



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Ošetrovatelská péče o pacienty intoxikované
alkoholem na úrazovém oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Aneta Vrchlavská

Vedoucí práce: doc. Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienty intoxikované alkoholem na úrazovém oddělení*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 17. 4. 2024

.....
Aneta Vrchlavská

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce doc. Mgr. Lence Šedové, Ph.D., za její odborné vedení, trpělivost, ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří i všem osloveným sestřám, které byly ochotné mi pomoci s výzkumnou částí mé práce a podělit se o své názory a zkušenosti.

Ošetrovatelská péče o pacienty intoxikované alkoholem na úrazovém oddělení

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty intoxikované alkoholem na úrazovém oddělení, přičemž byla rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část byla věnována vymezení oboru traumatologie, úrazům, etylalkoholu a spojitosti úrazů s alkoholem. Dále poskytla popis péče o pacienta na traumatologii, specifik ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty alkoholem a komunikace s intoxikovanými pacienty, popřípadě komunikace s agresivními pacienty.

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo popsat specifika ošetrovatelské péče u alkoholem intoxikovaných pacientů a zhodnotit způsob komunikace mezi pacientem a sestrou. Pro výzkumnou část byla vybrána kvalitativní forma výzkumného šetření. Získávání dat probíhalo metodou písemného a slovního sběru formou polostrukturovaného rozhovoru na začátku dubna. Analýza dat probíhala pomocí metody tužka a papír. Následně byla data uspořádána systémem otevřeného kódování do celkem tří kategorií a dvanácti podkategorií. Výzkumný soubor byl tvořen deseti všeobecnými sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení, přičemž šest sester pracuje na standardním lůžkovém oddělení a čtyři sestry na jednotce intenzivní péče.

Z výsledků vyplynulo, že se oslovené sestry, kromě jedné, s alkoholem intoxikovanými pacienty setkávají na svých pracovištích pravidelně. Podle výpovědí informantek představují nejčastější typ traumat ve spojitosti s intoxikací alkoholem pády, dopravní nehody, sebevraždy, napadení, návštěvy restauračního zařízení či práce ve stavebnictví. Dále z rozhovorů vyplynulo, že oslovené sestry vnímají rozdíly mezi ošetrovatelskou péčí a komunikací s pacienty s traumatem, k němuž nedošlo ve spojitosti s intoxikací, a naopak. Přístup k intoxikovaným pacientům v tomto ohledu vnímají jako náročnější. Oslovené sestry v rozhovorech zmiňovaly častou praxi, v níž musí spolupracovat s agresivními, nespolupracujícími pacienty. Některé sestry v rozhovorech připustily, že se jejich osobní postoje vůči intoxikovaným mnohdy promítají do přístupu k těmto pacientům. Z rozhovorů také vyplynulo, že osloveným sestram není nabízeno žádné další rozšiřující vzdělávání v této tematické oblasti.

Získané výsledky poskytly náhled na specifika problematiky, přičemž mohou poukázat

na nedostatky v komunikaci s pacienty za účelem nápravy. Práce poskytne zdroj na vytvoření scénáře simulační výuky (Příloha 1) za účelem edukace všeobecných sester pracujících na úrazovém oddělení.

Klíčová slova

Traumatologie; Úrazy; Alkohol; Intoxikace; Závislost na alkoholu, Ebrieta; Agrese; Komunikace; Ošetrovatelská péče.

Nursing Care for Alcohol-Intoxicated Patients in the Trauma Centre

Abstract

The thesis addresses the issue of nursing care for patients intoxicated with alcohol in the trauma centre, while being divided into two parts, meaning theoretical and practical.

The theoretical part focused on defining the field of traumatology, injuries, ethyl alcohol, and the connection between injuries and alcohol. It also provided a description of patient care in traumatology, the specifics of nursing care for alcohol-intoxicated patients, and communication with intoxicated patients, including communication with aggressive patients.

The aim of the research part of the thesis was to describe the specifics of nursing care for alcohol-intoxicated patients and to evaluate the communication between the patient and the nurse. Qualitative research was chosen for the research part. Data collection took place through written and verbal methods in the form of semi-structured interviews in early April. Data analysis was conducted using the pen-and-paper method. Subsequently, the data were organized into a system of open coding, comprising three categories and twelve subcategories. The research sample consisted of ten general nurses working in the trauma centre, six in the standard ward, and four nurses in the intensive care unit.

The results indicated that except for one nurse, the surveyed nurses regularly encounter patients intoxicated with alcohol in their workplaces. According to the statements of the informants, the most common types of traumas associated with alcohol intoxication include falls, traffic accidents, suicides, assaults, visits to catering establishments or work in construction. Furthermore, the interviews revealed that the surveyed nurses perceive differences in nursing care and communication with patients who have trauma unrelated to intoxication and vice versa. They find the approach to intoxicated patients more demanding in this regard. In the interviews, the nurses mentioned the frequent practice of dealing with aggressive, uncooperative patients. Some nurses admitted that their personal attitudes towards intoxicated patients often influence their approach to these patients. It also emerged from the interviews that the surveyed nurses are not offered any further education in this area.

The obtained results provided insights into the specifics of the issue, indicating potential communication shortcomings with patients for correction. The thesis will serve as a resource for creating simulation training scenarios (Appendix 1) to educate general nurses working in the trauma centre.

Key words

Traumatology; Injuries; Alcohol; Intoxication; Alcohol addiction; Ebbriety; Aggression; Communication; Nursing Care

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 TRAUMATOLOGIE.....	9
1.1.1 <i>Historie a vývoj české traumatologie</i>	9
1.1.2 <i>Traumacentra v České republice</i>	10
1.1.2.1 <i>Triáž</i>	11
1.2 ÚRAZY	12
1.2.1 <i>Národní registr úrazů (NRU)</i>	13
1.2.2 <i>Kategorizace traumat</i>	13
1.2.2.1 <i>Úrazy dle velikosti energie</i>	14
1.2.2.2 <i>Úrazy dle působení vlivů</i>	14
1.2.2.3 <i>Úrazy dle příčiny vzniku</i>	14
1.3 PÉČE O PACIENTA V TRAUMATOLOGII	16
1.3.1 <i>Přednemocniční péče</i>	16
1.3.2 <i>Nemocniční péče</i>	17
1.4 ETYLALKOHOL.....	19
1.4.1 <i>Úrazy a alkohol</i>	23
1.5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O INTOXIKOVANÉ PACIENTY ALKOHOLEM..	23
1.6 KOMUNIKACE S INTOXIKOVANÝMI PACIENTY	27
1.6.1 <i>Komunikace s agresivními pacienty</i>	28
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1 CÍLE PRÁCE	29
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
3 METODIKA	30
3.1 METODIKA PRÁCE A TECHNIKA VÝZKUMU	30
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOBORU	31
4 VÝSLEDKY	32
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE SESTER	32
4.2 KATEGORIZACE ZÍSKANÝCH DAT Z ROZHOVORŮ.....	33
5 DISKUSE	43
ZÁVĚR	50
LITERATURA	52
SEZNAM PŘÍLOH	62
ZKRATKY	72

Úvod

Téma bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienty intoxikované alkoholem na úrazovém oddělení“ jsem si vybrala z toho důvodu, že konzumace a případný abúzus alkoholu představuje dnes čím dál tím aktuálnější problém. Nabídka alkoholických nápojů je velmi pestrá a celkově je tato legální droga ve společnosti dobře přijímaná a tolerovaná. Když se podíváme kolem sebe, alkohol doprovází téměř každou společenskou událost a ve většině domácnostech ho též nalezneme. V celkové spotřebě alkoholu se Česká republika umísťuje na jednom z prvních tří míst v mezinárodních statistikách (Dobiášová et al., 2020). Traumata způsobená pod vlivem etylalkoholu jsou v populaci velmi častá a tvoří značnou část pacientů na úrazovém oddělení. Obecně ve vyspělých zemích, i přes všechna preventivní opatření, vykazují traumata nejčastější příčinu úmrtí osob do 45 let. Česká republika zaujímá v Evropě jedno z předních míst, jak vyplývá z úrazových statistik (Knor, 2019).

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku tohoto tématu, konkrétně na standardním lůžkovém úrazovém oddělení a na jednotce intenzivní péče. Cílem bakalářské práce je popsat specifika ošetrovatelské péče u alkoholem intoxikovaných pacientů a zhodnotit způsob komunikace mezi pacientem a sestrou. Cíle budou zkoumány pomocí polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami. Stanovené cíle mohou přispět k přiblížení rozdílů a následnému rozšíření povědomosti o této problematice tak, aby poskytovaná péče byla co nejefektivnější a nejkvalitnější.

1 Současný stav

1.1 Traumatologie

Traumatologie, jinak též úrazová chirurgie, je definována jako obor, který se zabývá léčbou úrazů (Páral et al., 2020). Je také oborem, ve kterém se setkáváme převážně s akutními případy (LuckEROVÁ et al., 2014). Jak z názvosloví vyplývá, traumatologie je začleněna do všeobecné chirurgie (Pleva, 2014). Je považována za nejstarší větev chirurgie (Nýdrle, 2017). Celkově by se dalo říci, že úrazová chirurgie je pravděpodobně jedním ze základních oborů medicíny (Pleva, 2014). Obecně je náplň oboru jasná již z názvu, ošetřují se zde tedy poranění všeho druhu, ať už konzervativní či operativní metodou (Nýdrle, 2017). Konkrétněji zkoumá traumatologie mechanismy vzniku úrazů, typy a charakteristiku jednotlivých poranění, dále se zabývá možnými komplikacemi či následky úrazu (Páral et al., 2020).

Nýdrle (2017) rozděluje traumatologii na malou a velkou. Takzvaná malá traumatologie se zabývá poraněním, které je ošetřováno ambulantně nebo za nenáročné hospitalizace, kterou mohou zajistit prakticky všechna zdravotnická zařízení chirurgického zaměření. Do velké traumatologie spadají těžce poranění. Tyto stavy si již vyžadují značné zázemí, tedy specializovaná centra, kam jsou pacienti transportováni po zemi, vzduchem, popřípadě po vodě.

1.1.1 Historie a vývoj české traumatologie

Chirurgie je základním a velmi starým oborem medicíny, který se vyvíjí od nepaměti, společně s lidskou společností, až do dnešních dnů (Nýdrle, 2017). Již v pravěku se lidem stávaly úrazy, a museli tedy být ošetřováni za účelem záchrany života (Pleva, 2014). Později byl obor spojován se zručnými Řeky, Římany, starými Egyptany (Nýdrle, 2017). Dále v ošetřování úrazů působili ranhojiči, kteří vytvořili základy ošetrovacích postupů a léčebných metod (Pleva, 2014). Traumatologie, jak ji známe dnes, tedy jako specializovaný obor dnešní chirurgie, se vyčlenila z obecné chirurgie až na přelomu 19. a 20. století (Pokorný, 2019).

V Evropě byly založeny první dvě úrazové nemocnice roku 1893 v Bochumi a v Halle. Stalo se tak na popud německých odborových svazů a byli zde ošetřováni převážně zranění horníci. Dobré zkušenosti vedly v roce 1919 k podpoření návrhu Lorenze Böhlera na založení vlastní úrazové nemocnice, kterou zřizovala Všeobecná rakouská dělnická

úrazová pojišťovna ve Vídni. Nemocnici se povedlo otevřít roku 1925 a stala se vzorem i školou pro všechny chirurgy, kteří se věnovali ošetřování zlomenin (Pokorný, 2019).

Roku 1931 začala být budována první Úrazová nemocnice v Brně v ulici Ponávka, kde už o dva roky později byli léčeni první pacienti. Jejím zřizovatelem byla Úrazová pojišťovna dělnická pro Moravu a Slezsko. Do ředitelské funkce byl následně jmenován prof. Vladimír Novák. Profesor Novák se celý život zajímal o traumatologii, a tak u nás položil základy pro vznik úrazové chirurgie (Pokorný, 2019). V nemocnici byl roku 1954 zřízen také Výzkumný ústav traumatologický (Nýdrle, 2017).

Úrazová chirurgie prodělala v posledních desetiletích velmi rychlý vývoj. K rozvoji přispěly nové operační postupy v léčbě zlomenin, detailnější pochopení patofyziologie pouřazové odezvy organismu na způsobené trauma či pokroky v intenzivní medicíně (Pleva, 2014). Dále k rozvoji přispělo pochopení zákonů biomechaniky pohybového aparátu, pokroky v oblasti resuscitace, anestezie či aplikování antibiotik. Důležité je zmínit i přínos moderních mikrochirurgických technik, artroskopie, nových instrumentárií a implantátů, moderních zobrazovacích technik a v neposlední řadě materiální a technické vybavení operačních sálů (Pokorný, 2019). Závažné úrazy vyžadují rozsáhlou týmovou spolupráci, ať už v nemocniční, tak ale i v přednemocniční péči. V přednemocniční péči můžeme sledovat vývoj integrovaného záchranného systému, kdy složky zkvalitňují a zrychlují transfery poraněných do traumatologických center (Pleva, 2014).

V roce 1990 vznikla Česká společnost pro úrazovou chirurgii a traumatologie byla tedy uznána jako specializační obor chirurgie (Luckerová et al., 2014). V posledních letech byla koncepce neustále pozměňována. Nejdříve byla traumatologie nástavbovým oborem po dvou atestacích z chirurgie, následně byla změněna na samostatný obor a poslední změna z roku 2017 řadí traumatologii mezi nástavbové obory po atestaci z chirurgie. Tato koncepce je osvědčená z minulých let a nelze jí nic vytknout (Pokorný, 2019).

1.1.2 Traumacentra v České republice

Traumacentra můžeme charakterizovat jako centra vysoce specializované traumatologické péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016). V České republice byla založena roku 2008 (Pleva, 2014). Setkáváme se zde se zajištěním

komplexní diagnostické a léčebné péče pro pacienty s těžkými úrazy a pro triáž pozitivní pacienty (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016).

V České republice se nachází dvanáct traumacenter. Patří sem Fakultní nemocnice Brno, Nemocnice České Budějovice, a. s., FN Plzeň, FN Hradec Králové, FN v Motole, FN Olomouc, FN Ostrava, Krajská nemocnice Liberec, a. s., Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, FN Královské Vinohrady, Krajská nemocnice T. Bati, a. s. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Úrazová centra pracují v nepřetržitém provozu. K dispozici se nachází mezioborový tým lékařů včetně diagnostického komplementu (Pokorný, 2019). Traumatolog zde spolupracuje s neurochirurgem, hrudním chirurgem, cévním chirurgem a jinými specialisty (Ševčíková, 2019). Celkově si centra mají získat přirozenou autoritu, zajímat se o úrazovou prevenci a dohlížet metodicky na organizaci, úroveň poskytované péče ve svém spádovém území (Pokorný, 2019). Centra jsou zároveň vědeckými a školicími centry, kdy jejich nedílnou součástí je i mezinárodní spolupráce (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

1.1.2.1 Triáž

Zmíněná triáž, tedy třídící systém, pomáhá na místě úrazu identifikovat poraněné pacienty s rizikem brzkého ohrožení vitálních funkcí (Šeblová et al., 2018). Provádění triáže je klíčové pro zabezpečení kvality, bezpečnosti v akutní péči a v praxi zdravotníků. Využívá se, když zdroje, které máme, nejsou dostatečné pro počet raněných osob. Kvalita provedení může ovlivnit celkovou délku hospitalizace, nutnost přijetí na jednotku intenzivní péče či míru morbidit, mortality (Curtis et al., 2019).

Většina třídících systémů se skládá ze čtyř ukazatelů. První ukazatel hodnotí stav centrální nervové soustavy pomocí Glasgow Coma Scale. Druhý hodnotí dýchání a barvu kůže. Třetí se zabývá krevním oběhem. Čtvrtý poukazuje na kapilární návrat, a tedy perfuzi tkání (Hubáček et al., 2017). K označení pacienta za triáž pozitivního neboli s přímým ohrožením života, a tedy indikaci k transportu do traumacentra, stačí patologie jedné ze složek. Triáž v České republice vychází z originálu Guidelines for Field Triage of Injured Patients (Šeblová et al., 2018). Tento Guideline byl aktualizován roku 2021 (Newgard et al., 2022).

1.2 Úrazy

Úraz neboli trauma je dle McQuillan et al. (2020) definován jako poranění živého těla, které je způsobené vnějším činitelem. Miženková et al. (2022) k definici doplňuje, že jde o dočasnou či trvalou újmu na zdraví osoby, která vznikla nezávisle na vůli postiženého. Úrazovým dějem je označován způsob, jakým je organismus poškozen. Děj trvá omezenou dobu a většinou probíhá v řádu sekund až minut, výjimečně delší dobu (LuckEROVÁ et al., 2014). Monotrauma představuje izolovaný úraz jednotlivé části těla (Páral et al., 2020). LuckEROVÁ et al. (2014) uvádí, že pokud se jedná o těžké monotrauma, i v tomto případě může být raněný ohrožen na životě. Takové trauma se poté označuje jako barytrauma (Ferko et al., 2015). Mnohočetné poranění znamená postižení více částí těla, které neohrožují vitální funkce. Sdružená poranění postihují dva a více anatomických celků v jedné lokalitě (Páral et al., 2020). U mnohočetného a sdruženého poranění nejsou však splněny známky polytraumatu (LuckEROVÁ et al., 2014). Polytrauma se vyznačuje souběžným poraněním více oblastí těla, orgánových systémů, kdy alespoň jedno zranění či jejich společná kombinace ohrožuje pacienta na životě (Slezáková et al., 2019). V tomto stavu pacient bez odpovídající a ofenzivní léčby umírá (Knor, 2018). Ošetřování polytraumatizovaných pacientů si vyžaduje mezioborovou spolupráci (LuckEROVÁ et al., 2014).

Traumata mají značný dopad i na společnost. Jsou spojeny s řadou nákladů jak pro postiženého a jeho rodinu, tak právě i pro celou společnost. Celosvětově se odhaduje, že úraz, jež vyžaduje zdravotní zásah, ročně utrpí více než 970 milionů lidí, z nichž 7,8 milionu poraněných nepřežije (Curtis et al., 2019). Ve vyspělých zemích tedy jsou, i přes všechna preventivní opatření, nejčastější příčinou úmrtí lidí do 45 let. Česká republika zaujímá v Evropě jedno z předních míst, jak vyplývá z úrazových statistik (Knor, 2019). Poměr úmrtnosti muži k ženám činí 2:1 (Pleva, 2014).

Mezi hlavní rizikové faktory se řadí věk, pohlaví, rasa, dále životní prostředí a příjmy. Ovlivňujícím faktorem je také zeměpisná oblast či zneužívání návykových látek. Určení rizikových faktorů u dané populace umožňuje specifikovat preventivní opatření na rizikové skupiny (McQuillan et al., 2020). Jednou z nejrizikovějších skupin z pohledu traumat jsou osoby ve věku 15–19 let, kde poranění a intoxikace způsobují až 65,7 % úmrtí (Knor, 2019).

1.2.1 Národní registr úrazů (NRU)

V dubnu roku 2015 byl spuštěn Národní registr úrazů, jehož zkratka je NRU. Účelem zjišťování dat je registrace údajů, které se týkají ošetřených úrazů při hospitalizaci, údaje ohledně zdravotního stavu pacienta ve vztahu k okolnostem, příčině, diagnostice, léčbě a komplikacích úrazu. Dále se zaznamenává podrobný popis místa a času úrazu, rychlost zásahu Zdravotnické záchranné služby (ZZS), další údaje o primárním transportu, záznam o péči na urgentním příjmu a následných poskytovaných službách. Na závěr jsou potřebné identifikační údaje poskytovatele lůžkové péče zdravotnického zařízení, kde probíhala pacientova hospitalizace (ÚZIS, 2023).

Hybnou silou pro vznik NRU byl profesor Petr Gál. Ten již v roce 2004 poukázal na nedostatek informací o zraněných pacientech. Vytvořila se první aplikace, která se postupně dostávala do traumacenter. Nejdříve se zaznamenávala pouze data o polytraumatech, nyní už se sbírají data ze všech zranění (Koubová, 2015). Data jsou zdrojem pro zkvalitnění zdravotnických služeb v případě úrazů a ke stanovení vhodné, efektivní léčby. Také slouží pro identifikaci rizik úrazů, ze kterých plyne stanovení prevence (ÚZIS, 2023).

1.2.2 Kategorizace traumat

Důležitou součástí léčby úrazů je porozumění mechanismu úrazu (Curtis et al., 2019). Dle Párala et al. (2020) mechanismus můžeme rozdělit na tupý či pronikající. U tupého poranění nemusí dojít k poranění kožního krytu a jde tedy o zavřené poranění. McQuillan et al. (2020) doplňuje, že tupé poranění je na základě kombinací sil vnímáno jako zpomalení, zrychlení, sřížné síly či rozdrčení a stlačení. Pokud dojde k poranění krytu, ale nikoli proniknutí do dutiny, vznikne otevřené nepronikající poranění. Porušením kožního krytu a proniknutím do dutiny lební, hrudní, břišní a kloubní vznikají poranění pronikající či penetrující (Páral et al., 2020). Jsou způsobeny poraněním cizím předmětem, přičemž pronikající předměty vytvářejí energii, která se rozptýlí do okolní tkáně (Curtis et al., 2019).

Následující podkapitoly jsou zaměřeny na konkrétní druhy traumat, k jejichž kategorizaci je v bakalářské práci využita charakteristika dle Miženkové et al. (2022).

1.2.2.1 Úrazy dle velikosti energie

Úrazy dle velikosti energie, která je přenášena do tkání, dělíme na nízkoenergetické a vysokoenergetické (Miženková et al., 2022).

Mezi nízkoenergetické se řadí například prostý pád při chůzi či poranění nožem, bodáky. Vysokoenergetické úrazy zahrnují pády z výše a střelná poranění (Páral et al., 2020).

1.2.2.2 Úrazy dle působení vlivů

Poranění z hlediska působení vlivů se dělí do tří hlavních skupin, a to na vzniklé fyzikálním, chemickým a biologickým působením (Miženková et al., 2022).

Fyzikální působení má následné možnosti mechanismu vzniku. Mechanické poranění je způsobeno bodnutím, trhem, řezem, střelou či zhmožděním (Janíková et al., 2013). Do termického poranění spadají popáleniny, které jsou zapříčiněny působením ohně nebo opařením při kontaktu s horkým předmětem (Zoubková, 2021). Také sem spadají omrzliny, které vznikají na základě nízkých teplot a následným podchlazením organismu (Kelnarová et al., 2013). Příčinou aktinického poranění je radiační záření (Janíková et al., 2013). Elektrické poranění vzniká vysokou teplotou při průchodu elektrického proudu tělem (Zoubková, 2021). Závažnost zranění závisí na mnoha faktorech, například typu, velikosti proudu a jiných (Peřan et al., 2023).

Chemické látky mohou způsobit poranění ve spojení s žíraviny, tedy louhy a kyselinami (Dobiáš et al., 2021).

Z hlediska biologického vlivu jsou příčinou poranění zvířecí kousnutí, poranění jehlou či vidlemi, kdy do lidského organismu mohou vniknout mikroorganismy či endoparazitě (BOZP.cz, 2020).

1.2.2.3 Úrazy dle příčiny vzniku

Úrazy dle příčiny vzniku se rozdělují na dopravní, pracovní, domácí, sportovní, zemědělské a lesnické, trestní neboli kriminální (Miženková et al., 2022).

Dopravní úrazy jsou jedním z největších problémů traumatologie ve všech vyspělých státech (Pokorný, 2019). Představují až 80 % příčin závažných traumat u dospělých (Knor, 2019). Nejčastěji se jedná o polytraumata a mnohočetná poranění i u více osob najednou (Luckarová et al., 2014). Pojí se s vysokým procentem invalidity a mortality (Pleva, 2014). Ekonomické a sociální dopady jsou kritické (Pokorný, 2019). Řadí se zde

úrazy chodců, cyklistů, cestujících v automobilu, vlaku a dalších dopravních prostředcích (Miženková et al., 2022). Knor (2019) uvádí také motocyklisty, jejichž traumata bývají spojena s největším počtem možných rizik.

Pracovní úrazy mají svá specifika dle náplně práce (Pokorný, 2019). Zaměstnavatel má povinnost evidovat úrazy, které vznikly (Miženková et al., 2022). Setkáváme se s nimi nejčastěji ve stavebnictví (LuckEROVÁ et al., 2014). Také při práci v dole a dalších průmyslových provozech (Pokorný, 2019). Jedná se o poranění končetin, přimáčknutí břemenem, pády z výšky či závaly (Pleva, 2014).

Domácí úrazy jsou hojně zastoupeny převážně v seniorském věku nad 65 let (LuckEROVÁ et al., 2014). Vyskytují se při domácích, volnočasových aktivitách (Miženková et al., 2022). Jsou zde úrazy při práci na zahradě, svépomocných pracích s vadnými přístroji a nástroji, pády z malé výšky či uklouznutí na kluzké podlaze (Pokorný, 2019). Pády u seniorů představují až 95 % úrazů (LuckEROVÁ et al., 2014).

Sportovní úrazy se stávají při organizované nebo neorganizované činnosti. Ve většině případů se jedná o končetinové poranění. Při rizikových sportech jako lyžování, jezdectví, motokros se vyskytují také mnohočetná poranění (Miženková et al., 2022). U organizovaných akcí s rizikem, jako jsou například automobilové závody, bývá zajištěn zdravotnický dohled. Problémem jsou neorganizované akce, tedy rekreační, které vykonávají často netrénovaní jedinci. Nejhorší poranění vznikají ze skoku do mělké či neznámé vody (Pokorný, 2019).

Zemědělské a lesnické úrazy často vznikají v obtížně dostupných terénech. Ošetření je tak ztížené a má časové zpoždění (LuckEROVÁ et al., 2014). Vyskytují se zde mnohočetná poranění i monotraumata pracujících osob (Pleva, 2014). Příčinou úrazu bývá poranění stroji, například traktorem, motorovou pilou nebo zavalení stromem (LuckEROVÁ et al., 2014).

Trestní, kriminální úrazy jsou způsobeny s úmyslem sebepoškozování nebo druhou osobou (Miženková et al., 2022). V poslední době tohoto typu úrazu výrazně přibývá (Pokorný, 2019). Jedná se o poranění při rvačkách a jiných násilných trestných činnostech (LuckEROVÁ et al., 2014). Dříve převažovaly rány bodné a sečné, ale v dnešní době převládají spíše střelná poranění. Objevují se i vícečetná poranění z úmyslných výbuchů

(Pokorný, 2019). Při podezření na kriminální čin má zdravotnické zařízení povinnost ohlásit tuto skutečnost Policii České republiky (Páral et al., 2020).

1.3 Péče o pacienta v traumatologii

1.3.1 Přednemocniční péče

U poraněných pacientů platí, že ošetření v prvních 20 minutách po vzniku úrazu rozhodne o celkovém výsledku (Knor, 2019). Přednemocniční péči v České republice vykonává laická veřejnost a složky IZS (Pleva, 2014). Cílem přednemocniční péče je co nejefektivněji ovlivnit průběh poúrazového období ve prospěch pacienta, tak aby riziko sekundárního poškození organismu bylo co nejmenší (Kelbl, 2019). Způsobení traumat může vyvolávat chaos, který postihne všechny přítomné účastníky a je zde potřeba převzít kontrolu nad vzniklou situací (McQuillan et al., 2020). Pokud dochází k hromadnému poranění více osob, přistupuje se k provádění triáže (Curtis et al., 2019).

Bezprostředně po vzniku úrazu je nutné rychle a správně stanovit pracovní diagnózu. Důležité je při tom myslet na vlastní bezpečnost (Peřan et al., 2023). Hodnotí se, jak došlo k příčině, kolik je raněných osob a jestli potřebujeme další pomoc. Primární vyšetření vyžaduje 1–2 minuty a jeho realizace musí být zahájena co nejdříve (Remeš et al., 2013). Pokud není ohroženo zdraví zachránce, neposkytnutí této péče je trestné (Pleva, 2014). Jako hlavní předpoklady přežití chápeme zabránění hypotenzi, a tedy udržení efektivní tkáňové perfuze. Dále zabránění hypoxii a hypotermii (Knor, 2019). Řídíme se postupem ATLS neboli Advanced Trauma Life Support (Libová et al., 2022). Jednoduše toto vyšetření lze shrnout dle algoritmu ABCDE neboli Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (Kelnarová et al., 2013). Zaměřuje se na průchodnost dýchacích cest, ventilaci, krevní oběh a krvácení, stav vědomí, expozici a zevní prostředí (Kelbl, 2019). Dále je snaha odebrat základní anamnézu, od poraněného či svědků události, která obsahuje osobní data postiženého, současné obtíže, předchorobí a jiné (Kelnarová et al., 2013). Pokud se při prvotním vyšetření identifikuje život ohrožující stav, pacient je transportován do nemocničního zařízení (Kelbl, 2019).

Pokud se pacient nachází ve stabilizovaném stavu a není indikován okamžitý transport, přistupuje se k základnímu sekundárnímu zhodnocení. Provádí se fyzikální vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha, pánve, zad, horních a dolních končetin (Remeš et al., 2013). Nadále probíhá také sběr anamnézy a monitoring vitálních funkcí, kam se řadí měření

krevního tlaku, srdeční frekvence, saturace, tělesná teplota, vědomí, barva kůže a další (Kelnarová et al., 2013).

Transport je u nás buď pozemní nebo letecký (Miženková et al., 2022). Většinou se pacienti transportují do nejbližšího traumacentra (Pokorný, 2019). Cílem je zamezit sekundárním transportům, které vždy tvoří pauzu mezi ošetřením a zhoršují tak pacientovy šance (Kelbl, 2019). Tento zásadní faktor má stejný význam jako kvalitní ošetření na místě (Pokorný, 2019).

1.3.2 Nemocniční péče

Pacienti s úrazem vyžadují včasné stanovení co nejpřesnější diagnózy a následné léčby, ať už skutečných či potenciálních zranění. Péči zajišťuje multidisciplinární tým, který využívá dostupné zdroje za účelem snížení rizika trvalého poškození nebo smrti (Peitzman et al., 2019). Koordinaci péče zajišťuje traumatolog, který spolupracuje s anesteziologem a dalšími specialisty (Luckerová et al., 2014). Při vystřelení pacienta je zapotřebí vyloučit život ohrožující stavy. Dále se ve vyšetření postupuje cíleně k poraněné lokalitě (Páral et al., 2020). Celý proces by měl probíhat v klidu, šetrně a věcně vzhledem k možnému psychickému rozrušení. Po zklidnění pacienta či doprovodu je na místě odebrat anamnézu (Pleva, 2014).

Základem pro stanovení diagnózy je anamnéza spolu s dalšími vyšetřeními. Anamnéza by se dala charakterizovat jako rozhovor zdravotnického profesionála s pacientem o skutečnostech, které mohou pomoci pro posouzení zdravotního stavu. Měla by být efektivní, k čemuž vede sběr co nejvíce informací za krátkou dobu, profesionálně usměrňované odpovědi pacienta a rozlišení podstatných údajů od nepodstatných (Sucharda et al., 2015). Nejdůležitější základ se nechá shrnout dle poučky AMPLE neboli Allergies, Medications, Past illnesses, Last meal, Events/ Environment. V překladu tedy zahrnuje alergie, užívání medikace, předchorobí, prodělané chirurgické zákroky či nemoci (Miženková et al., 2022). Dále poslední jídlo, pití a okolnosti vedoucí k úrazu (Kelbl, 2019). Luckerová et al. (2014) doplňuje anamnézu osobní, rodinnou, pracovní a sociální. Také uvádí specifickou úrazovou anamnézu, kde se zjišťuje příčina pádu, výška pádu, co mu předcházelo či zda se stav děje opakovaně. Pokud se jedná o dopravní nehody, důležitým údajem je například rychlost, počet zraněných a mrtvých, připoutání, aktivace airbagů či vyprošťování z vozidla.

Somatické neboli fyzikální vyšetření vyjadřuje vyšetření, které vykonává lékař nebo jiný ošetřující personál, ve spojení se svými smysly (Sucharda et al., 2015). Jinými slovy se systematicky vyšetřují jednotlivé části těla dle zásad označovaných 5 P. Pod tímto označením se nalézá pohled, pohmat, poklep, poslech a také vyšetření per rectum, pokud to situace vyžaduje (Ferko et al., 2015). Tělo poraněného by mělo být ideálně obnaženo, což umožní celkové i lokální vyšetření. Hodnotí se následky proběhlého úrazu, různé anomálie, onemocnění. Především nám obnažené tělo umožní vyloučení případného přehlédnutí dalších zranění (Pleva, 2014). U poraněného se následně hodnotí například hematomy, krvácení, otoky, barva kůže a prokrvení, rány, stav zornic, náplň krčních žil, dýchání, pohyblivost a citlivost, bolestivost. Není to jen o fyzické stránce, ale i o psychické, je tedy potřeba sledovat reakce pacienta, poruchy či zmatenost (Libová et al., 2022). Veškeré tyto úkony mají probíhat důstojně v klidném prostředí se zachováním intimity bez přítomnosti jiných osob. Tyto zásady je nutné mít na paměti, i pokud je vyšetřován pacient s poruchami vědomí (Sucharda et al., 2015). Před každým úkonem by měl být pacient informován, proč a co se bude vyšetřovat (Ferko et al., 2015). Do fyzikálního vyšetření se rovněž řadí nejzákladnější přístrojové metody jako vážení, měření tělesné výšky, krevního tlaku a teploty (Sucharda et al., 2015). Taktéž saturace krevních plynů a pulzu (Luckerová et al., 2014).

Laboratorním vyšetřením vzniká rozbor z odebraných biologických vzorků zejména krve a moče, popřípadě se dále odebírání stolice, žaludeční šťávy či mozkomíšní mok (Nýdrle, 2017). Provádí se vyšetření hematologické, hemokoagulační, zjištění krevní skupiny, biochemické a možné je i bakteriologické v případě infekčních komplikací (Luckerová et al., 2014). Tyto metody se většinou provádějí v laboratoři, ale některé z nich se mohou uskutečňovat již přímo u lůžka pacienta (Sucharda et al., 2015).

Zobrazovací a jiná speciální vyšetření se vždy indikují až po podrobném klinickém ohledání (Pleva, 2014). Radiologie má v traumatologii podstatný význam, jelikož nelze přesně určit diagnózu a léčit pacienta, aniž by byly známá podrobná zobrazení anatomických či patologických struktur. Platí zde, že se postupuje od nejjednoduššího vyšetření ke komplikovanějšímu (Miženková et al., 2022). Nejčastěji se využívá rentgenový snímek (Páral et al., 2020). Dále se provádí ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance a pozitronová emisní tomografie (Ševčíková, 2019). Luckerová et al. (2014) doplňuje scintigrafii, nukleární magnetickou rezonanci, angiografii a artroskopii.

Léčba a ošetrovatelská péče o pacienta se vzniklým traumatem bývá u každého typu poranění dost specifická. Závisí tedy na výsledcích z proběhlých vyšetřeních a péči proto nelze jednotně shrnout (Luckerová et al., 2014).

1.4 Etylalkohol

Alkohol vznikající kvašením sacharidů se v chemickém názvosloví nazývá etylalkohol či zkráceně etanol (Minařík et al., 2015). Obecně se řadí mezi legální, avšak škodlivé psychoaktivní látky, které mohou způsobit závislost (D'Angelo et al., 2022). I přesto je alkohol jednou z mála návykových látek, která je společensky akceptovaná, a dokonce někdy v malých dávkách doporučovaná pro některé blahodárné účinky na organismus (Dobiáš et al., 2021). Látka se nejčastěji získává kvašením jednoduchých cukrů, nacházejících se v ovoci, eventuálně polysacharidů z brambor, obilí nebo je možná destilace (Křížová, 2021).

Psychotropní účinek je dán působením na neurotransmiterové systémy (Minařík et al., 2015). Především se alkohol váže v mozku na receptory pro kyselinu gama-aminomáselnou, tedy na hlavní inhibiční neurotransmitter (Popov, 2014). Dále se váže na dopaminové a noradrenalinové receptory (Křížová, 2021). Minařík et al. (2015) doplňuje opioidní neuromediátor. Tento dopaminový systém mají všechny osoby, a tedy náš mozek je přímo uzpůsoben k vyhledávání příjemných prožitků a slasti. Dá se říci, že si žádá podněty stále znovu a více. Citlivost a reaktivita systému je zcela individuální (Orel et al., 2020). Následně značně ovlivňuje frontální kortex mozku společně s funkcí hipokampu (Šeblová, 2018). Alkohol má také vliv na kardiovaskulární, endokrinní, trávicí systém či metabolismus některých látek (Dušek et al., 2015). Celkově se jedná o látku, která má značnou orgánovou toxicitu a neurotoxicitu (Minařík et al., 2015).

Nejčastější způsob užití alkoholu je perorální cestou. Naskýtají se i jiné možnosti, například respirační či podání přes sliznici, avšak tyto metody jsou spíše raritní (Hirt et al., 2012). Při užití ústy se látka rychle a zcela absorbuje již v horních úsecích trávicího ústrojí a velká část se i plně metabolizuje (Šín, 2019). Je to dáno dobrou průchodností alkoholu přes biologické membrány (Minařík et al., 2015). Pouze 5–10 % se vyloučí v nezměněné podobě dechem či močí a potem (Šín, 2019). Během 15 minut se absorbuje polovina dávky a přibližně za 30–90 minut nastává maximální koncentrace alkoholu v krvi. Odbourávání poté probíhá převážně v játrech, přičemž rychlost je konstantní a nezávislá na dávce alkoholu (Popov, 2014). Číselně lze rychlost vyjádřit přibližně

0,12–0,2 promile za hodinu. Alkohol rychleji odbourávají muži (Minařík et al., 2015). Závisí to i na dalších faktorech, například aktuálním stavu, jaterních funkcích, toleranci či závislosti (Popov, 2014).

Na celém světě je alkohol nejpoužívanější omamnou látkou (Strayer et al., 2023). Největší spotřebu alkoholu a s ním spojené obtíže má Evropská unie (Routhu Hůlková et al., 2018). Ročně se k roku 2021 dle Českého statistického úřadu (2022) spotřebuje v přepočtu na jednoho obyvatele v České republice 163,3 litrů alkoholických nápojů. Lihoviny s obsahem alkoholu 40 % představují 7,1 litrů. Konzumace vína byla 20,8 litrů. Pivo bylo konzumováno nejvíce, a to v objemu 135,4 litrů. Celková spotřeba alkoholu tedy v přepočtu na jednoho obyvatele odpovídá 10–14,5 litru včetně dětí a seniorů (Chomynová et al., 2021). Česká republika v konzumaci piva dlouhodobě zaujímá přední místo ve světě (Minařík et al., 2015). V celkové spotřebě se poté umísťuje na jednom z prvních tří míst v mezinárodních statistikách. Nicméně v porovnání s jinými evropskými státy u nás spotřeba alkoholu neklesá, spíše naopak (Dobiášová et al., 2020).

Akutní intoxikace neboli otrava je zapříčiněna působením látky, která není pro organismus vlastní (Šeblová et al., 2019). Nastává přechodný stav, který po užití látky vede k fyziologickým, psychickým a behaviorálním změnám (Modes Randáková, 2014). Akutní intoxikace je způsobena nárazovým pitím alkoholu (Ayers et al., 2015). Průběh závisí především na množství užití dávky a jiných osobnostních, sociálních či situačních okolnostech (Křížová, 2021). Rozhodující je tedy koncentrace etylalkoholu v krvi, ačkoliv tolerance je zcela individuální (Šín, 2019). Alkohol vykazuje sedativně-hypnotický toxidrom, jinými slovy příznakový soubor (Šeblová et al., 2019). To znamená, že vyšší dávky alkoholu působí tlumivě na rozdíl od stimulačních malých dávek. Nejčastěji se stav po užití projeví jako ebrietas simplex neboli prostá opilost (Minařík et al., 2015). Tento projev může být doprovázen neklidem či stupňovanou agresí. Méně častá je ebrietas pathica neboli patologická intoxikace, kde nastává kvalitativní porucha vědomí. Tento stav vzniká po vypití relativně malého množství alkoholu v souvislosti například s oslabením organismu, kdy za jiných, běžných podmínek by k intoxikaci nedošlo. Stav trvá minuty až hodiny a poté končí terminálním spánkem. Na prodělaný stav bývá většinou amnézie (Minařík et al., 2015). Život pacienta může být ohrožen při těžké intoxikaci alkoholem, a to především na základě kómatu s útlumem dechového centra nebo aspirace žaludečního obsahu a následné zadušení (Popov, 2014). Dle alkoholémie, tedy hladiny etylalkoholu v krvi, se intoxikace dělí do

čtyř stadií (Křížová, 2021). První stadium se nazývá excitační fáze, kdy alkoholémie je přibližně 0,5 ‰ (Polák, 2023). Nastává nabuzení, vzestup sebevědomí a následná ztráta zábran, zhoršené soustředění (Mottl et al., 2017). Také jsou zpomaleny reakce, mírná ztráta svalové koordinace a zhoršené vidění (Šín, 2019). Druhé stadium je hypnotické, u kterého je alkoholémie 1–2,5 ‰ (Polák, 2023). Typická je setřelá mluva, ztráta čítí (Šín, 2019). Dále porucha rovnováhy, závratě, nekoordinované pohyby, může se projevit i agresivní chování (Mottl et al., 2017). Po těchto projevech nastupuje útlum a somnolence (Popov, 2014). Třetím stadiem je narkotická fáze při alkoholémii 2,5–3,5 ‰ (Polák, 2023). Objevuje se zde vystupňovaná nekoordinovanost pohybu, dvojité či rozmazané vidění (Šín, 2019). U jedince může nastat až stupor. U konzumentů, kteří nemají zkušenosti, hrozí těžká porucha vědomí, kdežto u chronických uživatelů bývá vědomí stále zachováno. V narkotické fázi dochází ke zvracení, a vzniká tedy riziko aspirace žaludečního obsahu (Popov, 2014). Čtvrté stadium se nazývá asfyktická fáze, přičemž alkoholémie je více než 3,5 ‰ (Polák, 2023). Mezi typické projevy patří hypotermie, křeče, šok (Mottl et al., 2017). Objevují se také namáhavé a zpomalené dýchání, snížené reflexy, ztráta čítí (Šín, 2019). Poslední, čtvrté stadium se při alkoholémii nad 4 ‰ označuje jako kóma (Polák, 2023). Dochází zde k hlubokému kómatu, což vede k riziku smrti na základě útlumu dechového centra a oběhového selhání (Popov, 2014).

Chronická intoxikace neboli závislost na alkoholu se dá charakterizovat jako nutková fyzická, psychická potřeba návykové látky, což vede k biologickým, psychickým, sociálním a spirituálním změnám, které se odrážejí v patologickém chování jedince. Jedinec užíváním látky usiluje o dosažení úlevy či odměny, navzdory opakovaným nežádoucím důsledkům. Uživatel má odhodlání opatřit si alkohol jakýmkoliv způsobem (West, 2016). Objevují se zde potíže v sebeovládání, silná touha po látce, tolerance k účinku a zanedbávání jiných potřeb (Nešpor, 2018). Při dlouhodobém užívání alkoholu mohou nastat například poruchy trávení, gastritida, vředové onemocnění, jaterní poškození, alkoholová kardiomyopatie, poruchy krve, epileptické záchvaty a jiné (Křížová, 2021). Významné jsou potíže spojené s malnutricí, avitaminózou vitamínu B₁, B₁₂ a kyseliny listové, které jsou život ohrožující (Minařík et al., 2015). Objevuje se zde i toxická psychóza, tedy psychotická porucha vznikající v bezprostřední souvislosti s užitím látky. Projevuje se bludy, poruchou motoriky a emocí, alkoholovou halucinózou, paranoidní psychózou, kde se setkáváme převážně s podezřívavostí a žárlivostí (Orel

et al., 2020). Pokud uživatel kombinuje látku disulfiram neboli Antabus s alkoholem, dostaví se takzvaný antabusový syndrom. U jedince tedy následuje flush syndrom, bolest břicha a zvracení, zmatenost (Popov, 2014). Antabusový efekt vznikne i při kombinaci metronidazolu s alkoholem (Minařík et al., 2015).

Odvykací stav v důsledku náhlého vysazení látky nebo prudkého snížení dávky při dlouhodobé konzumaci alkoholu způsobí rozvoj psychických a somatických příznaků (Modes Randáková, 2014). K rozvoji příznaků dochází přibližně do 8 hodin až několika dnů (Dobiáš et al., 2021). Během druhého dne dosahují maxima, hlavní příznaky poté odezní většinou do týdne (Minařík et al., 2015). U prostého odvykacího stavu nastává úzkost, neklid, podrážděnost, hostilita, agresivita, nespavost, porucha orientace, vnímání a myšlení (Orel et al., 2020). Dále se zde řadí bolesti hlavy a končetin, třes, bolest kloubů, obtíže v zažívacím traktu, nechutenství (Dušek et al., 2015). V této fázi se objevují také tachykardie, hypertenze, zarudnutí obličeje, hypertermie, nadměrné pocení, závratě, poruchy rovnováhy a chůze, snížená citlivost nebo parestezie končetin a jiné (Popov, 2014). Silný craving neboli touha po alkoholu je také častý příznak (Křížová, 2021). Prostý odvykací stav může být komplikován křečemi, až v podobě epileptických záchvatů, nebo deliriem (Orel et al., 2020). Delirium tremens představuje nejtěžší formu odvykacího stavu (Minařík et al., 2015). Delirium má pozdější začátek, kdy první příznaky se objevují za 24–72 hodin. U 90 % pacientů dochází k rozvinutí do jednoho týdne abstinence (Popov, 2014). Po počínajícím stadiu, tedy příznaky prostého odvykacího stavu, začíná delirium, kde průběh bývá kolísavý (Dušek et al., 2015). Příznaky se stupňují a vzniká masivní psychomotorický neklid s agresivitou, chaotické myšlení, napodobování reálných mechanických manuálních pracovních aktivit (Popov, 2014). Dochází k mikrozoopsii, kdy jedinci mají halucinace spojené s drobnými zvířaty a hmyzem, také halucinace drobných rozsypaných předmětů, výrazná dezorientace (Minařík et al., 2015). Typické je střídání zklidnění, lucidních stavů a progresivních kvalitativních poruch vědomí (Popov, 2014). Maximum obtíží se objevuje v noci. Pro metabolický rozvrat s rizikem selhání vitálních funkcí je nutná intenzivní léčba (Minařík et al., 2015). Mortalita u neléčených jedinců představuje 10–15 % (Modes Randáková, 2014). Delirium trvá různě dlouhou dobu, obvykle se udává 3–5 dnů. Většinou je zakončeno terminálním, tedy dlouhým spánkem (Dušek et al., 2015). Na prodělaný stav bývá úplná či ostrůvkovitá amnézie (Modes Randáková, 2014). Existuje také intoxikační

delirium a Wernickeova encefalopatie, která vznikne z avitaminózy B₁. Obě varianty se později mohou rozvinout v delirium tremens (Minařík et al., 2015).

1.4.1 Úrazy a alkohol

Užívání alkoholu je spojováno s násilím, úrazy a sebevraždami (Reid et al., 2017). Alkohol byl tedy označen jako důležitý rizikový faktor zranění (Cremonte et al., 2014). Lidé pod vlivem alkoholu snadněji učiní impulsivní rozhodnutí, které je může ohrozit na životě, ale stejně tak mohou ohrozit i ostatní (Routhu Hůlková et al., 2018). Celosvětově v roce 2019 na následky zranění zemřelo přibližně 4–5 milionů osob, přičemž 7 % těchto úmrtí bylo ve spojení s alkoholem (Chikritzhs et al., 2021). Velikost rizika vzniku úrazu se výrazně liší dle regionu či země (Cremonte et al., 2014). Riziko je ovlivněno kulturou, etnikem a celkovým vztahem k užívání alkoholu v běžném životě (Reid et al., 2017).

U některých úrazů je jednoduché poznat, že souvisí s intoxikací, například u násilného napadení či zranění na silnici, jiné jsou méně nápadné – například pády (Chikritzhs et al., 2021). Velmi častým úrazem, který se ve spojení s návykovou látkou udává, jsou právě pády. Vznikají vzhledem k účinkům alkoholu, který ovlivňuje vědomí, orientaci, chůzi a jiné (McQuillan et al., 2020). Tupá poranění a dopravní nehody se také řadí k nejčastějším traumatům ve spojení s alkoholem (Cremonte et al., 2014). Jen řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu v České republice způsobuje ročně 50 nehod na každých 100 000 obyvatel. Následně každý rok při nehodách pod vlivem alkoholu zemře 130 osob. V České republice je nehodovost výrazně vyšší, když ji srovnáme s Dánskem, kde je srovnatelná konzumace alkoholu, kde se udává za rok pouze devět nehod na každých 100 000 obyvatel (Routhu Hůlková et al., 2018). Poranění mozku se také řadí mezi častá poranění související s intoxikací (Leijdesdorff et al., 2021).

Diagnostikovat zranění, v souvislosti s požitím alkoholu, je značně obtížnější například kvůli nezřetelné řeči či výpadku paměti jedince (Addiction & Mental Health, Alberta Health Services, 2022).

1.5 Specifika ošetrovatelské péče o intoxikované pacienty alkoholem

Ošetrovatelství je charakterizováno jako samostatný vědní obor, který je spojován se slovy moudrost, láska a pomoc (Kelarová et al., 2015). Disciplína se soustředí na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, ať už nemocného či zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Plevová et al., 2018). Jinými slovy

ošetřovatelství má zajistit činnosti prospívající zdraví, uzdravování, nemocným pomoci co nejrychleji získat soběstačnost nebo zajistit klidné úmrtí (Stasková et al., 2019). Nynější ošetřovatelská praxe je založena na důkazech. Jde o proces spojující nejlepší praxi s odbornými zkušenostmi profesionálního zdravotníka a potřebami pacienta. V podstatě se jedná o shromažďování, interpretaci a integraci všech důležitých, validních a použitelných výzkumů v ošetřovatelské praxi za účelem zvýšení kvality či efektivity poskytované péče o pacienty (Jarošová et al., 2014). V průběhu staletí se poskytování péče vyvinulo v týmovou záležitost. Zdravotničtí pracovníci, tedy profesionálové, tvoří multidisciplinární tým zahrnující různé odborníky, kteří navzájem spolupracují na jednotném cíli. Výsledek spolupráce představuje kvalitně ošetřený pacient (Dingová Šliková, 2018). Profesionálové se orientují v řízení a poskytování ošetřovatelské péče, edukaci pacientů a okolí. Také se aktivně začleňují do zdravotnického týmu, využívají kritické myšlení, čímž přispívají k rozvoji ošetřovatelské praxe a výzkumu (Plevová et al., 2018).

Péče o pacienty intoxikované alkoholem má svá určitá specifika. Ošetřování bývá často energeticky a časově náročné (Isbell et al., 2023). Probíhá ve ztížených podmínkách, kdy někteří pacienti odmítají ošetření, či dokonce napadají personál (Hamplová, 2016). Péče může být také ovlivněna postojem profesionálních zdravotníků, kteří mohou mít negativní postoj k této skupině pacientů, což následně nepříznivě ovlivňuje kvalitu poskytované péče (Isbell et al., 2023).

Při poskytování první pomoci u intoxikace je postup řízen vědomím jedince (Kebza et al., 2017). Probíhá monitorace vitálních funkcí, pátrání po vzniklých úrazech, a především po známkách nitrolebního krvácení, zajištění stabilizované polohy na boku jako prevence aspirace zvratků, provádění prevencí před prochlazením (Popov, 2014). U lehké intoxikace je doporučováno zvýšení přívodu tekutin (Šeblová et al., 2019). Při ohrožení vitálních funkcí je zvolen postup dle ABCDE (Šín, 2019). Dbá se i na ostatní zásady první pomoci. Péči o jedince je vhodné provádět ve více lidech, vzhledem k vyššímu riziku agresivity (Dvořáček, 2015). Dále se provádí také protišoková opatření (Kebza et al., 2017).

Při diagnostice shledáváme typické klinické příznaky pro intoxikaci alkoholem (Šeblová et al., 2019). Anamnéza je často odebíraná, vzhledem ke stavu pacienta, od svědků či posádky ZZS, případně z nemocničního informačního systému (Polák, 2023). Kromě

běžných údajů jsou zjišťovány například informace o druhu látky, množství užití látky, kdy pacient látku požil, kombinace s jinými drogami a jestli se pacient nenacházel na některé z událostí, jako jsou oslavy, koncerty a jiné (Dobiáš et al., 2021). Při sběru anamnézy se využívají testy, které rozliší závislost od prostého abúzu. Řadí se sem například AUDIT neboli Alcohol Use Disorder Identification Test a dalším je CAGE test neboli Cut down, Annoyed, Guilty, Eye Opener. Dotazníky zahrnují otázky ohledně užívání alkoholu a pocity s tím spojené (Routhu Hůlková et al., 2018). Dále se provádí psychiatrické vyšetření, orientační vyšetření dechovým analyzátozem (Popov, 2014). Dechový analyzátor představuje nejrychlejší neinvazivní metodu testování alkoholu. Funguje na principu silného vydechování přes náustek během zvukového signálu, který zaručí, že bude použit vydechovaný vzduch z dolních úseků plic. Analyzátor následně vyhodnotí koncentraci alkoholu ve vzduchu a výsledek převede na alkoholémii. Nevýhodou je, že výsledek je čistě orientační a nespecifický (Hirt et al., 2012). Pokračuje se fyzikálním vyšetřením, dle ordinace lékaře točení elektrokardiografu, provádění počítačové tomografie mozku a další (Mottl et al., 2017). Laboratorně se vyšetřuje krev, ze které se určí hladina glykemie, aminotransferázy, mineralogram, osmolalita a sérové hladiny urey, hladina kyseliny listové, vitamínu B₁₂ a jiné (Popov, 2014). Pokud se provádí výplach žaludku, obsah je poslán v označené zkumavce do toxikologické laboratoře (Ševela et al., 2011). Díky laboratornímu vyšetření je možné zjistit přesnou alkoholémii pacienta. Odebírá se vzorek moče, ideálně pokud je moč shromážděna v močovém měchýři po plném vyprázdnění. Ale i tato možnost není plně spolehlivá, jelikož může být stanovena přítomnost alkoholu, ačkoliv alkohol již není v krvi. Odběr vzorku krve na přítomnost alkoholu provádí vždy lékař nebo musí na pověřeného pracovníka dohlížet. Používá se venózní krev, přičemž odběr je nejčastěji z vena cubitalis (Hirt et al., 2016). Při odběru nesmí být použita dezinfekce s obsahem alkoholu (Lahoda Brodská et al., 2022). Dále se nepoužívá jodová nebo ajatinová tinktura. Obvykle se tedy na dezinfekci používá peroxid vodíku. Krev se odebírá do speciálního odběrového setu nebo do skleněné zkumavky vzhledem k tomu, že běžná plastová zkumavka uvolňuje látky, které by mohly narušit diagnostiku. Je zapotřebí odebrat 5–10 mililitrů krve. Uvedení přesné hodiny a minuty odběru krve společně s výškou a hmotností pacienta je nutností (Hirt et al., 2016).

Při terapii se většinou provádí podpurná léčba (Dvořáček, 2015). Hrozí zde především riziko dehydratace, malnutrice a hypoglykémie (Dobiáš et al., 2021). Rizika pádu

a podchlazení nejsou výjimkou (Popov, 2014). V ošetrovatelské péči je důležitá monitorace celkového stavu pacienta a pátrání po jakýchkoliv změnách (Dobiáš et al., 2021). Pro předcházení rizik se zajišťuje periferní žilní vstup. Následně jsou podávány balancované krystaloidní roztoky dle ordinace lékaře (Šín, 2019). Při hypoglykemii se podává infuze 10–40% glukózy (Dvořáček, 2015). Pokud má pacient chronickou závislost na alkoholu, podává se intravenózně také thiamin v dávce 100 miligramů (Šín, 2019). Jednou z možností při nespolupráci či agresivitě pacienta je podání lékařem ordinovaného diazepamu či haloperidolu (Popov, 2014). Bývá zde snaha využívat spíše jiné omezovací prostředky než farmakologické, jelikož může aplikací léčiv dojít k poruše vědomí, utlumení až zástavě dechu (Šín, 2019). V prevenci pádu ošetřující personál analyzuje rizika v prostředí, odstraňuje je, využívá preventivních opatření, jako jsou například dostatečné osvětlení, úprava medikace, využití zábran u lůžka (Miertová, 2019). Riziko malnutrice a s ní spojených obtíží nastává z toho důvodu, že potřeba energie se především pokryje alkoholem, který je takzvaný prázdný nosič energie, a tedy bývá chudý na esenciální živiny. Jinými potravinami pak pokryje uživatel pouze 20–30 % denní potřeby živin. Ošetřující personál by měl navázat spolupráci s nutričním terapeutem pro zajištění kvalitní stravy pacienta (Kasper, 2015). V případě těžké intoxikace je navíc nutné zajistit podpurné či řízené dýchání a monitoraci acidobazické rovnováhy (Dvořáček, 2015).

V přístupu k pacientovi by se měl projevit opravdový zájem o jedince. Nemělo by nastávat moralizování, odsuzování, vyčítání či zaujatost na základě minulých zkušeností (Routhu Hůlková et al., 2018). Pokud má pacient opakované problémy s alkoholem nebo již vykazuje známky závislosti, je vhodné, když ošetřující personál poskytuje pomoc jedinci s motivací, doporučí či zajistí odpovídající literaturu, svépomocné materiály nebo nastíní svépomocné skupiny, například sdružení anonymních alkoholiků (Modes Randáková, 2014). V ošetrovatelské péči při projevech psychózy platí základní komunikační dovednosti. Měl by se navázat terapeutický vztah, tedy získat důvěru, dopomoci s orientací v čase a prostoru, vytvořit bezpečné prostředí. Zejména je potřeba dát pacientovi najevo, že ošetřující personál si je vědom jeho psychotických prožitků, že mu je věří, ale zároveň musí přiznat, že s ním zážitky nesdílí a realitu vnímá jinak (Petr, 2014).

1.6 Komunikace s intoxikovanými pacienty

Kvalitní ošetrovatelskou péči nelze provádět bez komunikace mezi zdravotníkem a pacientem nebo mezi zdravotníky navzájem. Ošetrovatelská praxe přikládá správné komunikaci významné místo, dokonce se uvádí schopnost komunikovat jako profesionální vybavení zdravotníka (Zacharová, 2017). Je důležité využívat komunikační prvky s rozvahou, jelikož projev komunikace nelze vzít zpět a nevhodným slovem či gestem může zdravotník pacientovi uškodit (Magurová et al., 2019).

Komunikace umožňuje výměnu informací mezi dvěma a více lidmi, slouží tedy jako dorozumivací prostředek na všech úrovních a úsecích činnosti. Zprostředkovává vztahy mezi komunikujícími a patří tak mezi základní sociální potřeby (Magurová et al., 2019). K efektivnímu sebevyjadřování je komunikace nezbytná (Zacharová, 2016). Nepředstavuje osobnostní charakteristiku jedince, ale musí se naučit. Z tohoto hlediska je nutné komunikaci chápat jako nekončící proces, který přispívá k rozvoji každého jedince (Tomová, 2016), má svou funkci, tedy účel, jenž je potřeba splnit. Patří zde funkce informativní, instruktivní, přesvědčovací, posilovací a motivující, zábavná, socializační a společensky integrující, osobní identity, poznávací, svěřovací a úniková (Zacharová, 2016).

Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Verbální komunikace zahrnuje mluvené nebo psané slovo. Tento typ komunikace si lidé více uvědomují, jelikož přemýšlejí nad slovy, které následně používají (Magurová et al., 2019). Neverbální projev se prolíná s verbálním za účelem co nejpřesněji vyjádřit myšlenky příjemce a odesílatele. Většina neverbálních projevů probíhá na nevědomé úrovni, většinou tedy nebývají pod přísnou kontrolou tak jako verbální složka. Neverbálními složkami jsou mimika, vizika, kinezika, gestika, haptika, proxemika, posturika, chronemika, teritorialita, komunikace zevnějškem či komunikace činem (Tomová, 2016).

Pro efektivní komunikaci je nutno přistupovat k pacientovi s empatií, individuálním přístupem, úctou, pozitivním vztahem, trpělivostí, pravým a nefalšovaným projevem, uměním mlčet. Také je v tomto ohledu důležité nastavení uvolněné atmosféry, ukázat jedinci zájem a co nejpřesněji se vyjadřovat (Magurová et al., 2019).

Mezi překážky v komunikaci se řadí například rušivé vlivy, tichý hlas, jazyková bariéra, emotivní vlivy, rozdílnost v odborném vyjadřování, různé chápání jedinců, nedostatky

spánku, bolest, únava, smyslové poruchy, nejasné a nepřesné informace, únik od tématu, postoje a názory, manipulace, neetické chování, tedy urážky a výsměch (Zacharová, 2016).

Při komunikaci s pacientem, který je alkoholově intoxikován, je důležité dodržovat profesionalitu, jasnou, věcnou a srozumitelnou řeč, emocionální neutralitu, klid. Ošetřující personál by se měl vyvarovat hodnocení, vyčítání, poskytování rad za každou cenu, projevování znechucení či ošklíbání. Zásadní je nastavit pravidla a hranice pro komunikaci, sledovat neverbální projevy pacienta a popřípadě zabránit rozvoji agrese či manipulačních tendencí (Kelnarová et al., 2014).

1.6.1 Komunikace s agresivními pacienty

Agresi lze vysvětlit jako útočné jednání. Můžeme ji rozdělit na zjevnou, záměrnou nebo s cílem zanechat škodu, ublížení či destrukci živým i neživým objektům včetně sebe sama. Agrese není vždy pouze destruktivní a nezdravá, jelikož v určité míře je přirozenou součástí lidského jednání. Rozděluje se na verbální agresi, která je vyjádřena slovem, zpravidla tedy použitím výhrůžek, vulgarismů, zastrašování. Možná je také brachiální agrese, která se vyjadřuje aktivní silou za pomoci paží, nohou, zubů nebo využití dalších předmětů například židle, hůl, nůž a jiné (Orel et al., 2020).

Neverbální projevy mohou signalizovat stav již dopředu. Pacient nervózně popochází, nepravidelně dýchá, kope, bouchá do věcí, narušuje osobní prostor personálu (Kelnarová et al., 2014). Nastává psychomotorický neklid, podrážděnost, zlost v obličeji, gestika, zejména napřímená poloha, tělo v tenzi. Dále pacientova pasivita, kdy přestává odpovídat a nereaguje. Pokud se nezasáhne včas, stav eskaluje až k nejnebezpečnějšímu projevu agrese, tedy k fyzickému napadení (Burda, 2014).

Správné zásady komunikace zahrnují klidné a profesionální chování, vlídný hlas, pomalé pohyby zdravotníka, nikdy nebýt sám s agresorem, naslouchat pacientovi, dodržovat bezpečnou vzdálenost, udržovat oční kontakt, věcnou a stručnou konverzaci. Především se nenechat strhnout k hrubému chování a vulgarismům, být ve střehu, dát pozor na vlastní neverbální projev, a pokud se pacienta nepodaří uklidnit, volat na pomoc lékaře či policii (Kelnarová et al., 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacientů intoxikovaných alkoholem na úrazovém oddělení.

Cíl 2: Zhodnotit způsob komunikace mezi pacientem a sestrou.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1: Jak často se všeobecné sestry setkávají s pacienty, kteří jsou intoxikováni alkoholem?

Otázka 2: V čem sestry vidí zásadní odlišnosti při poskytování péče intoxikovaným pacientům?

Otázka 3: Jak sestry hodnotí náročnost poskytování péče intoxikovaným pacientům?

Otázka 4: Co je pro sestry nejnáročnější při poskytování péče intoxikovaným pacientům?

Otázka 5: Jaká jsou specifika v komunikaci s intoxikovanými pacienty?

Otázka 6: Jaké mají sestry pocity/myšlenky při komunikaci s intoxikovaným pacientem?

3 Metodika

3.1 Metodika práce a technika výzkumu

V empirické části bakalářské práce byla data zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření, vzhledem k cílům práce, které byly stanoveny. Kutnohorská (2009) charakterizuje kvalitativní studii jako postup nevyužívající matematiku. Chráška (2016) doplňuje, že kvalitativní šetření je orientováno na subjektivní aspekty jednání lidí, které zdůrazňuje a připouští tak existenci více realit. V této práci byla k získávání dat použita metoda písemného a slovního sběru dat formou polostrukturovaného rozhovoru.

Rozhovory byly prováděny po předchozí domluvě, kdy sestry byly seznámeny s tématem bakalářské práce. Také jim byly představeny a vysvětleny bližší informace týkající se uskutečněného rozhovoru. Všem sestrám byly pokládány stejné otázky (Příloha 2), při nejasnosti byly vysvětleny jiným způsobem, popřípadě byly položeny doplňující otázky. Dotazování probíhalo v klidném prostředí, aby nemohlo být narušeno vnějšími vlivy. Každý rozhovor trval přibližně 30 minut a byl individuální. Sestry byly ujištěny, že veškeré odpovědi budou anonymní a zároveň byla vznesena žádost o pořízení audiozáznamu. Všechny sestry vyjádřily souhlas s pořízením nahrávky na diktafon za podmínky, že po přepsání a zpracování dat, bude záznam smazán. K doslovnému přepsání odpovědí do písemné podoby byl využit textový editor Microsoft Word. Analýza dat probíhala pomocí metody tužka a papír. Následně byla data uspořádána systémem otevřeného kódování do kategorií a podkategorií. Dle Švaříčka et al. (2014) kódování představuje operace, pomocí kterých jsou údaje rozebrány, dány společně do vztahů, a poté jsou složeny novým způsobem. V práci byly vytvořeny tři kategorie, které se dále dělí na dvanáct podkategorií. První kategorie je pojmenována Péče o alkoholem intoxikované pacienty, která zahrnuje čtyři podkategorie: Četnost intoxikovaných pacientů, Nejčastější typy úrazů intoxikovaných pacientů, Specifika ošetrovatelské péče a Průkaz intoxikace. Druhá kategorie Komunikace s intoxikovanými pacienty zahrnuje tři podkategorie: Převládající vystupování intoxikovaných pacientů, Specifika komunikace a Agresivita intoxikovaných pacientů. Poslední, třetí kategorie nazvaná Intoxikovaní pacienti z pohledu sester je dále rozřazena do pěti podkategorií: Osobní postoj, Náročnost ošetrovatelské péče, Náročnost komunikace, Motivace pacienta a Rozvoj v problematice.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvůli zachování anonymity nejsou v práci konkrétněji uvedeny bližší specifikace ohledně zdravotnického zařízení ani sester. Bližší specifikace jsou však k dispozici u autorky práce. Výzkumné šetření proběhlo začátkem dubna a bylo provedeno osobně. Výzkumný soubor byl tvořen deseti všeobecnými sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení, přičemž šest na standardním lůžkovém oddělení a čtyři sestry na jednotce intenzivní péče. Na tomto čísle byl soubor ukončen z důvodu teoretického nasycení. Sestry byly vybrány záměrně, všechny jsou zaměstnány na úrazovém oddělení nemocnice. Sestrám byla pro větší přehlednost přidělena zkratka S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10. Sestry mají různý stupeň dosaženého vzdělání a specializace, stejně jako různou délku působení na traumatologickém oddělení.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Sestra	Vzdělání včetně specializace	Oddělení traumatologie	Délka působení na traumatologii
S1	středoškolské, všeobecná sestra	standardní lůžkové	2 roky
S2	středoškolské, všeobecná sestra	standardní lůžkové	31 let
S3	středoškolské, všeobecná sestra	standardní lůžkové	18 let
S4	středoškolské, všeobecná sestra	standardní lůžkové	5 let
S5	bakalářské	standardní lůžkové	9 let
S6	vyšší odborné, specializace ošetrovatelství v chirurgických oborech	standardní lůžkové	25 let
S7	magisterské	JIP	28 let
S8	magisterské	JIP	14 let
S9	středoškolské, všeobecná sestra	JIP	17 let
S10	vyšší odborné, ARIP	JIP	18 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Sestra 1, označená zkratkou S1, má středoškolské vzdělání s kompetencemi všeobecné sestry a je zaměstnána na standardním lůžkovém oddělení traumatologie, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 2 roky.

Sestra 2, označená zkratkou S2, má středoškolské vzdělání s kompetencemi všeobecné sestry a je zaměstnána na standardním lůžkovém oddělení traumatologie, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 31 let.

Sestra 3, označená zkratkou S3, má středoškolské vzdělání s kompetencemi všeobecné sestry a je zaměstnána na standardním lůžkovém oddělení traumatologie, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 18 let.

Sestra 4, označená zkratkou S4, má středoškolské vzdělání s kompetencemi všeobecné sestry a je zaměstnána na standardním lůžkovém oddělení traumatologie, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 5 let.

Sestra 5, označená zkratkou S5, má bakalářské vzdělání a je zaměstnána na standardním lůžkovém oddělení traumatologie, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 9 let.

Sestra 6, označená zkratkou S6, má vyšší odborné vzdělání společně se specializací ošetrovatelství v chirurgických oborech a je zaměstnána na standardním lůžkovém oddělení traumatologie, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 25 let.

Sestra 7, označená zkratkou S7, má magisterské vzdělání a je zaměstnána na traumatologické jednotce intenzivní péče (dále jako JIP), přičemž celková doba působení na traumatologii činí 28 let.

Sestra 8, označená zkratkou S8, má magisterské vzdělání a je zaměstnána na traumatologické JIP, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 14 let.

Sestra 9, označená zkratkou S9, má středoškolské vzdělání s kompetencemi všeobecné sestry a je zaměstnána na traumatologické JIP, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 17 let.

Sestra 10, označená zkratkou S10, má vyšší odborné vzdělání společně se specializací v intenzivní péči (ARIP) a je zaměstnána na traumatologické JIP, přičemž celková doba působení na traumatologii činí 18 let.

4.2 Kategorizace získaných dat z rozhovorů

Výsledky rozhovorů byly rozděleny do tří kategorií, přičemž se dále dělí na dvanáct podkategorií.

Kategorie 1: Péče o alkoholem intoxikované pacienty

První kategorie nazvaná Péče o alkoholem intoxikované pacienty se soustředí na informace týkající se zkušeností sester s poskytováním péče této specifické skupině pacientů. Pro detailnější rozřazení sesterských zkušeností, byly vytvořeny čtyři podkategorie: Četnost intoxikovaných pacientů, Nejčastější typy úrazů intoxikovaných pacientů, Specifika ošetrovatelské péče a Průkaz intoxikace. Názorné shrnutí první kategorie ve schématu je k nalezení v příloze 3.

Četnost intoxikovaných pacientů

Podkategorie se zabývá údaji, jak často přicházejí sestry na oddělení do kontaktu s intoxikovanými pacienty. Ze získaných odpovědí se ukázalo, že se interval různí. Sestry S2, S3, S9 uvedly, že se s intoxikovaným pacientem setkávají jedenkrát do měsíce. Jinou zkušenost měly sestry S7, S8, S10, a to že s pacientem jsou v kontaktu každých čtrnáct dní. S5 a S10 vypověděly, že jsou takoví pacienti na oddělení často, konkrétně jedenkrát do týdne. S6 se přidala k tomuto tvrzení a přímo dodala: „*Docela často, bohužel. Určitě aspoň 1x týdně někdy i 2x týdně.*“ S1 pojala interval jiným způsobem a vypověděla: „*Alkoholově intoxikovaní pacienti jsou tady poměrně častý, řekněme že v uvozovkách každý pátý pacient s úrazem.*“ Naopak S4 jako jediná uvedla, že s intoxikovanými pacienty nepřichází do kontaktu skoro vůbec.

Nejčastější typy úrazů intoxikovaných pacientů

V této podkategorii jsou shrnuty údaje ohledně nejčastějšího typu traumat ve spojitosti s etylalkoholem na základě sesterských zkušeností. Sestry S1, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10 se shodly, že úrazy obecně nejčastěji vznikají ve spojitosti s pády pacientů. Další častou výpovědí byly úrazy vzniklé na podkladě dopravní nehody. S touto výpovědí se ztotožnily sestry S2, S3, S5, S7, také S6, která dodala: „*Taky dopravní nehody, protože hodně lidí jezdí teď pod vlivem alkoholu na elektrických koloběžkách.*“ S10 se přidala a uvedla: „*Úrazy vzniklé z dopravní nehody, jako je střet s tramvají nebo vlakem.*“ S8 přispěla názorem: „*Další bych řekla asi sebevraždy, konkrétně skokani.*“, přičemž sestry S7, S10 její výpověď se sebevraždami také potvrdily. S2 má zkušenost s úrazy vzniklými na podkladě napadení, či s úrazy, které vznikají po návštěvě restauračního zařízení. Sestra S9 uvedla další možný vznik úrazu: „*Často jsou to úrazy vzniklé na stavbách, kdy pacienti bývají většinou cizinci a například na ně něco spadne nebo oni sami spadají někde z lešení, protože ráno mají ještě dvě promile.*“

Specifika ošetrovatelské péče

Podkategorie informuje, co vnímají sestry jako hlavní specifika péče u alkoholem intoxikovaných pacientů. Sestra s označením S9 vyslovila obecnou tezi: „*Řekla bych, že je tu nutná více komplexní péče než u klasického pacienta s úrazem.*“ Na základě této výpovědi je tato podkategorie členěna pro větší přehlednost do následujících odstavců.

U klinické stránky alkoholem intoxikovaných pacientů uvedla S1: „*Primárně je potřeba na ně pořádně dohlídnout.*“ S tímto tvrzením se ztotožnily také sestry S3, S4, S5, S6, S8, S9. Sestry S1, S5, S6 označily za důležité všimnout si, jestli má pacient zachované vědomí, přičemž sestra S5 formulovala kontrolu vědomí na základě pacientovy orientace. Sestra označená S3 uvedla, že pacienti často zvracejí. K tomuto názoru se připojila i sestra S1 s doplněním, že si na to dává velký pozor. S3 dále zmínila, že u pacientů často probíhá inkontinence moči a v některých případech i inkontinence stolice. Na základě výše popsanych věcí uvedla S3: „*Taky je z nich cítit zápach, přijdou zanedbaní.*“ K této vyřčené zkušenosti se připojila svým názorem i sestra S2. „*Vlivem dlouhodobého užívání alkoholu mají rozhašenou vnitřní, interní stránku, takže to trvá dlouho napravit,*“ zmínila sestra S9, což je pro ni další specifikum v péči o pacienta. Sestra S8 se s ní v interních problémech pacienta shodla, přičemž S7 dodala, že se objevuje tachykardie. S1 jako jediná ze všech oslovených sester uvedla: „*Potom je potřeba pacienty hodně hydratovat, dostávají poměrně dost infuzí.*“

Tuto oblast by bylo možné nazvat souhrnným názvem jako ovlivnění vědomí a citění. „*Pokud to není akutní, před operací se musí počkat, než pacient vstřízliví, aby mohl být schválen k operaci a následně uspán,*“ uvedla sestra S6. S tímto výrokiem sympatizovaly také sestry S2, S3 a S9. Další specifikum, které spadá do této oblasti, uvedla sestra S9 se slovy: „*Pokud pacienti musí být akutně operováni a přidá se k alkoholu anestezie, tak je to už úplný konec, čeho jsou pak schopní.*“ Sestry S4, S6 a S10 vyjádřily souhlas s tvrzením, že alkoholem intoxikovaní pacienti reagují na anestezii poněkud jinak, než střízliví pacienti s traumatem. S8 a S10 dále představily svůj názor, že intoxikovaní pacienti obecně vyžadují více léčiv. „*Často si vyžadují více analgetik,*“ vypověděla S1, s čímž se shodla se sestrami S8 a S10. Navzdory tomu S3 uvedla, že by se v době intoxikace podle ní neměla podávat žádná analgetika, ani antibiotika. Sestry S8 a S10 dále zmínily, že se dává i více léků na „*uklidnění.*“

Poslední oblast v rámci specifík ošetrovatelské péče by bylo možné shrnout jako problémové chování alkoholem intoxikovaných pacientů. Sestry S2, S7, S8 a S9 uvedly, že se u pacientů potýkají se ztíženou až nulovou spoluprací, ze strany pacienta, popřípadě až s agresivním chováním. S9 doplnila, že pacienti bývají zlí a nepříčetní. Nezřídka se u pacientů objevuje sprostota, uvedla sestra S2, přičemž S10 souhlasila a vypověděla: „*Jsou sprostí, neklidní, kopou, křičí tady po celém oddělení, až si ostatní pacienti stěžujou.*“ V podobném duchu se nesla i výpověď sestry S8 „*Intoxikovaní pacienti by měli být ideálně na samostatným boxu, když to jde, protože tím předcházíme i konfliktům, které následně vznikají s ostatními pacienty.*“ Sestry zároveň uvedly, že z tohoto chování následně vyplývají omezovací prostředky pacienta, a to nejčastěji pomocí kurtování, jak se shodly S7, S9 a S10. Sestry S8 a S10 uvedly také způsob pomocí farmakoterapie. Dle výpovědi S7 a S10 se společně s omezovacími prostředky zařizuje na oddělení vyšetření od psychiatra. S9 na toto téma ještě doplnila: „*Taky probíhá u pacienta ošetřování ve více lidech.*“

Průkaz intoxikace

Podkategorie se zabývá informacemi, zdali sestry při sběru anamnézy vyžívají specifické testy, například AUDIT nebo CAGE, které rozlišují prostý abúzus od závislosti na alkoholu. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 se jednomyslně shodly, že tyto specifické testy na svých odděleních nepoužívají. S1 uvedla: „*V podstatě tyhle informace máme napsané už v příjmové zprávě z urgentního příjmu, jestli jsou pacienti na něčem závislí, a my už to více nezjišťujeme.*“ S2 a S4 také zmínily znalost informací již z urgentního příjmu. „*Jelikož je pacient v ebrietě, tak ani od něj nemůžeme odebrat anamnézu, protože je hodně spavý nebo je v jiném indisponovaném stavu,*“ uvedla S3 a nastínila tak další pohled na věc. S8 s výrokem nemožnosti odběru anamnézy souhlasila a doplnila, že důvodem je častá nespoupráce pacientů. S7 uvedla: „*Ne, nevíme ani, co to je. My ani nemáme příležitost dělat tyhle testy, protože jsou u nás v akutní fázi, kdy je s nima nulová spolupráce.*“ V myšlence se tedy shodla se sestrou S7 a zároveň jako jediná nastínila, že o těchto testech dosud neměla žádné informace.

Dále podkategorie představuje, jaké metody sestry na svých odděleních využívají pro identifikaci přítomnosti alkoholu u pacienta. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 uvedly, že osobně žádné metody neprovádějí. Tuto informaci znají již z urgentního příjmu, jak následně dodaly S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10. Sestra S2 vypověděla:

„Výsledky víme z dechového testu z urgentu plus, když je odebírán laboratorně, tak nám přijde hladina etanolu v krvi.“ Metodu identifikace pomocí dechového testu potvrdily S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S8. Znalost hodnot etylalkoholu z odběru krve uvedly sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10, která dodala, že tento způsob identifikace je pro ně směrodatný.

Kategorie 2: Komunikace s intoxikovanými pacienty

Druhá kategorie nazvaná Komunikace s intoxikovanými pacienty se soustředí na informace týkající se zkušeností sester ohledně komunikace s těmito pacienty, mající určité specifikum. Pro detailnější rozřazení sesterských zkušeností, byly vytvořeny tři podkategorie: Převládající vystupování intoxikovaných pacientů, Specifika komunikace a Agresivita intoxikovaných pacientů. Názorné shrnutí druhé kategorie ve schématu je k nalezení v příloze 4.

Převládající vystupování intoxikovaných pacientů

Tato podkategorie informuje, s jakými nejčastějšími projevy chování pacientů mají sestry zkušenost. Nejvíce sester uvedlo, že u pacientů převládá agrese, a to konkrétně S2, S3, S4, S7, S8, S9, S10. Sestra S3 dodala, že pacienti obecně nemají slušné chování. Dalším zmiňovaným problémem ve výpovědích byla nespolečenská spolupráce ze strany pacienta, což udaly sestry S2, S8, S9 a S10. Sestra S8 dále ve své výpovědi doplnila pacientovu odevzdanost, kterou potvrdila i S9 slovy: „*Všechno jim je jedno, bohužel.*“ Na druhou stranu sestra S1 uvedla: „*Většinou v pozitivním slova smyslu. Mají klidné chování s tím, že pacienti nemají s ničím problém a uvědomují si svoji chybu.*“ S tvrzením, že u pacientů převládá klid, sympatizovala i S5. Poslední sestra S6 vypověděla: „*Většinou mají rozjařenou náladu a jsou takový až moc přátelský nebo jsou naopak agresivní. Když už jsou hodně napití, tak jsou pomalu v bezvědomí.*“ Na základě této výpovědi se přiklonila k již vysloveným tezím, a přidala svou další zkušenost s pacienty.

Specifika komunikace

Podkategorie shrnuje, o jaké hlavní zásady se sestry při komunikaci opírají a v čem je podle nich komunikace odlišná oproti pacientům s traumaty bez intoxikace. Nejvíce sester vypovědělo, že k pacientům přistupují klidně, a to konkrétně S2, S5, S7, S8, S9, S10. Zásadou dle S1, S3, S5 je mluvit na pacienta v pomalejším tempu. Nutnost opakování informací uvedly S5, S6, S8, S9 a S10. Sestra S2 uvedla zásadu mluvit vlídně,

nezvyšovat hlas. Snažit se informace jednoduše vysvětlit vypověděly S2, S7, s nimiž souhlasila S1, která doplnila bez používání odborných výrazů. Zároveň S5 uvedla nutnost mluvit dostatečně nahlas. Mluvit na pacienty důrazně a zvýraznit tak důležité informace praktikuje sestra S9 a S8. Pro S6 je zásadou nebrat si útoky osobně, mít asertivní přístup, kde se potkala s názorem S10, přičemž se obě dále shodly i na potlačení velkých emocí v sobě. Odstup od pacientů si udržují S4 a S8, která když nastane agrese, tak nechává i pootevřené dveře od pokoje. S8 dále vypověděla: „*Snažím se jim předávat informace, až když je jejich stav k tomu uzpůsoben.*“ S tím sympatizovaly S3, S9. Zpětnou vazbu k pacientovi udala jen S8, kdy se ho zpětně ptá, o čem byl jejich rozhovor, aby pochopila, jestli je pacient dobře informován. „*Snažíme se s kolegyněmi u pacienta střídat, aby to jednu sestřičku úplně nesešlo,*“ vypověděla na závěr S10.

Agresivita intoxikovaných pacientů

V podkategorii je přiblíženo, s jakými projevy agrese mají sestry nejčastější zkušenost. Sestra S1 se zatím ještě nesetkala s agresivním pacientem. Jinak u sester převažuje zkušenost s verbální agresí, jak udaly S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10. Ve spojení s ní používají pacienti především vulgarismy dle S3, S8, S10. Zkušenost s neverbální agresí vypověděla S8 a S7, která dodala projev za pomoci gest. S brachiální agresí mají zkušenosti sestry S2, S3, S6, S7, S8, S9 a S10. Jako projev uvedla S3 kopání, zatímco S10 zmínila plivání a házení hrnků.

Dále tato podkategorie zjišťovala, zdali sestry byly někdy fyzicky napadnuty intoxikovaným pacientem, popřípadě jak se tato situace dále řešila. Téměř všechny sestry, tedy S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S10, fyzicky napadeny nebyly. Zmiňovaná S2 a S8 uvedly, že mají zkušenost s pokusem o napadení, ale povedlo se jim uhnout či zabránit v pokračování. „*Když už hrozí fyzické napadení, tak volám ochranku, lékaře, dokonce i policii a psychiatrii,*“ uvedla S6, jak pokusu zabránit. S7 vypověděla: „*Já ne, ale kolegyně byla, kterou pacient kopnul. Řešilo se to zavoláním ochranky, kteří ho zpacifikovali, pacientovi se daly omezovací prostředky a nahlásilo se to jako mimořádná událost.*“ S informací, že sestry ví o napadení svých kolegyní, se podělily také S8, S9. Jako jediná sestra S9 se nám svěřila se svým fyzickým napadením se slovy: „*Ano, bohužel byla. Dostala jsem pár facek, když jsem se ho snažila dát do kurtů. Situace dále řešena nebyla. Uzavřela se tím, že pacient byl v indisponované situaci. Bylo to sice psaný jako mimořádná událost, ale v podstatě to skončilo tak, jakože nic. Teoreticky lze podat trestní*

oznámení, ale skončilo by to na tom, že byl ovlivněn léky, anestezií a tak dále. Takže stejně bych si v ničem nepomohla.“

Kategorie 3: Intoxikovaní pacienti z pohledu sester

Třetí kategorie, tedy poslední, nazvaná Intoxikovaní pacienti z pohledu sester se zabývá osobními postoji a myšlenkami sester při poskytování ošetrovatelské péče, komunikování s intoxikovanými pacienty. Pro lepší a detailnější pochopení názorů sester bylo vytvořeno pět podkategorií: Osobní postoj, Náročnost ošetrovatelské péče, Náročnost komunikace, Motivace pacienta a Rozvoj v problematice. Názorné shrnutí třetí kategorie ve schématu je k nalezení v příloze 5.

Osobní postoj

Tato podkategorie představuje, jaký osobní postoj zaujímají sestry k alkoholikům. Sestry S2, S3, S4, S9 a S10 vypověděly, že mají špatný, negativní postoj k těmto pacientům. *„Záleží, protože asi není úplně těžký se k nějaký závislosti dostat. Záleží, jak se alkoholik chová. Je to individuální a nejde to zobecnit,“* uvedla S5 a připojila se tak k názoru S1 společně s S6, které neměly jasně vyhraněný názor, tedy záleží na situaci a daném člověku. Zmiňovaná S6 doplnila, že někdy pocítuje lítost, ale na druhou stranu je to s nimi někdy náročné. S8 vypověděla: *„Alkoholiky úplně nepodporuju, zrovna dvakrát to nemusím. Zároveň je ale nijak neodsuzuju, chápu, že si to někdo vybral jako jednodušší řešení svých problémů.“* S touto myšlenkou se ztotožnila i S7, pro kterou alkoholici nejsou příjemní, ale má pro ně pochopení. *„Vyloženě tomu nefandím, ale člověka za to neodsoudím. Nikdy nevíme, co člověka k alkoholu přivedlo,“* vyslovila S1 svůj další názor a připojila se s ním k tezi S8. Protikladný názor měla S2, která uvedla, že je abstinent a dlouhodobě závislé jednoduše nedokáže pochopit. Podobně je na tom i S9, která si myslí, že problémy lze řešit jinak než alkoholem.

Zároveň podkategorie informuje, jestli se postoj sester promítá do péče o tyto specifické pacienty. *„U dlouhodobě závislých mám postoj ve výsledku stejný jako ke každému jinému pacientovi. Dívám se na ně ale s nadhledem, co se týká i možných dalších závislostí. Rozhodně jim ale nedávám žádné přednosti, jenom proto, že jsou závislí,“* vyslovuje názor S1. S názorem poskytování péče bez rozdílu sympatizovaly i další sestry, kterými jsou S2, S4, S8, S10. Sestra S3 souhlasila s předešlým a dodává *„Samozřejmě, že ne. Musíme se o pacienta postarat bez jakéhokoliv předsudku, ohledně rasy, pohlaví a dalších. Musíme se o něho postarat, je to lidská bytost.“* U sester S5, S7 záleží na

situaci, přičemž vypověděly, že se jim postoj do péče o pacienty nepromítá, ale pokud začne být pacient agresivní, nevylučují, že se jejich postoj k pacientovi nezmění. „*Musím se přiznat, že když tady někdo takový leží a fakt tady třeba ten týden vyvádí, bohužel, nemělo by to tak být, ale jsem schopná mu to dát najevo, co si o tom myslím. Myslím si, že to na mě každéj druhý pozná a nestydím se za to,*“ uvedla S9, přičemž se potkala s názorem S6, která vyslovila tezi, že se určitě vždycky promítá osobní postoj do péče o pacienty.

Náročnost ošetrovatelské péče

Podkategorie shrnuje, jak sestry hodnotí náročnost ošetrování intoxikovaných pacientů. Sestry S1, S5 a S7 se shodly, že záleží, v jakém je pacient stavu. Dále S1 uvedla společně s S4 jejich převažující názor, který vypovídá o stejné náročnosti péče jako u neintoxikovaných pacientů. Na druhou stranu S2, S3, S6, S8, S9, S10 označily ošetrování intoxikovaných jedinců jako náročnější. „*Pokud se tady dostanou do deliria, tak je to velice náročný,*“ uvedla S6 a připojila se tak ke slovům S9. „*Průšvih u nich je, že oni musí vystrízlivět z toho deliria, což je někdy peklo.*“ Delirium ve své výpovědi uvedla i S7 a souhlasila s již vyřčenými tezemi.

Také podkategorie představuje, co sestry vnímají jako nejnáročnější při poskytování péče. Sestra S1 uvádí, že nic dominujícího ve spojitosti s intoxikací nenachází a nejnáročnější je starat se o trauma. S3 shledává jako nejnáročnější celkovou péči, vzhledem k ebrietě. Agresivitu označily S2, S4, S6, S8, S9. Jako další pojem zmínily S2, S7 a S8 pacientovu nespolupráci. S5 označila komunikaci a zapomínání, jaké úkony pacienti nesmí provádět. S komunikací souhlasila S8, také S10 se připojila se svým názorem se slovy: „*Že je s nima špatná komunikace. Nejsou ani vděční, že je tady dáme dohromady, je jim to jedno. Až je propustíme a odejdou, tak stejně sjedou na Anděl, tam si koupí další flašku, krabicák červenýho vína a začíná to celý znovu.*“ Sestra S9 nastínila další náhled na problematiku se slovy „*Nejnáročnější taky v tom, že normálního člověka převlíknu sama, tohohle musíme ve čtyřech, protože je schopen mi utéct. Nehledě na to, tihle pacienti absolutně nerespektují, jestli mají nějaký úraz a jsou schopni i se zlomeninou pánve se postavit a odejít jenom z toho důvodu, aby se zase dostali někde k té flašce.*“ Sestra S6 souhlasila, že pacienti při poskytování péče nerespektují pokyny personálu.

Náročnost komunikace

Pro získání uceleného názoru ohledně problematiky komunikace s intoxikovanými pacienty tato podkategorie shrnuje, jak sestry vnímají složitost komunikace. Sestra S1 uvedla, že se podle ní komunikace zvlášť neliší od neintoxikovaného pacienta. S5 se k ní do určité míry připojila s tezí: *„Od ostatních se to úplně neliší, když to porovnáám například s geriatrickými pacienty. Ale v porovnání s pacienty v produktivním věku je to o něco složitější s téma intoxikovanými.“* O složitější komunikaci vypověděly i S2, S6, S8. *„Komunikace je mizivá, nedá se to. Musíme to nějak prostě odhadnout, podle toho, jak pacient vypadá,“* vyslovila S7. S touto myšlenkou souzní i názor S8 společně s S9, která dodala: *„Někdy ta komunikace není možná vůbec, ale strašně záleží na tom jednotlivým člověku, jak se popasuje s alkoholem. Někdo má tři promile a je napůl mrtvej, ale někdo bude normálně komunikovat. Pokud má pacient rozjeté delirium, tak v tu chvíli jde o komunikační bariéru.“* S vyřčením myšlenky, že u každého je to jiné a záleží na stavu pacienta, souhlasila S3 a S4. Sestra S10 na závěr dodala: *„No je to jako s malým dítětem, furt opakovat.“*

Motivace pacienta

Tato podkategorie zjišťovala, jestli sestry pracují u pacienta, který vykazuje známky problémového pití, s motivací. Popřípadě jakým způsobem je motivace poskytnuta. Sestra S5 uvedla, že u pacienta s motivací nepracuje, k čemuž se připojila S4 se slovy: *„Ne, to my je tady moc nemotivujeme, aby nepili, protože to není naše věc. Z našeho hlediska jsou tu kvůli úrazu.“* S1 vyjádřila podobnou myšlenku, že jsou rychlé oddělení a na motivaci není dostatek prostoru, jelikož si hlavně musí obstarat pacientův úraz a téma motivace se řeší dále na jiných místech. *„Záleží, jak dlouho pije. Motivovat pacienta, který pije pravidelně, je velmi těžký. Pravidelný pití je ničení toho pacienta, který si ale vůbec neuvědomuje, jak těžká péče je o něj v nemocnici,“* zmínila S2. Sestra S3 dále uvedla, že záleží na stavu vědomí pacienta a k ní se připojila také S6 s názorem, že jak kdy, protože si není jistá, zdali motivování zabírá. S motivací pacienta pracují sestry S7, S8, S9, S10, které se shodly na tom, že u pacienta se známkami problémového pití vždy zajišťují psychiatrické konzilium, načež se dále řídí jejich doporučením. *„Na oddělení voláme k pacientovi vždycky psychiatra, který nás dále nasměruje. Pak takové to běžné mezi řečí, že by neměli tak moc pít, ale to má podle mě význam spíš jen u mladších pacientů,“* konkrétně vypověděla S8. Sestra S9 dodává ve své odpovědi další její náhled na problematiku motivace se slovy: *„Abych pravdu řekla, kromě psychiatrického konzilia*

a jejich doporučení, dál už ne. V 70 % si myslím, že pijou tak dlouho, že už je to prostě marný. Jednou jsme se pokoušeli o protialkoholní léčbu, bohužel tam je problém, že s tím pacienti musí souhlasit, nastoupit dobrovolně a oni si samozřejmě ten problém sami nepřiznají. Pacienti nemají vůbec chuť, je to o tom: rychle mě pusťte, abych mohl jít domů a stavím se hned u prvního stánku s alkoholem cestou domů.“ Jako protiklad na téma časnost zřizování psychiatrického konzilia uvedla S6: *„Někdy, když už chování pacienta dospěje do takového stádia, že musíme volat psychiatra, pak jsou doporučené odvykací léčby.“*

Rozvoj v problematice

Podkategorie se zabývá údaji, zdali mají sestry přístup k aktuálním doporučeným informacím. Shrnuje tedy, jestli zaměstnavatel zprostředkovává vzdělávací akce ohledně problematiky komunikace a poskytování péče u alkoholově intoxikovaných pacientů. Sestry S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 uvedly, že si nevybavují, že by pro ně byly poskytovány vzdělávací akce na toto téma. S1 se k názoru sester připojila a doplnila, že je možné, že taková akce existuje, ale ona ji nezažila. S9 vypověděla: *„Možná kdybychom si někde našli nějaký seminář, ale že bychom to od něj dostali, jakože se tady s tím setkáváme, tak to ne.“* Jako jediná sestra S3 vyslovila: *„No samozřejmě, jsou na to směrnice.“*

5 Diskuse

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienty intoxikované alkoholem na úrazovém oddělení. Práce se blíže zaměřovala na specifika ošetrovatelské péče o pacienta pod vlivem alkoholu. Další zkoumaný jev představovala komunikace s intoxikovaným pacientem s traumatem, ve které byla blíže ukázána jejich specifika. Jak vyplývá z literatury a zkušeností sester, komunikace s intoxikovaným pacientem je odlišná od běžné komunikace. Tyto dvě výše popsané oblasti zájmu představují stanovené cíle pro bakalářskou práci. V rámci výzkumného šetření byly provedeny rozhovory s deseti všeobecnými sestrami, které byly vybrány záměrně, protože pracují přímo na úrazovém oddělení. Na standardním lůžkovém oddělení pracuje šest sester a čtyři sestry na JIP.

Zjištěné identifikační údaje sester shrnují dosažené vzdělání včetně specializace a jejich celkové délky působení na traumatologickém oddělení. Sestry uvedly různou délku praxe na traumatologii od 2 do 28 let. Vzdělání jsou také různá, sestry uvedly středoškolské s kompetencemi všeobecné sestry, bakalářské, vyšší odborné s následnou specializací a magisterské studium. Jak uvádí Bartoničková et al. (2017), vzdělání představuje základní element, na kterém by sestry měly stavět své zkušenosti. Studie dokazují, že vyšší úroveň vzdělání sester zlepšuje kvalitu výsledné péče o pacienty a jejich bezpečnost. Standardním vzdělávacím stupněm by tak mělo být bakalářské studium, aby sestry mohly obstát v komplexním systému zdravotní péče a zlepšit celkový prospěch pacientů. Dle názoru autorky je citelný rozdíl v úrovni vzdělání, souhlasí tedy s výše uvedeným názorem, že ke zkušenostem je zapotřebí připojit adekvátní vzdělání. Z provedených rozhovorů se sestrami si autorka práce utvořila názor, že sestry s magisterským vzděláním, popřípadě se specializací, přemýšlely o dané problematice komplexněji a do hloubky než sestry se středoškolským vzděláním, nehledě na délku působení na traumatologickém oddělení.

K popsání specifík ošetrovatelské péče u pacientů intoxikovaných alkoholem na úrazovém oddělení posloužily údaje z námi stanovených podkategorií. Podkategorie shrnující četnost alkoholem intoxikovaných pacientů ukazuje, že intervaly byly různé. Sestry zmiňovaly, že do kontaktu s intoxikovaným pacientem přicházejí jedenkrát do měsíce, každých čtrnáct dní, jedenkrát či dvakrát do týdne, přičemž S4 téměř vůbec. S1 uvedla, že jsou tito pacienti poměrně častí, kdy se jedná téměř o každého pátého pacienta

s traumatem. Názor autorky vytvořený na základě osobní zkušenosti z klinických praxí je, že pacienti pod vlivem alkoholu se na odděleních vyskytují poměrně často. Přibližně jedna čtvrtina traumat, které ošetřovala, vznikla ve stavu intoxikace alkoholem. Strayer et al. (2023) uvádí, že alkohol je obecně celosvětově nejpoužívanější omamnou látkou. Ročně se k roku 2021 dle Českého statistického úřadu (2022) v České republice na jednoho obyvatele spotřebuje 163,3 litrů alkoholických nápojů. V celkové spotřebě se Česká republika řadí k prvním třem místům v mezinárodních statistikách a v porovnání s dalšími evropskými státy u nás tendence spotřeby alkoholu spíše narůstá, než klesá (Dobiášová et al., 2020). Další podkategorie představuje, s jakým typem úrazů se nejčastěji sestry potkávají. Nejvíce sester vypovědělo, že se jedná o traumata ve spojení s pády. Koreluje to tak s názorem McQuillan et al. (2020), že pády jsou velmi častým úrazem vzhledem k účinkům alkoholu a jeho působení na vědomí, orientaci, chůzi a další. Dále sestry uvedly dopravní nehody, kde S6 nastínila, že v této době jezdí hodně lidí pod vlivem alkoholu na elektrických koloběžkách. Tento problém se zdá být celosvětový, jak uvádí studie ze Švýcarska od Bracher et al. (2023), kdy 43,5 % traumat způsobených na elektrických koloběžkách bylo ve stavu opilosti. Ve Finsku studie dle Vasara et al. (2022) ukázala, že traumata na elektrické koloběžce na podkladě intoxikace vznikla ve 45 % a v nočních hodinách dokonce v 75 %. Autorka práce se domnívá, že tento typ úrazů vzniká díky místní a finanční dostupnosti elektrických koloběžek, které osoby po požití alkoholu vyhodnocují a volí jako nevhodnější dopravní prostředek, jak se rychle přesunout na jiné místo. Sestry dále uváděly traumata ve spojitosti se sebevraždami, napadením, po návštěvě restauračního zařízení nebo vzniklé na stavbách. Následující podkategorie shrnuje, co sestry vnímají jako hlavní specifika péče u intoxikovaných pacientů. Sestry označily za důležitý důkladný dohled na pacienta, což za důležité považuje i Dobiáš et al. (2021). Dále byla zmíněna kontrola vědomí a zvracení. Pacienti dle S2, S3 zapáchají a jsou zanedbaní. Některými dalšími specifiky jsou pro sestry porušená interní stránka pacienta, potřeba hydratace, nemožnost provést operaci a kombinace alkoholu s anestézií za předpokladu, že je operace nutná. Obecně pacienti vyžadují více léčiv, analgetik. Dle S8 by pacienti měli být na samostatném pokoji kvůli předcházení konfliktů s ostatními pacienty. Sestry se často potýkají s nespolupracujícími a agresivními pacienty, u kterých se poté využívají omezovací prostředky. Pouze S9 zmínila ošetřování ve větším počtu personálu a splňuje tak doporučení Dvořáčka (2015). Další podkategorie informuje o tom, zdali sestry při sběru anamnézy využívají specifické testy AUDIT, CAGE. Sestry jednomyslně uvedly, že testy nepoužívají. Z pohledu

autorky práce je to škoda, vzhledem k tomu, že testy více přiblíží problémy jednotlivých pacientů. Na základě výsledku by se poté mohla o to více individualizovat ošetrovatelská péče tak, aby byla co nejefektivnější po všech stránkách, nejen stran traumatu. Sestry vypověděly, že odebrat anamnézu je často nemožné kvůli pacientovu stavu, což potvrzuje i Polák (2023) se slovy, že se anamnéza odebírá často od svědků, posádky ZZS nebo z nemocničního informačního systému. Sestry dále uvedly, že ony samy neprovádějí identifikaci přítomnosti alkoholu. Informace vědí už předem z urgentního příjmu, a to na základě dechového testu nebo laboratorního odběru krve na hladinu etanolu. Následující podkategorie představuje, jaký postoj chovají sestry k alkoholikům. Polovina sester vypověděla, že zauímají negativní postoj. S1, S5, S6 neměly vyhraněný názor a uvedly, že záleží na dané situaci. V dalších výpovědích se objevilo nepodporování, lítost, nesouzení, pochopení, ale i nepochopení. Isbell et al. (2023) vyslovila tezi, že postoj profesionálních zdravotníků vůči této skupině pacientů se může promítnout do péče, přičemž negativní postoj může nepříznivě ovlivňovat poskytovanou péči a tím pádem i její kvalitu. V návaznosti na tuto myšlenku podkategorie také zjišťovala, jestli se postoj sester promítá do poskytování péče. Sestry vypověděly, že svůj postoj nepřenášejí do péče o tyto pacienty. S3 uvedla: „*Samozřejmě, že ne. Musíme se o pacienta postarat bez jakéhokoliv předsudku, ohledně rasy, pohlaví a dalších. Musíme se o něho postarat, je to lidská bytost.*“ Dle autorky práce se právě touto výpovědí potvrdilo, že sestry dokáží být profesionálkami ve svém oboru, nehledě na jejich osobní pocity a myšlenky. Byly i takové sestry, které uvedly, že záleží na situaci a připouštějí tedy možné promítání postoje do péče. S9 a S6 sdělily, že podle nich se vždycky promítá osobní postoj do péče a pacientům to dají najevo. V podkategorii shrnující fakt, jak sestry hodnotí náročnost ošetřování intoxikovaných pacientů, část sester vypověděla, že záleží na stavu pacienta. Další uvedly, že náročnost není rozdílná od běžného pacienta s traumatem. Zbylé sestry se shodly, že ošetřování je náročnější, čímž se shodly s názorem Isbell et al. (2023). Jako nejnáročnější hodnotí například agresi, nespolupráci a komunikaci, ale také nevděčnost, nerespektování pokynů. S6 uvedla: „*Pokud se tady dostanou do deliria, tak je to velice náročný.*“ S tím sympatizovaly i jiné sestry. Delirium tremens je běžné v prostředí intenzivní péče, přičemž může být těžko rozpoznatelné při traumatickém poranění mozku. Má za následek delší dobu hospitalizace, ztrojnásobuje riziko úmrtnosti a zvyšuje náklady na zdravotní péči. Péče o pacienty s deliriem může být náročná. Sestry jsou na základě své neustálé přítomnosti u pacientů v ideální pozici pročasné rozpoznání známek abstinčního syndromu, což následně umožní stanovit efektivní léčbu. Sestry jsou často

první, kdo získává od pacientů či rodin informace, což jim vytváří perfektní prostor pro sběr anamnézy týkající se užívání alkoholu (Mulkey et al., 2020). Tato studie potvrzuje užitečnost odběru již zmíněných screeningových testů AUDIT a CAGE, díky kterým sestry mohou očekávat vznik situace, například delirium tremens, a zároveň pomohou v minimalizování následných problémů.

Ke zhodnocení způsobu komunikace mezi pacientem a sestrou byly využity údaje z námi stanovených podkategorií. Úvodní podkategorie informuje, jaké nejčastější projevy chování vykazují alkoholem intoxikovaní pacienti. Nejvíce sester vypovědělo, že převládá agrese a nespolupráce. S3 uvedla neslušné chování, zatímco S8 a S9 pacientovu odevzdanost. Na druhou stranu sestry uvedly, že pacienti mají převážně klidné chování a S1 doplnila uvědomění si své chyby. S6 přidala rozjařenou náladu a přátelskost nebo naopak somnolenci. Další podkategorie představuje, jakých zásad se sestry drží při komunikaci s intoxikovaným pacientem a co tedy vnímají jako specifika komunikace. Nejvíce sester přistupuje k pacientům klidně. Dále jsou uváděny zásady jako mluvit pomalu, opakovat informace, nezvyšovat hlas, ale zdůraznit podstatné údaje, jednoduše vysvětlit bez odborností, mluvit nahlas. V přístupu k pacientům sestry zmiňovaly asertivní přístup, nebrat si útok osobně, potlačit v sobě velké emoce, nechávat si odstup, přičemž S8 vypověděla, že je dobré nechat pootevřené dveře od pokoje. Sestry se dále shodly, že informace předávají, až když je pacientův stav uzpůsoben k vnímání. Jediná sestra S8 zmínila zpětnou vazbu, kdy se ptá pacienta, o čem byl jejich vzájemný rozhovor, aby našla případné mezery v informovanosti. S10 zmínila střídání se u pacienta s kolegyněmi za účelem psychické pohody personálu. Kelnarová et al. (2014) ve své publikaci uvádí doporučené zásady, jak komunikovat s intoxikovaným pacientem, které jsou shodné se sesterskými výroky. Kelnarová et al. (2014) dále doporučuje naslouchat pacientovi, udržovat oční kontakt, nenechat se strhnout k vulgarismům a hrubému chování, být neustále ve střehu a kontrolovat svůj neverbální projev. V podkategorii shrnující nejčastější projevy agrese informuje, že se S1 dosud nesetkala s agresivním pacientem. Další sestry ve výpovědích uvedly verbální agresi, hlavně vulgarismy. Také se setkaly s brachiální agresí, která se projevila kopáním, pliváním a házením hrnků. S8 a S7 zažily neverbální agresi za pomoci gest. Dle slov Hosákové (2021) se každá sestra nepochybně někdy setká s hrubým či násilnickým pacientem. Pacient může útok směřovat proti sobě samému, proti personálu, ostatním pacientům, návštěvám nebo i majetku. Ne přátelství je nejnižší stupeň, kdy už je u pacienta patrná agrese, následuje verbální

agrese a poslední stupeň představuje brachiální agrese. Burda (2014) s tvrzením souhlasí a doplňuje, že pokud se včas nezabrání náznakům agrese, stav eskaluje k fyzickému napadení, tedy nejnebezpečnějšímu projevu agrese. Autorka práce souhlasí s tvrzením, že každá sestra se za svou praxi někdy potká s nespolutracujícím, agresivním, hrubým pacientem a současně sdílí názor, že je velmi důležité umět rozpoznat příznaky rozvoje agrese, protože nám poskytnou možnost předvídat danou situaci. Zásady komunikace s takovým pacientem by měla znát každá sestra a prakticky je využívat při jednání, jelikož tím může zachránit svůj či cizí život. Vzhledem k této tezi následující podkategorie představuje, zdali sestry někdy utrpěly fyzické napadení intoxikovaným pacientem a jak se situace případně řešila. Nejvíce sester vypovědělo, že nebyly napadeny. S2 a S8 mají zkušenost s pokusem o napadení, ale stačily uhnout a útoku zabránit. Další sestry mají zkušenost s napadením ostatních sester v kolektivu. O zabránění pokusu sestry vypověděly, že volají na pomoc ochranku, lékaře, policii, psychiatrii a používají omezovací prostředky. Jako jediná se svěčila sestra S9 se svým fyzickým napadením se slovy: *„Ano, bohužel byla. Dostala jsem pár facek, když jsem se ho snažila dát do kurtů. Situace dále řešena nebyla. Uzavřela se tím, že pacient byl v indisponované situaci. Bylo to sice psané jako mimořádná událost, ale v podstatě to skončilo tak, jakože nic. Teoreticky lze podat trestní oznámení, ale skončilo by to na tom, že byl ovlivněn léky, anestezií a tak dále. Takže stejně bych si v ničem nepomohla.“* Po napadení může sestra zažívat psychické i fyzické vyčerpání, ponížení, beznaděj, úzkost, ztrátu osobní hodnoty a obavy z možných následků do budoucna. S dopady násilí se každá osobnost vyrovnává po svém. Zůstávají bolestné a neodbytné vzpomínky, které se mohou překlenout v nespavost, ztrátu radosti ze života, pocit vyhoření. Důsledky napadení dopadají na poskytování péče, snížení její kvality, popřípadě nastává volba jiného zaměstnání. Jediným způsobem prevence je posílení komunikačních dovedností (Pekara, 2015). Abychom si mohli utvořit ucelený názor ohledně problematiky komunikace s intoxikovanými pacienty, další podkategorie představuje údaje týkající se náročnosti komunikace z pohledu sester. Nejčastěji se sestry přikláněly k názoru, že je komunikace složitější a často nemožná. Některé sestry uvedly, že podle nich záleží na jednotlivém pacientovi a jeho stavu. S9 dodala, že pokud má pacient probíhající delirium, tak v tu chvíli jde o komunikační bariéru. S10 přirovnala intoxikovaného pacienta k malému dítěti s nutností neustálého opakování. Dále byla vyslovena i myšlenka, že komunikace se nijak neliší od klasického pacienta s traumatem.

K oběma cílům bakalářské práce se vztahují také následující data z námi stanovených. Další podkategorie shrnuje data na téma motivace pacienta. Modes Randáková (2014) zastává názor, že pokud se pacient potýká opakovaně s problémy na základě alkoholu nebo již vykazuje známky závislosti, je vhodné, aby ošetřující personál poskytl jedinci pomoc s motivací například za pomoci literatury, svépomocných materiálů nebo skupin. Nalezneme zde informace, zda u takového pacienta pracují sestry s motivací, popřípadě jakým způsobem. Některé sestry uvedly, že s motivací nepracují, přičemž S4 a S1 doplnily tezi, že z jejich hlediska je pacient na oddělení stran traumatu, nikoliv kvůli problému s alkoholem. Další sestry vypověděly, že záleží na stavu pacienta, na délce trvání problému. S6 doplnila, že si není jistá, jestli motivování zabírá. Zbylé sestry se shodly, že s motivací pracují a k pacientovi, vykazujícímu známky problémového pití, vždy zajišťují psychiatrické konzilium, načež se dále řídí jejich doporučením. S6 je s nimi v rozporu a psychiatrické konzilium zajišťuje, až když chování pacienta dospěje do určitého stadia. Dále S8 uvedla, že mezi řečí pronese, aby pacient tolik nepil alkohol, ale s tímto shledává účinnost spíše u mladších jedinců. S9 vyslovila svůj pohled na problematiku slovy: *„Abych pravdu řekla, kromě psychiatrického konzilia a jejich doporučení dál už ne. V 70 % si myslím, že pijou tak dlouho, že už je to prostě marný. Jednou jsme se pokoušeli o protialkoholní léčbu, bohužel tam je problém, že s tím pacient musí souhlasit, nastoupit dobrovolně a oni si samozřejmě ten problém sami nepřiznají. Pacienti nemají vůbec chuť, je to o tom: rychle mě pusťte, abych mohl jít domů a stavím se hned u prvního stánku s alkoholem cestou domů.“* Studie Cordovilla-Guardia et al. (2017) vypovídá, že užívání alkoholu je často spojeno s recidivou traumat, načež používání screeningu, krátké intervence a doporučení k léčbě může pomoci v prevenci. Krátká intervence představuje poradenský přístup, který je založený na principu motivačního rozhovoru, zaměřuje se na jedince a má vyvolat a posílit motivaci ke změně. Mezi další pracovníky, kteří mohou intervenci provádět, se řadí sestry se školením k dané problematice. Důkazy zaznamenávají užitečnost také v traumatologickém centru, přičemž přijetí do centra nabízí vhodnou chvíli k provádění intervence, jelikož pacienti mohou pocítit svou zranitelnost a tím spíše být nakloněni ke screeningu a poradenství. Ve výsledku provedení těchto kroků u alkoholově intoxikovaných pacientů s traumatem je zaprvé nákladově efektivní a zadruhé to může snížit výskyt recidivy traumat na polovinu. Se snížením následných zranění souhlasí i studie Turner et al. (2017) a zároveň doplňuje, že bez jakéhokoliv intervenčního zásahu je nepravděpodobné vyřešit problémové pití. Naopak se po roce od vzniku úrazu problémové pití zhoršilo asi u 20 %

pacientů. Mezi nejčastější možné překážky v poskytování intervence řadí Turner et al. krátkou dobu pobytu či přetrvávající kognitivní poruchy po traumatu. Autorka bakalářské práce se přiklání k názoru, že projevení zájmu o pacienta a poskytnutí krátké intervence je pro sestry minimální zátěž navíc při poskytování ošetrovatelské péče, zatímco pro pacienta to může být právě ten počáteční impuls k velké změně jeho dosavadního života a pomoc k navrácení směru zpět na cestu životem bez alkoholu. Je překvapující, že ani jedna sestra neměla vlastní iniciativu motivovat pacienta jakýmkoliv způsobem. V této době je možné doporučit svépomocné skupiny, například Anonymní alkoholici nebo Klub Lidí Usilujících o Střízlivost, online poradny, Národní linku pro odvykání, sociální sítě a mobilní aplikace AlcoDroid či Adiquit (Chomynová et al., 2024). Na závěr, vzhledem k vyřčeným tezím od sester, shrnuje následující podkategorie informace o tom, zdali zaměstnavatel zprostředkovává vzdělávací akce ohledně problematiky komunikace a poskytování péče u alkoholově intoxikovaných pacientů. Nejvíce sester uvedlo, že si nevybavují poskytování vzdělávacích akcí na toto téma. Některé sestry vypověděly, že možná takové akce jsou, ale ony samy je nezažily. Jako jediná S3 uvedla potvrzení vzdělávání a dodala, že jsou na to směrnice. Ve výpovědích sester se tedy ukázalo, že v některých oblastech sestry neznají doporučené, aktuální informace a postupy nebo si nejsou zcela jisté v jejich provádění. Z tohoto důvodu lze doporučit zařazení vzdělávání v dané problematice pro rozvoj sester a zkvalitnění celkové poskytované péče.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty intoxikované alkoholem na úrazovém oddělení. Cílem této práce byl zaprvé popis specifik ošetrovatelské péče u pacientů intoxikovaných alkoholem a zadruhé zhodnocení způsobu komunikace mezi pacientem a sestrou.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že se oslovené sestry, kromě jedné, s alkoholem intoxikovanými pacienty setkávají ve své praxi pravidelně. Podle výpovědí sester nejčastější typ traumat ve spojitosti s intoxikací představují pády, dopravní nehody, sebevraždy, napadení, návštěva restauračního zařízení či práce ve stavebnictví. Jako specifika ošetrovatelské péče informantky uvedly především provádění komplexnější péče, nutnost zvýšeného dohledu na pacienta a ošetřování ve větším počtu personálu. Dle oslovených sester se u pacientů projevuje inkontinence, zápach, vomitus a zanedbanost. Informantky v rozhovorech zmiňovaly častou praxi, v níž musí spolupracovat s agresivními, nespolupracujícími pacienty. Některé oslovené sestry v rozhovorech připustily, že se jejich osobní postoje vůči intoxikovaným mnohdy promítají do přístupu k těmto pacientům. Z odpovědí také vyplynulo, že u pacientů nepracují s motivací na základě vlastní iniciativy.

V komunikaci oslovené sestry používají převážně doporučené zásady pro komunikaci s agresivními, nespolupracujícími pacienty, přičemž dále označily za podstatné opakovat a jednoduše vysvětlit dané informace. Informantky se potýkají s verbální, neverbální i brachiální agresí, načež napadení pacientem uvedla jedna oslovená sestra.

Dále z rozhovorů vyplynulo, že oslovené sestry vnímají rozdíly mezi ošetrovatelskou péčí a komunikací s pacienty s traumatem, k němuž nedošlo ve spojitosti s intoxikací a naopak. Přístup k intoxikovaným pacientům v tomto ohledu vnímají jako náročnější. Oslovené sestry také uvedly, že jim není nabízeno žádné další rozšiřující vzdělávání v této tematice.

Těší mě, že mi byla poskytnuta možnost zpracovat toto téma v bakalářské práci. Při zpracování práce jsem poznala specifika alkoholem intoxikovaných pacientů a uvědomila si, že role sestry v tomto tématu je velmi významná, jelikož správná intervence může pacientům pomoci navrátit životní cestu bez alkoholu. Díky této práci jsem měla možnost

získat nové informace a nabýt nové zkušenosti, které mi pomohou v mém osobním růstu pro zkvalitnění mnou poskytované ošetrovatelské péče.

Všechny stanovené cíle pro bakalářskou práci byly úspěšně splněny. Získané výsledky a informace z výzkumného šetření poskytly náhled na specifika problematiky, přičemž mohou poukázat na nedostatky v komunikaci s pacienty za účelem nápravy. Práce poskytne zdroj na vytvoření scénáře simulační výuky (Příloha 1) za účelem edukace všeobecných sester na úrazovém oddělení.

Literatura

1. ADDICTION & MENTAL HEALTH, ALBERTA HEALTH SERVICES, 2022. *Substance Use: Injuries*. GOVERNMENT OF ALBERTA. [online]. Alberta. 2024 [cit. 2024-01-01]. Dostupné z: <https://myhealth.alberta.ca/alberta/Pages/Alcohol-other-drugs-and-injuries.aspx>
2. AYERS, S. et al., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BARTONÍČKOVÁ, D. et al., 2017. Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče. *Florence* [online]. 2017(3) [cit. 2024-04-14]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/3/vzdelavani-sester-jako-nepostradatelny-aspekt-poskytovani-profesionalni-osetrovatelske-pece/>
4. BOZP.CZ, 2020. *Biologičtí činitelé ve vztahu k BOZP. Klasifikace, rizika, kategorizace a požadavky na pracoviště*. CRDR SPOL. S.R.O. [online]. BOZP.cz – Bezpečnost práce. 2023 [cit. 2023-12-01]. Dostupné z: https://www.bozp.cz/aktuality/biologicti-cinitele/#kap_2
5. BRACHER, A. I. et al., 2023. Trauma Characteristics Associated with E-Scooter Accidents in Switzerland—A Case Series Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 20(5), 4233 [cit. 2024-04-14]. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054233>. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/4233>
6. BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.
7. CORDOVILLA-GUARDIA, S. et al., 2017. Effect of a brief intervention for alcohol and illicit drug use on trauma recidivism in a cohort of trauma patients. *PLOS ONE* [online]. 2017-08-16, 12(8) [cit. 2024-04-16]. DOI: 10.1371/journal.pone.0182441. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0182441>
8. CREMONTE, M. et al., 2014. Alcohol Intake and Risk of Injury. *Medicina (Buenos Aires)* [online]. 74(4), 287–292 [cit. 2024-01-01]. ISSN 0025-7680. 25188654. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161955/>

9. CURTIS, K. et al., 2019. *Emergency and Trauma Care for Nurses and Paramedics*. 3rd ed. Chatswood: Elsevier. ISBN 978-0-7295-4298-2.
10. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2022. *Graf – Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice: Tab. 03.03 Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice*. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2023-10-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/graf-spotreba-alkoholickych-napoju-na-1-obyvatele-v-ceske-republice>
11. D'ANGELO, A. et al., Acute alcohol intoxication: a clinical overview. *La Clinica terapeutica* [online]. 2022 (173:3), 280–291 [cit. 2023-12-21]. DOI: 10.7417/CT.2022.2432. ISSN 1972-6007. Dostupné z: https://www.clinicaterapeutica.it/2022/173/3/17_Fiore.pdf
12. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., 2018. Zdravotnický tým. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, s. 58–65. ISBN 978-80-271-0717-9.
13. DOBIÁŠ, V. et al., 2021. *Urgentná medicína: prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti*. 3. dopl. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-499-5.
14. DOBIÁŠ, V., 2021. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3020-7.
15. DOBIÁŠOVÁ, K., 2020. Alkohol v české společnosti. *Vesmír* [online]. 99(12) [cit. 2024-01-01]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2020/cislo-12/alkohol-ceske-spolecnosti.html>
16. DUŠEK, K., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
17. DVOŘÁČEK, J., 2015. Emergentní adiktologie 1 – akutní intoxikace. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 327–345. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
18. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1005-1.
19. HAMPLOVÁ, L., 2016. *Opilecké štěstí neexistuje. Pod vlivem alkoholu dochází k vážným úrazům*. MEDIA NETWORK. [online]. Zdravotnický deník: zdravé je

- vědět. [cit. 2024-01-02]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/12/o-pilecke-stesti-neexistuje-pod-vlivem-alkoholu-dochazi-k-vaznym-urazum/>
20. HIRT, M. et al., 2012. Alkohol, léčiva a jiné návykové a toxikologicky významné látky v dopravě. In: HIRT, M. et al. *Dopravní nehody v soudním lékařství a soudním inženýrství*. Praha: Grada Publishing, s. 91–99. ISBN 978-80-247-4308-0.
 21. HIRT, M. et al., 2016. *Soudní lékařství II. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0268-6.
 22. HOSÁKOVÁ, J., 2021. Agrese a nepřátelství ze strany pacienta. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, s. 20–24. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0890-9.
 23. HUBÁČEK, P. et al., 2017. *Efektivní systém třídění nemocných a zraněných* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2023-11-17]. ISBN 978-80-244-5227-2. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/vyzkum/soubor/efektivni-system-trideni-nemocnych-a-zranenych-pdf.aspx>
 24. CHIKRITZHS, T. et al., 2021. Alcohol and the Risk of Injury. *Nutrients* [online]. 13(8) [cit. 2024-01-01]. DOI: 10.3390/nu13082777. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2777>
 25. CHOMYNOVÁ, P. et al., 2021. *Zaostřeno: Návykové látky v České republice 2021* [online]. Ody České republiky, (6) [cit. 2023-10-14]. ISSN 2336-8241. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2021-zaostreno/06-navykove-latky-v-ceske-republice-2021/>
 26. CHOMYNOVÁ, P. et al., 2024. Zpráva o alkoholu v České republice 2023 [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit. 2024-04-16]. ISBN 978-80-7440-334-7. Dostupné z: https://www.alkohol-skodi.cz/data/obj_files/11773/688/Zpr%C3%A1va%20o%20alkoholu%20v%20%C4%8CR%202023_fin1.pdf
 27. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5326-3.
 28. ISBELL, L. M. et al., 2023. A Qualitative Study of Emergency Physicians' and Nurses' Experiences Caring for Patients with Psychiatric Conditions and/or Substance Use Disorders. *Annals of Emergency Medicine: An International Journal* [online]. American College of Emergency Physicians, 81(6), 715–727

[cit. 2024-01-02]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.10.014>. ISSN 0196-0644. Dostupné z: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(22\)01197-0/fulltext#secsectitle0035](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(22)01197-0/fulltext#secsectitle0035)

29. JANÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.
30. JAROŠOVÁ, D. et al., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
31. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4533-6.
32. KEBZA, V., 2017. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2. dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3657-3.
33. KELBL, M., 2019. Přednemocniční péče – zásady první pomoci. In: WENDSCHE, P. et al. *Traumatologie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 5–8. ISBN 978-80-7492-452-1.
34. KELNAROVÁ, J. et al., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4200-7.
35. KELNAROVÁ, J. et al., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.
36. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. ročník*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5332-4.
37. KNOR, J., 2018. Závažný úraz. In: ŠEBLOVÁ, J. et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 205–230. ISBN 978-80-271-0596-0.
38. KNOR, J., 2019. Úrazy. In: MÁLEK, J. et al., *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada Publishing, s. 61–62. ISBN 978-80-271-0590-8.
39. KOUBOVÁ, M., 2015. *Jak jsme na tom v ČR s výskytem a léčbou úrazů? Odpověď mají data pojišťoven a registrů*. MEDIA NETWORK. [online]. Zdravotnický deník: zdravé je vědět. [cit. 2023-11-25]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/jak-jsme-na-tom-v-cr-s-vyskytem-a-lecbou-urazu-odpovedet-maji-data-pojistoven-a-registru/>

40. KRÍŽOVÁ, I., 2021. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1754-3.
41. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
42. LAHODA BRODSKÁ, H. et al., 2022. Preanalytika. In: LAHODA BRODSKÁ, H. et al. *Laboratorní vyšetření v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, s. 19–27. ISBN 978-80-271-3243-0.
43. LEIJDESORFF, H. A. et al., 2021. Traumatic brain injury and alcohol intoxication: effects on injury patterns and short-term outcome. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* [online]. 47, 2065–2072 [cit. 2024-01-01]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01381-6>. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00068-020-01381-6#citeas>
44. LIBOVÁ, E. et al., 2022. *Ošetrovatelský proces v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3514-1.
45. LUCKEROVÁ, L. et al., 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-569-3.
46. MAGUROVÁ, D. et al., 2019. *Komunikácia v podmienkach ošetrovateľskej praxe*. Lipovce pri Prešove: A-print. ISBN 978-80-89721-43-6.
47. MCQUILLAN, K. A. et al., 2020. *Trauma Nursing: From Resuscitation Through Rehabilitation*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier. ISBN 978-0-323-56785-5.
48. MIERTO VÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovateľské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0850-3.
49. MINAŘÍK, J. et al., 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 49–55. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
50. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2016. *Traumacentra* [online]. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/traumacentra/>

51. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2019. *Specializovaná péče bude pro pacienty dostupnější, ministerstvo vyhlašuje výzvy na vznik center* [online]. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/specializovana-pecce-bude-pro-pacienty-dostupnejsi-ministerstvo-vyhlasuje-vyzvy-na-vznik-center/>
52. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2023. *Souhrnný seznam center vysoce specializované péče* [online]. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/03/Souhrnny-seznam-CVSP-k-1.-1.-2023.pdf>
53. MIŽENKOVÁ, E. et al., 2022. *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3128-0.
54. MODES RANDÁKOVÁ, M., 2014. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: PETR, T. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, s. 201–207. ISBN 978-80-247-4236-6.
55. MOTTLE, R. et al., 2017. Otravy. In: ZADÁK, Z. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 362–378. ISBN 978-80-271-0282-2.
56. MULKEY, M. A. et al., 2020. Delirium Tremens in the Older Adult. *Journal of Neuroscience Nursing* [online]. 52(6), 316–321 [cit. 2024-04-15]. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000543. ISSN 1945-2810. Dostupné z: <https://journals.lww.com/10.1097/JNN.0000000000000543>
57. NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5. dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
58. NEWGARD, C.D. et al., 2022. National Guideline for the Field Triage of Injured Patients: Recommendations of the National Expert Panel on Field Triage, 2021. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* [online]. 93(2), e49-e60 [cit. 2023-11-06]. DOI: 10.1097/TA.0000000000003627. ISSN 2163-0763. Dostupné z: <https://journals.lww.com/10.1097/TA.0000000000003627>
59. NÝDRLE, M., 2017. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-586-0.

60. OREL, M. et al., 2020. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: OREL, M et al. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 173–207. ISBN 978-80-271-2529-6.
61. OREL, M. et al., 2020. Hraniční zóna psychiatrie. In: OREL, M. et al. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada, s. 107–127. ISBN 978-80-271-2529-6.
62. PÁRAL, J. et al., 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1235-7.
63. PEITZMAN, A.B. et al., 2019. *The Trauma Manual: Trauma and Acute Care Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW). ISBN 978-1-97-511304-9.
64. PEKARA, Jaroslav, 2015. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka [online]. s. 49 [cit. 2024-14-04]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznamsouboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>
65. PEŘAN, D. et al., 2023. *Akutní stavy v prvním kontaktu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3271-3.
66. PETR, T., 2014. Psychotické poruchy. In: PETR, T. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, s. 210–218. ISBN 978-80-247-4236-6.
67. PLEVA, L., 2014. *Traumatologie: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-599-0.
68. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0888-6.
69. POKORNÝ, V., 2019. Úraz. In: WENDSCHE, P. et al. *Traumatologie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 3-4. ISBN 978-80-7492-452-1.
70. POKORNÝ, V., 2019. Vývoj české traumatologie. In: WENDSCHE, P. et al. *Traumatologie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. XIX-XX. ISBN 978-80-7492-452-1.
71. POLÁK, M., 2023. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3506-6.

72. POPOV, P., 2014. Akutní stavy spojené s alkoholem. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, s. 448–461. ISBN 978-80-7345-425-8.
73. PTÁČEK, R. et al., 2020. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3077-1.
74. REID, S. et al., 2017. Type and Context of Alcohol-Related Injury among Patients Presenting to Emergency Departments in a Caribbean Country. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 14(8) [cit. 2024-01-01]. DOI: 10.3390/ijerph14080877. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/8/877>
75. REMEŠ, R. et al., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4530-5.
76. ROUTHU HŮLKOVÁ, M. et al., 2018. Alkoholismus a abúzus alkoholu. In: HŮLEK, P. et al. *Hepatologie*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 363–373. ISBN 978-80-271-0394-2.
77. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.
78. STASKOVÁ, V. et al., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2206-6.
79. STRAYER, R.J. et al., 2023. Emergency Department Management of Patients with Alcohol Intoxication, Alcohol Withdrawal, and Alcohol Use Disorder: White Paper Prepared for the American Academy of Emergency Medicine. AMERICAN ACADEMY OF EMERGENCY MEDICINE. *The Journal of Emergency Medicine: The Journal for Clinicians* [online]. Elsevier, 64(4), 517–540 [cit. 2024-01-01]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.01.010>. ISSN 0736-4679. Dostupné z: <https://www.jem-journal.com/action/showPdf?pii=S0736-4679%2823%2900011-2>
80. SUCHARDA, P. et al., 2015. *Základy klinické medicíny*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3091-5.
81. ŠEBLOVÁ, J. et al., 2018. Geriatrická problematika v urgentní medicíně. In: ŠEBLOVÁ, J. et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 417–429. ISBN 978-80-271-0596-0.

82. ŠEBLOVÁ, J. et al., 2019. Intoxikace. In: MÁLEK, J. et al. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada Publishing, s. 131–133. ISBN 978-80-271-0590-8.
83. ŠEBLOVÁ, J., 2018. Intoxikace v urgentní medicíně. In: ŠEBLOVÁ, J. et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 373–395. ISBN 978-80-271-0596-0.
84. ŠEVČÍKOVÁ, B., 2019. *Kapitoly z ošetrovatelské péče v chirurgii a traumatologii* [online]. Olomouc: Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2023-11-17]. DOI: 10.5507/fzv.19.24456317. ISBN 978-80-244-5631-7. Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/2019-0444_Sevcikova.pdf
85. ŠEVELA, K. et al., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3146-9.
86. ŠÍN, R., 2019. Akutní intoxikace. In: ŠÍN, R. et al. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, s. 109–117. ISBN 978-80-7492-433-0.
87. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
88. TOMOVÁ, Š., 2016. Význam komunikace v ošetrovatelské péči. In: TOMOVÁ, Š. et al. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, s. 11–47. ISBN 978-80-271-0064-4.
89. TURNER, B.J. et al., 2017. Examining the reach of a brief alcohol intervention service in routine practice at a level 1 trauma center. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 79, 29–33 [cit. 2024-04-16]. DOI: 10.1016/j.jsat.2017.05.011. ISSN 0740-5472. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547216305244>
90. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Národní registr úrazů (NRU)* [online]. 2023 [cit. 2023-11-25]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-urazu#o-registru>
91. VASARA, H. et al., 2022. Characteristics and costs of electric scooter injuries in Helsinki: a retrospective cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma,*

Resuscitation and Emergency Medicine [online]. 30(57) [cit. 2024-04-14]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-022-01042-0>. ISSN 1757-7241. Dostupné z: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-022-01042-0>

92. WEST, R., 2016. *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. ISBN 978-80-7440-152-2.
93. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.
94. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.
95. ZOUBKOVÁ, R., 2021. Popáleniny. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, s. 378. ISBN 978-80-271-0890-9.

Seznam příloh

Příloha 1 – Simulační výuka: Poskytování ošetrovatelské péče a komunikace s pacienty intoxikované alkoholem

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru, pokládané všeobecným sestřám na úrazovém oddělení

Příloha 3 – Schéma: Péče o alkoholem intoxikované pacienty

Příloha 4 – Schéma: Komunikace s intoxikovanými pacienty

Příloha 5 – Schéma: Intoxikovaní pacienti z pohledu sester

Příloha 1 – Simulační výuka: Poskytování ošetrovatelské péče a komunikace s pacienty intoxikované alkoholem

CÍLE SIMULACE:

Zjistit dovednosti sester pracujících na úrazovém oddělení v problematice poskytování ošetrovatelské péče, komunikace s alkoholem intoxikovanými pacienty s traumatem.

Nalézt popřípadě nedostatky v těchto oblastech a vést k jejich napravení.

Poskytnout aktuální informace, postupy a zlepšit tak vzdělání sester v této problematice.

VÝSTUP: Efektivní komunikace a poskytování péče alkoholem intoxikovaným pacientům s traumatem.

CELKOVÁ DOBA VÝUKY: 90 minut

VYUČOVACÍ METODY: Slovní, názorně demonstrační, praktické

PSYCHOMOTORICKÉ DOVEDNOSTI POŽADOVANÉ PŘED SIMULACÍ

Základní znalosti z medicínské problematiky daného traumatu, účinku etylalkoholu.

Základní znalosti ošetrovatelské péče u traumat.

Teoretická znalost specifik ošetrovatelské péče a komunikace u alkoholem intoxikovaných pacientů.

Dostatečné znalosti a dovednosti při verbální i neverbální komunikaci se schopností adekvátní reakce na agresi, nespolupráci pacienta.

KOGNITIVNÍ AKTIVITY POŽADOVANÉ PŘED SIMULACÍ

Individuální studium doporučené literatury

Přednáška na danou problematiku, seznámení s kazuistikou pacienta

Počítačová simulace

Vyhodnocení videa

SIMULAČNÍ UČEBNÍ CÍLE

Všeobecné cíle

1. Prováděj vše dle doporučených standardů během celého výkonu.
2. Vnímej pacientovo psychické rozpoložení a změny v chování.
3. Prokazuj znalost praktických i komunikačních dovedností.
4. Zachovej profesionalitu. Vyvaruj se souzení, hodnocení či strhnutí k napadání.
5. Komunikuj s pacientem adekvátně k jeho momentálnímu stavu.

CÍLE SIMULAČNÍHO SCÉNÁŘE

1. Předved' schopnost provádět výkon společně s používáním cílené komunikace ve tvůj prospěch.
2. Předved' adekvátní komunikaci vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta.
3. Komunikuj se zachováním profesionality, přičemž se vyhneš souzení, hodnocení či strhnutí k napadání.

Zdroje ke studiu:

CURTIS, K. et al., 2019. *Emergency and Trauma Care for Nurses and Paramedics*. 3rd ed. Chatswood: Elsevier. ISBN 978-0-7295-4298-2.

KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.

KŘÍŽOVÁ, I., 2021. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1754-3.

MIŽENKOVÁ, Ľ. et al., 2022. *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3128-0.

NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

SCÉNÁŘ

Jméno: XY

Pohlaví: muž **Národnost:** česká

Věk: 40 let

Váha: 85 [kg], **Výška:** 190 [cm], **BMI:** 23,55 [Ideální váha]

Blízké osoby: manželka, dcera, syn

Alergie: neudává

Minulá lékařská anamnéza: Nezjištěna vzhledem ke stavu pacienta

Současná lékařská anamnéza, diagnóza: Pacient byl přijat na úrazové oddělení s frakturou pánve po blíže neurčeném pádu.

Teplota: 36,5 [°C]

Krevní tlak: 100/70 [mmHg] **Puls:** 80 [1/min]

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v rodinném domě

Prostředí:

8:00, dvoulůžkový nemocniční pokoj na úrazovém oddělení

Aktéři:

Alkoholem intoxikovaný pacient s traumatem – živá osoba

Druhý pacient s traumatem bez intoxikace obývajícím pokoj – živá osoba

Sestra – živá osoba (vykoná sestra pracující na úrazovém oddělení)

Posluchači:

Sestry pracující na úrazovém oddělení

Rekvizity, zařízení na pokoji:

Pacienti oblečení v pyžamu, klid na lůžku

Nemocniční postel a noční stolek

Zrcadlo nad umyvadlem

Signalizační zařízení

Pomůcky ke zavedení periferního žilního katetru (dále PŽK)

Role/ pokyny pro role přítomných osob

Ošetřující sestra

- připravte osobu na roli ošetřující sestry, která musí pacientovi zavést PŽK a komunikovat přitom s pacientem pod vlivem etylalkoholu
- sestra si musí být vědoma specifik ošetrovatelské péče a komunikace s alkoholem intoxikovaným pacientem

Pacient pod vlivem alkoholu

- působí odevzdaně, nespolupracuje, při pokusu sestry zavést PŽK se začne projevovat agresivně, dožaduje se alkoholu
- agrese nejdříve neverbálně, verbálně a podle situace bude postupovat až k brachiální agresi, bude chtít vstávat z lůžka
- agrese bude mířena proti sestře a dalšímu pacientovi

Druhý pacient sdílející pokoj

- odmítá sdílet s pacientem pod vlivem alkoholu pokoj, své námítky sděluje sestře
- verbálně reaguje na agresivního pacienta pod vlivem alkoholu

ZPRÁVA, KTEROU SESTRA DOSTÁVÁ PŘED SIMULACÍ

Musíte u pacienta pod vlivem alkoholu zavést PŽK a využít přitom dovednosti z komunikace pro svůj prospěch. Pacient je na dvoulůžkovém pokoji společně s dalším pacientem s traumatem. Oba mají nařízený klid na lůžku. Pacient pod vlivem alkoholu byl před chvílí přijat s frakturou pánve.

NÁSTIN POSTUPU SCÉNÁŘE

0–3 min

- pacient pod vlivem alkoholu leží na posteli; na sestru nereaguje, působí odevzdaně
- druhý pacient zdraví sestru
- sestra odpovídá na pozdrav a informuje pacienta o provedení PŽK; snaží se navázat kontakt, pacient ale nespolupracuje

4 min

- sestra si začne připravovat pomůcky k zavedení PŽK
- pacient odmítá provedení výkonu; začne projevovat agresi – neverbální poté verbální; dožaduje se alkoholu; pokouší se vstát z lůžka; míří agresi proti sestře a druhému pacientovi
- druhý pacient reaguje verbálně na agresi; sděluje sestře, že nechce sdílet pokoj s tímto pacientem

5–15 min

- sestra by měla umět využít své komunikační dovednosti k vysvětlení nutnosti provedení výkonu a reagovat na aktuální situaci
- pacient pod vlivem alkoholu stupňuje svou agresi; pokud sestra nedokáže zabránit, přistoupí k brachiální agresi
- druhému pacientovi se situace nelíbí; snaží se bránit sestru, ale tím více podněcuje agresivního pacienta
- ideální stav představuje:
 - o sestra by měla zachovat profesionální přístup; uklidnit oba pacienty, především zastavit agresi; popřípadě ihned zavolat někoho na pomoc
 - o provést úspěšné zavedení PŽK a navázat s pacientem vhodný vztah

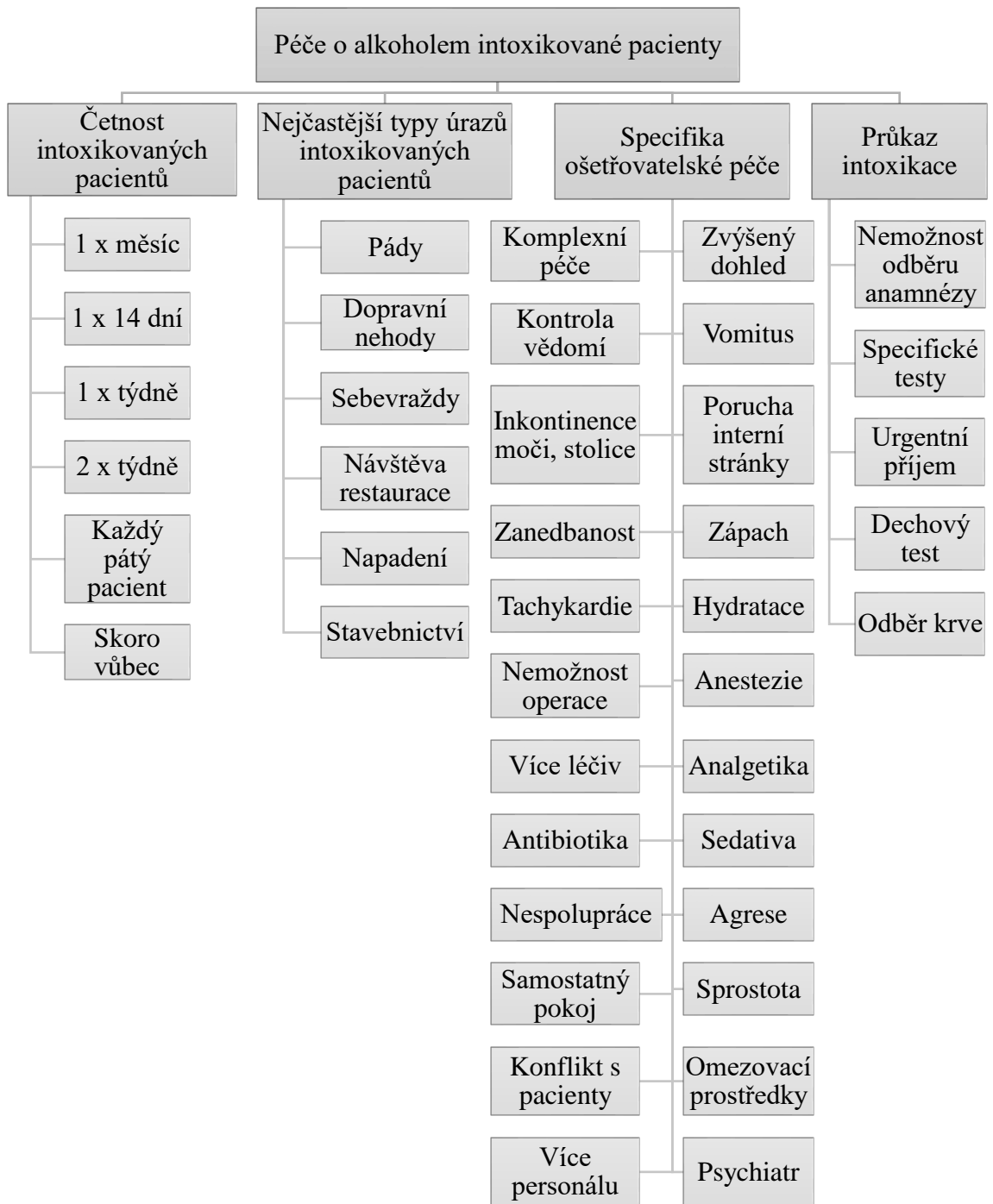
OTÁZKY PRO DEBRIEFING

1. Jak jste v této situaci cítil/a?
2. Byl/ a jste spokojen/á s vaším výkonem v této situaci?
3. Pokud by byla možnost zopakování si této situace, jednal/ a byste jinak?
4. Myslíte, že vaše znalosti a dovednosti byly adekvátní pro dosažení cíle?
5. Co považujete za klíčové při jednání s tímto typem pacientů?
6. Co mohla sestra změnit ve svém přístupu? (pro pozorovatele)

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru, pokládáné všeobecným sestřám na úrazovém oddělení

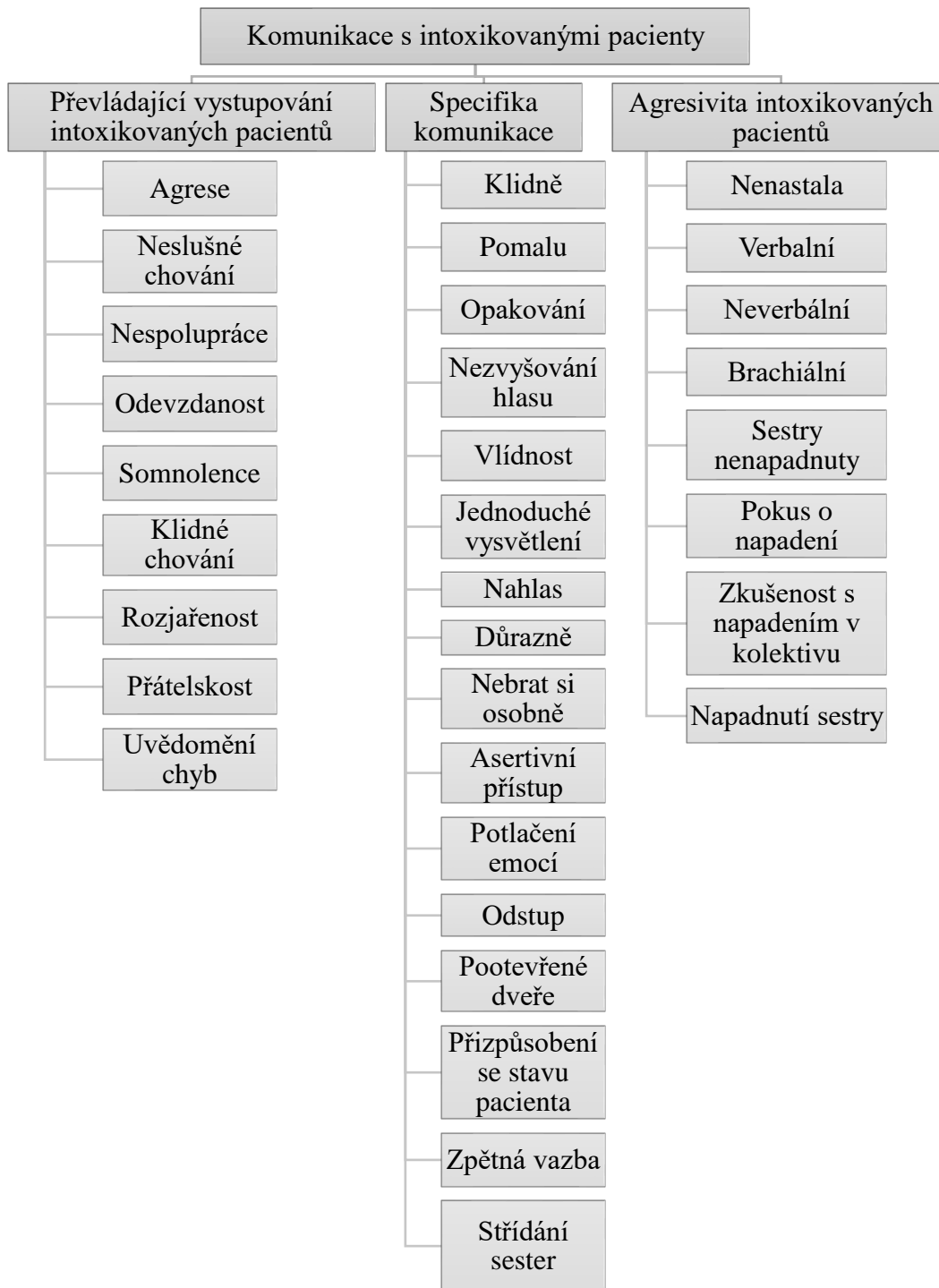
1. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání včetně specializace?
2. Jak dlouho pracujete na úrazovém oddělení?
3. Jak často se setkáváte na oddělení s alkoholově intoxikovanými pacienty?
4. Se kterým typem úrazu ve spojitosti s intoxikací etylalkoholem se setkáváte nejčastěji?
5. Jaká jsou podle vás hlavní specifika péče o pacienty intoxikovaných etylalkoholem?
6. Využíváte při sběru anamnézy specifické testy, například AUDIT nebo CAGE, pro rozlišení prostého abúzu od závislosti?
7. Jaké metody využíváte pro identifikaci přítomnosti alkoholu u pacienta?
8. Jaký máte osobní postoj k alkoholikům?
9. Promítá se váš postoj do péče o tyto pacienty?
10. Jak hodnotíte náročnost ošetřování intoxikovaných pacientů?
11. Co shledáváte jako nejnáročnější při poskytování péče?
12. Pracujete u pacienta, který vykazuje známky problémového pití, s motivací?
Pokud ano, jakým způsobem?
13. S jakým chováním jste se nejčastěji setkal/a u intoxikovaných pacientů?
14. Jak vnímáte složitost komunikace s intoxikovaným pacientem?
15. Jakých zásad se držíte při komunikaci s intoxikovaným pacientem?
16. Jak se nejčastěji projevuje agrese u intoxikovaných pacientů?
17. Byl/a jste někdy fyzicky napadnut /a intoxikovaným pacientem? Jak byla tato situace řešena?
18. Zprostředkovává vám zaměstnavatel vzdělávací akce ohledně problematiky komunikace a poskytování péče u alkoholově intoxikovaných pacientů?

Příloha 3 – Schéma: Péče o alkoholem intoxikované pacienty



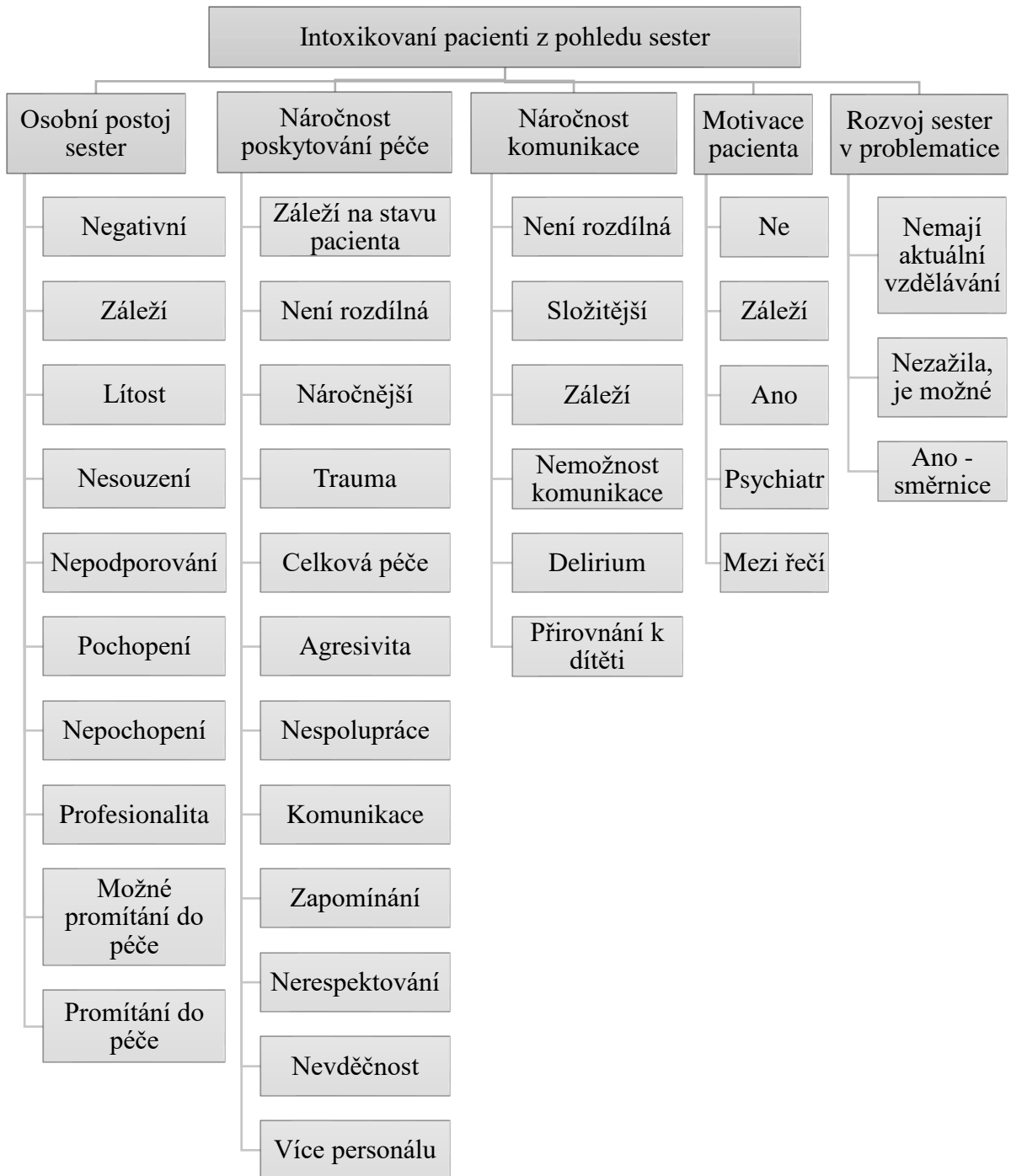
Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Příloha 4 - Schéma: Komunikace s intoxikovanými pacienty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Příloha 5 - Schéma: Intoxikovaní pacienti z pohledu sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Zkratky

ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAGE test	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye Opener
FN	Fakultní nemocnice
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
NRU	Národní registr úrazů
PŽK	Periferní žilní katétr
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZZS	Zdravotnická záchranná služba