně agresivní. Ne každá sestra se setkala s agresivním pacientem, potom ale naše zkušenosti nám pomáhají je zvládat, protože teorie a praxe se nemusí vždy prolínat.

Odborníci doporučují v takovémto případě nejednat pod vlivem emocí. Podle nich nadávání a výčitky dokážou uškodit a nepomohou. Nejprve je dobré nějak zvládnout vlastní emoce a teprve potom si s dítětem v klidu promluvit. Rodiče by v takovéto situaci neměli zakazovat něco, co potom reálně nemohou dodržet. Naopak by si situaci měli dobře rozmyslet. Nejhorší řešení této situace je takové, že se rodič tváří, že se vlastně nic nestalo. (Preslová, 2014).

Reakce rodin, které si přijdou na oddělení pro svého příbuzného, který byl přivezen opilý, jsou různé. Většinou záchranná služba přiveze pacienta velmi znečištěného, a proto musejí příbuzní donést čisté oblečení. Respondentka S1 uvedla, že si pamatuje příjem intoxikované čtrnáctileté pacientky, která musela být na oddělení ARO uvedena do umělého spánku a napojena na umělou plicní ventilaci. Vzpomněla si, že před propuštěním byla tato dívka předána na oddělení rodičům. Maminka se nejprve sestřičkám moc omlouvala za dceru a slibovala, že to bylo zcela jistě naposledy a potom své dceři hned na místě strašně vynadala. Zkušenost S1 u této pacientky odpovídá tvrzení v úryvku od Preslové (2014).

Každý rodič se o své děti bojí, ať jim je kolik chce. Čím mladší jsou tím to je asi horší. V životě mladého člověka je kritické období, které si v rámci puberty musí projít skoro každý. Mladého člověka lákají drogy jako alkohol, cigarety, popřípadě silnější drogy, vrstevníci se navzájem provokují, slaví a alkohol si seženou, i když je to nelegální. Když se poté opijí tak moc, že skončí v nemocnici a rodiče si pro ně musí zajet určitě musí pociťovat úlevu, že jsou v pořádku, ale asi možná i zlost, že se dostali do nemocnice kvůli alkoholu. I když věřím, že ne všichni rodiče by dítěti pořádně vynadali, zvlášť pokud by mu bylo pouhých 14 let. Tato situace bývá výjimkou a na odděleních se moc takto mladých dětí neobjevuje. Určitě by si měli vyřešit své emoce ještě před vstupem na pokoj pacienta, jak uvádí Preslová (2014).

Péče o pacienty intoxikované etylalkoholem je specifická a velmi náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Pacienti jsou hluční, na personál jsou sprostí, slovně i fyzicky agresivní. Bývají pomočení, pozvracení. Od sester se očekává, že budou

trpělivé, pacienta umyje, uloží ho do čistého lůžka, zabrání tomu, aby si ublížil, a použije k tomu všechny dostupné prostředky. Pacientovi měří fyziologické funkce, kontrolují vědomí, často převlékají lůžko, protože se opakovaně pomoci. Pokud jsou použity omezovací prostředky, sestry musí také pacienta polohovat, kontrolovat to, zda kurtace nezpůsobila otlaky. Po celou dobu musí poslouchat, jak jí pacient slovně napadá, uráží, vyhrožuje její rodině. Musí ale zůstat profesionální. S2 vyprávěla, že se jí jednou stalo, že pacienta umyla a uložila do čisté postele. Po celou dobu byla nucena poslouchat jeho křik a nadávky. Potom si pro něco musela dojít a po no návratu byl pacient znovu pomoci do lůžka. Znovu ho umyla. Udělal to ještě jednou. Řekla, že na něj zvýšila hlas a vysvětlila mu, k čemu je močová láhev. Při další kontrole zjistila, že močová láhev je prázdná, postel čistá, ale pacient se vymočil do lůžka k sousednímu pacientovi. Odpověděla, že tato situace vyžadovala její velké sebeovládání a profesionalitu.

Pavlovský uvádí (viz níže), že opilst způsobuje dezorientaci a změněný úsudek. Tomuto přesně odpovídá příhoda S2 (viz výše). Pacient si v hlavě nedokázal srovnat co po S2 chce. Spojil si pouze, že již nesmí pod močit sebe, proto pomoci sousední lůžko. Poté nastává, otázka kolik sebeovládání musí zdravotník vynaložit, aby nezačal být agresivní nebo neprofesionální.

Příznakem, který při ebrietě vystupuje do popředí je kvalitativní porucha vědomí. Ta se projevuje dezorientací, iluze mi, halucinacemi, změněným úsudkem, úzkostí, nebo naopak agresí. Motivace tohoto chování není logicky pochopitelná (Pavlovský, 2012). Těžší formy ebriety se projevují poruchou vědomí na úrovni somnolence, soporu až po koma různé hloubky. Častá je také hypotonie, nebo atonie žaludku spojená se zvracením a hypotermie. Léčba takovýchto stavů je symptomatická. Pacienta ukládáme do stabilizované polohy, monitorujeme fyziologické funkce, jako jsou krevní tlak, puls, vědomí, dechová frekvence, nebo saturace krve kyslíkem, a kontrolujeme jeho celkový stav. Je možné také podání tekutin a glukózy do žíly z důvodu rychlejšího odeznění ebriety. Máme také možnost použít prostředky, které omezí pacientovu hybnost z důvodu jeho možného zranění. Mezi ty patří například izolace, zábrany lůžka, fixace pacienta, dostatečné vybavení technické i personální (Grym, 2019). Doporučené postupy pro takovouto situaci jasně definují zásady, kdy lze pacienta na hybnosti omezit. Tyto zásady se staly odbornou normou.

- *omezovací prostředky musí být používány co nejméně a jako krajní řešení po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření a*
- *nelze je užívat pro usnadnění péče a dozoru při nedostatku personálu;*
- *léčení neklidných a násilných pacientů vyžaduje multidisciplinární a kvalifikovaný přístup;*
- *omezení může mít dopad na terapeutický vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem, na jehož zachování se musí vynakládat veškeré úsilí (Lukasová, 2019).*

Podle odpovědí respondentů, podle toho, jak hovoří odborná literatura i podle svých dosavadních zkušeností s pacienty intoxikovanými etylalkoholem je velmi náročná v závislosti na tom kolik alkoholu ten dotyčný požil a jakou toleranci vůči alkoholu má. A to hlavně psychicky. Je těžké se odosobnit a chovat se profesionálně a slušně, když nějaký pacient sprostě nadává a vyhrožuje. Člověka se ty výhrůžky dotknou ať už více či méně. Musí se naučit nebrat si tyto věci osobně. Pomoc mužského kolegy je to jenom výhodou, protože jak vyplývá z rozhovorů, daleko víc na tyto pacienty působí mužská autorita a hluboký hlas. Pokud se ale personál setkává často intoxikovanými pacienty, kteří jsou, agresivní vytvoří si v podstatě imunitu a způsob jak s nimi zacházet. Kolegyně s dlouholetou praxí řekly, že se o tyto lidi nerady starají, zvláště, jestliže jde častokrát o sprostě nadávající opakovaně se pomočující a zvracející pacienty ve věku jejich dětí.

Praktická část bakalářské práce zjišťuje přístup sester s dlouholetou praxí na různých odděleních k pacientům, kteří byli intoxikováni etylalkoholem, zjišťuje, jak je s nimi zacházeno, jejich chování, ale také to jestli byli agresivní slovně, nebo personál napadali fyzicky. Všichni dotazovaní respondenti odpovídali až na malé výjimky hodně podobně. Jejich odpovědi vyjadřovaly to, že i přes to, že tyto příjmy nemají rádi ať už z důvodu zvýšené psychické i fyzické zátěže, chovají se k těmto pacientům profesionálně.

Všem respondentům byla položena otázka, zda na oddělení používají kurty. Otázka byla položena záměrně, protože použití tohoto omezovacího prostředku je spojeno s velkým množstvím administrativy a v neposlední řadě vyžaduje zvýšenou kontrolu kurtovaného pacienta. Bakalářská práce zjišťuje, jestli na některých odděleních jsou používány kurty bez toho, aby k tomuto úkonu nebyly dohledatelné potřebné

záznamy. Na všech odděleních je ale použití omezovacích prostředků zaznamenáváno přesně tak, jak ukládá zákon.

Přesně stanovená pravidla pro použití omezovacích prostředků použitých u hospitalizovaných pacientů bez jejich souhlasu lze dohledat v „Zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování“, předpis č. 372/2011 Sb., znění od 1. 2.2022 v §38 - §40. (Zákon č. 372/2011 Sb.)

Kurtace pacienta bývá občas nezbytnou součástí péče o tyto pacienty, protože je s jejich pomocí udržována pacientova bezpečnost i bezpečnost personálu a jejich používání stojí za to, i když je spojeno se zvýšenou administrativní zátěží pro sestru a nutností zvýšené kontroly.

Práce s intoxikovanými pacienty je pro sestry náročná. I kdyžto někteří pacienti považují za samozřejmé, že se k nim personál chová profesionálně za všech okolností, i když by se sestřičky raději staraly o jiné pacienty. Naopak přístup k omezovacím prostředkům je u respondentů zajímavý. Na všech odděleních je přesně dodržován zákon, který jejich použití upravuje. Po vystřízlivění se pacienti chovají různě. Respondenti uvedli, že někteří se stydí a omlouvají, obzvláště ti, co jsou pro intoxikaci hospitalizováni poprvé. U těch to pacientů personál najde daleko větší pochopení než u ostatních, jak uvedl respondent S6. Ale potom se zde najdou tací, kteří tuto péči berou samozřejmě, div personálu nenadávají. Výsledky výzkumu jsou totožné s dosavadními zkušenostmi z mé praxe.

6 Závěr

Bakalářská práce na téma: „Příjem pacienta intoxikovaného etylalkoholem“ se zabývá problematikou intoxikace etylalkoholem a tím, jak působí na organismus člověka, jak funguje jeho odbourávání. Zabývá se chováním pacientů v ebrietě, jak vystupují vůči ošetrovatelskému personálu, jak sestra ve službě s takovýmto pacientem komunikuje a jaké má personál možnosti ho zklidnit. Práce dále zjišťuje chování pacientů po odbourání etylalkoholu z organismu. Byly stanoveny cíle popsat problematiku komunikace s pacientem intoxikovaným etylalkoholem z pohledu sestry, zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta intoxikovaného etylalkoholem a zmapovat rozdíly v přístupu sester k pacientům intoxikovaným alkoholem.

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly poté přepsány do textového souboru. Pro výzkumné šetření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Na jejich základě bylo vytvořeno 5 kategorií odpovědí a ty byly zpracovány do 5 schémat.

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou úskalí při komunikaci s intoxikovaným pacientem? Na základě výpovědí sester vyplynulo, že mezi největší úskalí patří konkrétní opilost dotyčného. V ebrietě často zapomínají a musí jim i jednoduché pokyny často opakovat. Dále respondenti uvedli, že musí upravovat tempo řeči, používat jednoduché věty a dost často i přehlížet urážky a výhrůžky. Uvedli, že komunikace s pacientem v ebrietě je velice psychicky náročná a je třeba se hodně obalit trpělivostí. Z rozhovorů také vyplynulo, že často na takové pacienty musí zvýšit hlas a být velice rázní pro jejich neochotu chápat a vykonat pokyny. Jsou často hluční, hrubí a sprostí.

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta intoxikovaného etylalkoholem? Respondenti vypověděli, že péče o tyto pacienty je hlavně specifická v míře pozornosti vyžadované pacientem. Často si tato péče, jak mnozí vypověděli, vyžádá daleko větší množství personálu a častější hygienu a převlékání. Pacienti v ebrietě často přijdou znečištění, pokálení a pomočení. V tom je podle dvou respondentů tato péče složitější. Někteří pacienti se pod vlivem alkoholu do nemocnice dostávají častěji a o to složitější je s nimi práce. Těmto pacientům se dle výzkumu musí častěji měřit FF a odebírá se jim krev na hladinu alkoholu v krvi. Respondenti také uvedli, že pokud je pacient agresivní, zmatený a nespolupracuje, musí

si dávat pozor, aby nebyl i brachiálně agresivní. Ženy ve výzkumném souboru uvedly, že je vždy lepší mít u sebe nějakého muže, na které pacienti daleko lépe reagují. Sestra je často napadána verbálně, ale občas se stane, že i brachiálně. I přesto dle výzkumu si personál většinou poradí sám, než by zavolał nemocniční ochranku.

Většina respondentu se shodla, že pacienti intoxikovaní alkoholem nejsou výjimečným příjmem k hospitalizaci.

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou rozdíly v přístupu sester k pacientům intoxikovaným etylalkoholem? Z výzkumu vyplývá, že sestry se snaží mít i k těm nejvíce agresivním pacientům profesionální přístup. Mnozí vypověděli, že by péči vyžadovanou jedním pacientem v ebrietě raději věnovali jiným pacientům, ale i přesto se snaží odvést svou práci, jak nejlépe umí. Respondenti uvedli, že rozlišují pacienty hospitalizované s intoxikací alkoholem mezi sebou. Mají daleko větší pochopení a náklonost k pacientu, který měl třeba oslavu a výjimečně to „přehnal“ s alkoholem, pokud se chová slušně. Oproti tomu, pokud je pacient agresivní, nadává a vyhrožuje, nebo dokonce napadá sestry, jsou k němu odměřené, obezřetné, rázné a vyvolává v nich negativní emoce.

Poté co vystřízliví, jsou reakce sester i pacientů různé. Někteří respondenti vypověděli, že si myslí něco o něčem, když pacient odchází, neřekne ani na shledanou a veškerou péči považuje za samozřejmost. Oproti tomu pak mají pochopení pro pacienty, co se omlouvají, nebo se stydí, nebo si nic nepamatují.

Výzkumná otázka 4: Jaké jsou možnosti ovlivnění pacienta, který je agresivní verbálně, nebo brachiálně? Z výzkumu vyplynulo, že ke zklidnění pacienta často využívají kurtaci a farmakologickou léčbu. Většinou se využívá obou možností najednou. Při kurtaci pacienta respondenti shodně vypověděli, že dodržují jasně zákonem daná pravidla jako je kontrola tlaku, měření FF a psychický stav pacienta. Verbální projevy agrese se snaží mírnit přístupem a komunikací.

Pro všechny sestry tyto příjmy nejsou příliš oblíbené, ale snaží se pro pacienta udělat maximum i přes osobní antipatie, nebo přes to, že pacient musí být dočasně omezen na svých právech z důvodu například kurtace.

Z výzkumu bakalářské práce vyplývá, že péče o tyto pacienty je velice náročná a to nejen psychicky, ale i fyzicky. Tato bakalářská práce nastiňuje specifika a složitosti při

ošetřování a komunikace s pacientem intoxikovaným alkoholem. Úskalí a rizikové oblasti ošetrovatelské péče.

7 Seznam informačních zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. Komunikace s agresivním pacientem. In: *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, s. 181-182. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-7975-1.
2. Alkohol a drogy. Besip [online]. ČR [cit. 2021-12-20]. Dostupné z: <https://www.ibesip.cz/tematicke-stranky/zasady-bezpecne-jizdy-v-aute/alkohol-a-drogy>
3. Alkohol a děti, 2021. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-12-20]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/196-alkohol-a-deti>
4. BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-70-13-564-8.
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2022. F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. MKN - 10 2022 [online]. Česká republika [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>
6. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ, 2018. Druhy vyšetření krve - toxiny. In: *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, s. 229-236. ISBN 978-80-271-2324-7.
7. EHRMANN, Jiří, Květoslava AIGLOVÁ a kolektiv., 2020. Onemocnění jater související s alkoholem (ALD): Metabolismus a vylučování etylalkoholu. *Vnitřní Lékařství* [online]. 66(5), 3-15 [cit. 2021-12-28]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/05/10.pdf>
8. EHRMANN, Jiří, Petr SCHNEIDERKA a Jiří EHRMANN, 2006. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. Malá monografie (Grada). ISBN 978-80-247-3629-3.

9. GRYM, Josef, 2019. Jak dál s diagnózou F10.0. *Pediatric pro praxi* [online]. **20**(6), 317-319 [cit. 2022-07-31]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2019/06/02.pdf>
10. HAMPLOVÁ, Ludmila. *Zdravotnický deník, zdravé je vědět: Opilecké štěstí neexistuje. Pod vlivem alkoholu dochází k vážným úrazům* [online]. 31.12. 2016 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/12/opilecke-stesti-neexistuje-pod-vlivem-alkoholu-dochazi-k-vaznym-urazum/>
11. HRADECKÁ, Lenka, 2020. Péče o intoxikovaného pacienta na oddělení ARIP. *Zdraví euro.cz* [online]. ČR, 13.1. 2020 [cit. 2021-12-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-intoxikovaneho-pacienta-na-oddeleni-arip-449172>
12. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
13. HOSÁKOVÁ, Jiřina, 2021. Agrese a nepřátelství ze strany pacienta. *Sestra a akutní stavy od A do Z. 1.* Praha: Grada Publishing, s. 20-22. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0890-9
14. HIRT, Miroslav a František VOREL, 2016. *Forenzní alkoholologie*. Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, s. 76-96. ISBN 978-80-271-0268-6.
15. KAŠPÁREK, Tomáš, M. DREISIG a R. BARTEČEK, 2014. Alkoholový odvykací stav a delirium –od patofyziologie k léčbě. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 77/110(2), 153-157 [cit. 2022-04-22]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-2/alkoholovy-odvykaci-stav-a-delirium-od-patofyziologie-k-lecbe-48184>
16. LE DARÉ, B., Lagente, V., & Gicquel, T. (2019). Ethanol and its metabolites: update on toxicity, benefits, and focus on immunomodulatory effects. *Drug metabolism reviews*, **51**(4), 545–561. <https://doi.org/10.1080/03602532.2019.1679169>

17. LUKASOVÁ, Marie, 2019. Právní pohled na používání omezovacích prostředků: Souhrnná zpráva, část 1. In: *Omezovací prostředky v psychiatrii* [online]. MZČR, s. 18 [cit. 2022-07-31]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40096/06a_Priloha%206a_pravni%20pohled%20na%20pouzivani%20OP.pdf
18. MYSLIVCOVÁ, Naděžda, 2017. Urgentní příjem zahltují pacienti, kteří tam nepatří: *Jsou na urgentní příjem dováženi také lidé pod vlivem alkoholu nebo drog?*. *Medical Tribune* [online]. [cit. 2022-08-04]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42244-urgentni-prijem-zahlcuji-pacienti-kteri-tam-nepatri>
19. MAREK, Josef a Michal VRABLÍK, 2019. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3082-0.
20. NEŠPOR, Karel, 2011. Interakce alkoholu a jiných látek: komplikovaný problém. *ProLekaře.cz* [online]. 91(9), 532-533 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-9/interakce-alkoholu-a-jinych-latek-komplikovany-problem-36383/download?hl=cs>
21. NAVRÁTIL, Leoš, 2017. Intoxikace alkoholy. In: NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 502. ISBN 978-80-271-0210-5.
22. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM: Harmful interactions [online], 2014. USA: NIAAA [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: https://www.niaaa-nih.gov.translate.google.com/publications/brochures-and-fact-sheets/harmful-interactions-mixing-alcohol-with-medicines?x_tr_sl=auto&x_tr_tl=cs&x_tr_hl=cs&x_tr_pto=wapp
23. PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012. Patická opilost. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 13(2), 56-60 [cit. 2022-07-31]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/04.pdf>

24. PEKARA, Jaroslav, 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka* [online]. 21-24 [cit. 2022-07-31]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>
25. PRESLOVÁ, Ilona, 2014. Alkohol není pro děti menší zlo než drogy. *Šance dětem* [online]. 30. 05. 2014 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/alkohol-neni-pro-dite-mensi-zlo-nez-drogy>
26. PAVLÍČEK, Petr, 2021. Abúzus alkoholu a návykových látek. Dětská přednemocniční a urgentní péče. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 459-460. ISBN 978-80-271-3088-7.
27. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny: Agresivita a násilí*. 1. Praha: Grada, 193-194. ISBN 978-80-247-4530-5.
28. RAHMAN, Abdul a Manju PAUL, 2021. Delirium Tremens. *National library of medicine* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [cit. 2022-08-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482134/>
29. Státní zdravotní ústav, 2021. Účinky alkoholu na chování člověka. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-12-20]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/778-ucinky-alkoholu-na-chovani-cloveka>
30. ŠEVELA, Antonín a Pavel ŠEVČÍK, 2011. Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, s. 488-520. ISBN 978-80-247-3146-9.
31. ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jiří, *Alkohol a úrazy*, 2018. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, s. 230-231. ISBN 978-80-271-0596-0.
32. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012, s. 547-565. ISBN 978-80-262-0225-7

33. WATZLAWICK, Paul; BAVELASOVÁ, Janet Beavin. 1999. *Pragmatika lidské komunikace: Interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-86088-04-9.
34. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-9239-7.
35. Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=372%2F2011+Sb>

8 Přílohy

8.1 *Seznam příloh*

- Příloha 1 – tabulka 1 Rychlost odbourávání alkoholu
- Příloha 2 – tabulka 2 Pocity a chování v opilosti
- Příloha 3 – Otázky k rozhovoru

8.2 Přílohy

Příloha 1 – Tabulka 1 Rychlost odbourávání alkoholu

Rychlost odbourávání alkoholu		
	<i>Zjednodušené údaje (bez ohledu na koncentrace alkoholu)</i>	
	<i>mg/kg/h</i>	<i>g/10kg/h</i>
<i>Muž</i>	75-100	1,0
<i>Žena</i>	65-85	0,8
<i>Chronický uživatel alkoholu</i>	30-175	0,3-1,75

Zdroj: Ševela (2011)

Příloha 2 – Tabulka 2- Pocity a chování v opilosti (BESIP)

PROMILE	POCITY	CHOVÁNÍ
0,4 ‰	Určitý pocit uvolnění	Vyšší riziko úrazů
0,6 ‰	Změny nálady (např. zhoršený úsudek, veselost)	Ovlivněna schopnost rozhodování
0,8 ‰	Pocit tepla, euforie	Určitá ztráta zábrán, zhoršené sebeovládání, horší postřeh, podstatně vyšší riziko úrazů při řízení
1,2 ‰	Vzrušení, emoční	Povídavost, možnost projevů nekontrolovaného impulzivního jednání
1,5 ‰	Zmatenost, přihlouplost	Setřelá řeč, množnost bezvědomí, agrese
2,0 ‰	Výrazná opilost	Obtížná řeč, dvojité vidění, poruchy paměti
3,0 ‰		Možnost bezvědomí
4,0 ‰ a více		Bezvědomí, možnost smrtelné otravy

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru:

1. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. Jak často se setkáváte s intoxikovanými pacienty?
3. Jaké je věkové spektrum intoxikovaných pacientů?
4. Jaké chování u intoxikovaných pacientů převládá?
5. Liší se péče o tyto pacienty od péče o ostatní pacienty? Pokud ano, jak?
6. Jaký je váš přístup k intoxikovanému pacientovi?
7. Pokud víte, že budete přijímat dva pacienty se stejnou diagnózou a jeden z nich je intoxikovaný, pociťujete k němu dopředu antipatie?
8. Jak probíhá příjem intoxikovaného pacienta a čím se liší od standardního příjmu?
9. Jedná se spíše o ojedinělý exces, nebo se hospitalizace opakují u stejných pacientů, a co převládá?
10. Jak komunikujete s intoxikovaným pacientem, v čem je složitější proti komunikaci s běžným pacientem?
11. Jak se intoxikovaný pacient nejčastěji projevuje? (Verbální a brachiální agrese)
12. Stalo se vám někdy, že by byl pacient tak agresivní, že vás napadl nebo ohrožoval? Volala jste někdy nemocniční ochranku?
13. Jaké máte možnosti zklidnění agresivního pacienta? (kurty, farmakologické klidnění)
14. Pokud využijete kurtů, jsou nahlášené (přiznané)?
15. Pokud je pacient bez zranění, probíhá další péče za hospitalizace nebo na záchranné stanici?
16. Pokud je pacient agresivní, máte možnost přivolat si na pomoc někoho, kdo vám pomůže s ošetrovatelskou péčí?
17. Jak se pacient chová po vystřízlivění?

9 Seznam použitých zkratk

WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
PET	Pozitronová emisní tomografie
MR	Magnetická rezonance
EEG	Elektroencefalograf
CNS	Centrální nervový systém
CMP	Cévní mozková příhoda
Např.	Například
Atd.	A tak dále
TK	Krevní tlak
GIT	Gastrointestinální trakt
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
UZ	Ultrazvuk
CT	Počítačová tomografie
RTG	Rentgen
EKG	Elektrokardiograf
FF	Fyziologické funkce
PŽK	Periferní žilní katetr
KO	Krevní obraz
ČR	Česká republika
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí