

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Žaneta Menšíková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Žaneta Menšíková

Problematika závislosti na drogách – komunikace

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2016

.....

podpis

Děkuji Mgr. Radce Kozákové za odborné vedení a cenné rady při zpracování této přehledové bakalářské práce. Dále děkuji rodině a všem svým blízkým za podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská práce

Téma práce: Závislost na drogách a zdravotní důsledky – alkohol

Název práce v ČJ: Problematika závislosti na drogách – komunikace

Název práce v AJ: Drug Addiction Problems – Communication

Datum zadání: 2015-01-29

Datum odevzdání: 2016-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav: Ošetřovatelství

Autor práce: Menšíková Žaneta

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou závislosti na drogách a komunikací se závislými pacienty. Předkládá dohledané publikované poznatky o závislosti na drogách a komunikaci se závislými. Dále se zabývá specifickými aspekty komunikace s agitovaným či agresivním pacientem. Poznatky byly dohledány v zahraničních recenzovaných periodikách, např. *Progress in Neurobiology*, *Journal of Adolescent Health*, *Substance Use & Misuse*, *Health and Addictions / Salud y Drogas*, *Biological Psychiatry* a další. Z českých a slovenských recenzovaných periodik byly využity *Psychiatrie pro praxi*, *Interní medicína pro praxi*, *Medicína pro praxi*, *Česká společnost posudkového lékařství* a jiné. Další poznatky využití v práci pocházely z českých sborníků.

Abstrakt v AJ:

The overview thesis deals with the issues of drug addiction and communication with addicted patients. It presents looked up published findings about drug addiction and communication

patient. The findings were looked up in international peer reviewed journals, for example Progress in Neurobiology, Journal of Adolescent Health, Substance Use & Misuse, Health and Addictions / Salud y Drogas, Biological Psychiatry, and more. The list of the Czech and Slovak peer reviewed journals used in the thesis contains Psychiatrie pro praxi, Interní medicína pro praxi, Medicína pro praxi, Česká společnost posudkového lékařství and others. Other evidence used came from Czech with addicts. It also deals with the specifics of communication with an agitated or aggressive anthologies.

Klíčová slova v ČJ: závislost, drogy, komunikace, prevence, agrese, násilí, ošetřovatelství

Klíčová slova v AJ: addiction, drugs, communication, prevention, aggression, violence, nursing

Rozsah: 43 stran, příloh 0

OBSAH

ÚVOD.....	8
REŠERŠNÍ STRATEGIE.....	9
1 ZÁVISLOST.....	11
1.1 DĚLENÍ DROG	14
1.1.1 TLUMIVÉ LÁTKY	15
1.1.2 PSYCHOSTIMULANCIA.....	16
1.1.3 HALUCINOGENY	17
1.2 STATISTIKA UŽIVATELŮ DROG	18
1.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY.....	19
1.3.1 STATISTIKA ZDRAVOTNÍCH DŮSLEDKŮ	21
1.4 PREVENCE ZÁVISLOSTI	22
2 KOMUNIKACE	24
2.1 KOMUNIKACE S AGITOVANÝM ČI AGRESIVNÍM PACIENTEM	25
2.2 MOTIVAČNÍ ROZHOVOR.....	31
2.3 SHRNUÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM	34
ZÁVĚR	35
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE.....	36
SEZNAM ZKRATEK	43

ÚVOD

Závislost je komplexní chronické onemocnění centrální nervové soustavy s multifaktoriálními příčinami vzniku (Váchová P. E. et al., 2009, s. 257). Drogová závislost je horkým tématem posledních několik desítek let, nicméně její historie je velmi dlouhá (Šlamberová R., 2012, s. 123). Závislost na psychoaktivních látkách je vážný biopsychosociální problém, jelikož nejenom že vede k poškození organismu, ale může vést i k neschopnosti plnit běžné sociální a společenské role (Amchová, P., 2015, s. 72). Podle úřadu OSN pro drogy a trestné činnosti přibližně 200 milionů lidí na celém světě jsou aktuální uživatelé drog. Náklady za zneužívání drog na celém světě, pokud jde o zdravotní péči, se odhadují na desítky miliard \$ (Witkiewitz K. et al., 2014, s. 536). Média bohužel čím dál častěji přináší informace o fyzickém napadení zdravotníků pacienty, kteří byli pod vlivem návykové látky. Násilí ve zdravotnictví se stalo celosvětovým problémem. Až 25 % veškerého násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví a týká se jak pacientů, tak hlavně sester, které s pacienty tráví nejvíce času (Pekara J., 2013, s. 264, 266–7). V rámci prevence by každý zdravotník měl vědět, jak takové situace řešit, jak s pacientem komunikovat a jak fyzickému násilí předcházet. Empatie a komunikační dovednosti jsou v těchto případech nedocenitelné (Bernaldo-de-Quirós M., 2014, s. 16).

Zkoumaný problém přehledové bakalářské práce: „Jaké existují publikované poznatky o závislosti na návykových látkách a komunikaci se závislými?“

Stanovené dílčí cíle jsou:

Cíl 1.

Předložit dohledané publikované poznatky o drogové závislosti.

Cíl 2.

Předložit dohledané publikované poznatky o komunikaci s drogově závislými pacienty.

Vstupní studijní literatura:

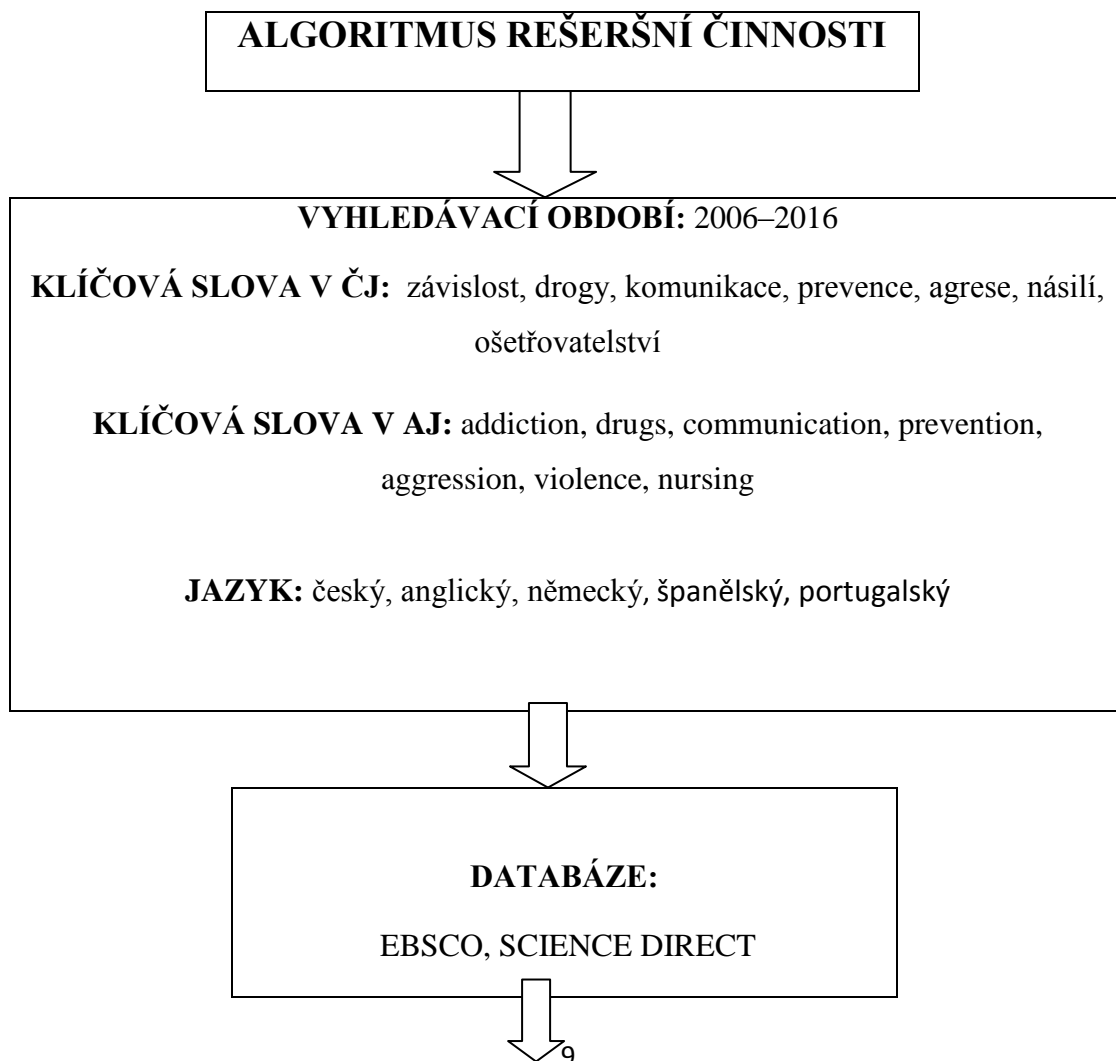
BRUNNEROVÁ Romana. Ošetřování pacientů s intoxikacemi. 2006. Multidisciplinární péče. 1 (1). ISSN: 1801-0199.

NEŠPOR Karel. Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby. 2003. ISBN: 8071788317.

ŠAMÁNEK M., URNAVOVÁ Z., Tolerance k alkoholu. 2012. Kapitoly z kardiologie. ISSN 1803-7542.

ANDERSON P., BAUMBERG G., Alkohol in Europa – Eine Public Health Perspektive. 2006. Ein Bericht für die Europäische Kommission. Zusammenfassung. United Kingdom: Institute for Alcohol Studies.

REŠERŠNÍ STRATEGIE



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

- duplicitní články
- články, které nesplnily kritéria stanovených cílů
- články zaměřující se úzce na lékařskou péči a farmakologii



Nalezeno 259 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO – 14 článků

SCIENCE DIRECT – 5 článků

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Psychiatrie pro praxi – 4 články

Medicína pro praxi – 2 články

Interní medicína pro praxi – 2 články

Česká společnost posudkového lékařství – 1 článek

Česká a slovenská psychiatrie – 1 článek

České pracovní lékařství – 1 článek

Neurologie pro praxi – 1 článek

Praktický lékař – 1 článek

Československá pediatrie – 1 článek

Knižní tvorba: 4



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 37 článků.

1 ZÁVISLOST

Drtivá většina zdravotních sester se někdy v praxi setkala s pacientem, který byl drogově závislý. V této práci jsou fakta prezentována tak, aby mohly sestry snáze identifikovat pacienty zneužívající návykové látky. Zdravotní sestry, jakožto obhájkyně zdraví, by měly být schopny rozpoznat příznaky užívání jednotlivých typů drog, na základě jejichž užívání je pacient osloven pro zahájení léčby (Reynaldo F., 2015, s. 47).

Závislost je komplexní chronické onemocnění centrální nervové soustavy s multifaktoriálními příčinami vzniku. Existuje spousta různých náhledů na příčiny vzniku a původ závislosti jako choroby. Závislost je relativně mladá diagnóza; před desetiletími byli závislí bráni jako vyvrženci společnosti a nebylo na ně pohlíženo jako na nemocné, přestože existují záznamy již z doby antické o zvýšené konzumaci návykových látek a považování těchto lidí za chorobné (Váchová P. E. et al., 2009, s. 257).

Drogová závislost je horkým tématem posledních několik desítek let. Nicméně její historie je velmi dlouhá. Jako nejstarší užívaná droga je známo indické konopí (*Canabis sativa*), a to již přes 5 tisíc let. V jiných kulturách se zase více než 4 tisíce let užívá opium z máku setého (*Papaver somniferum*). Až mnohem později bylo zjištěno, že opium obsahuje 25 různých alkaloidů, které byly izolovány v 19. století. Některé z nich jsou dobře známé – morfin, narkotin, papaverin a methylnorphine (kodein). Jejich objev byl důležitým pokrokem v medicíně. Vzhledem k tomu, že bylo zjištěno, že morfin je nebezpečný pro své návykové vlastnosti, začaly se hledat nové, alternativní syntetické látky. V roce 1875 byl objeven heroin a v roce 1898 byl uveden do praxe jako náhrada za morfin a kodein. Nicméně brzy se ukázalo, že heroin má ještě větší návykové vlastnosti než přírodní alkaloidy. Zneužití heroinu se začalo šířit po celém světě a nejvíce ovlivnilo USA, kde v roce 1965 90 % všech uživatelů návykových látek užívalo právě heroin. Kokain je alkaloid, který se začal extrahovat z rostliny *Erythroxylon koka* v polovině 19. století (Šlamberová R., 2012, s. 123).

Slovo závislost (angl. addiction) je odvozeno z latinského slova *addicere* a znamená vázat k nebo být zotročen (Potenza M. N., 2013, s. 22).

Drogová závislost je onemocnění charakterizované pokračujícím užíváním drog, a to i v případě, že jedinec čelí z důvodu jejich užívání profesionálním, zdravotním, právním či rodinným problémům. Podle Americké psychiatrické asociace se o diagnózu drogová závislost jedná tehdy, pokud má pacient problémy spojené s užitím drog alespoň dvanáct měsíců. Přesná příčina drogové závislosti je neznámá, i když existuje řada teorií. Jedna

z nich hovoří o genetickém faktoru, který jedince předurčuje k rozvoji drogové závislosti. Jiné teorie mluví o závislosti jako o naučeném chování. Každopádně mezi rizikové faktory patří například: drogová závislost jiného člena rodiny, sociální tlak okolí, stres, snadný přístup k návykové látce, úzkost, deprese a panické poruchy (Wood D., 2015, s. ?).

Závislost na psychoaktivní látce může vzniknout i po jednorázovém podání. Za závislost se považuje stav, kdy si člověk psychoaktivní látku přeje, potřebuje ji za účelem vyvolání libých pocitů či zbavení se pocitů nepříjemných. Pokud tuto látku nemá, postrádá ji. Závislý člověk je provázen neodolatelnou a chorobnou touhou po psychoaktivní látce, potřebou pokračovat v jejím užívání a dostat ji za každou cenu. Takový člověk má tendence dávky zvyšovat. Závislá osoba psychoaktivní látku potřebuje, aby se cítila, že může normálně fungovat, což ale neznamená, že pokud ji má, opravdu dobře funguje. Osoba nelegálně užívající psychoaktivní látky, jež sama není schopná se závislosti natrvalo zbavit, se nazývá toxikoman (Zvoníková A., 2014, s. 55).

Hlavními faktory vzniku závislosti na psychoaktivních látkách jsou faktory biologické, psychologické a sociální. Urbanův interakční čtyřstěn popisuje tyto faktory: droga (příjemné pocity) + osobnost postiženého (nezralá, emočně labilní, špatný systém hodnot) + celkové sociální prostředí (vysoká míra nezaměstnanosti, kriminalita, špatná politická situace či vliv médií) + vyvolávající moment („nabádání“ ve skupině uživatelů drog, stres v práci, deprese). Také zde hraje roli genetika, a to vliv genů na látky jako dopamin, serotonin či endorfin. Biologickým faktorem jsou hlavně příjemné pocity po podání návykové látky, jež jsou vyvolány vazbou dopaminu na postsynaptické receptory v mozku (Hosáková J. et al., 2007, s. 30).

Sociální faktory původu závislostí vycházejí z makrosociálních (společnost) či mikrosociálních vztahů daného jedince (rodina). Základem teorie makroprostředí je, že se společnost neustále mění. Zvyšuje se tlak na základní sociální komfort. Snaha zlepšit šance, jak se začlenit do společnosti, se dá realizovat více způsoby. Například snížením osobních zábran, snížením tlaku z okolí, zlepšením komunikačních schopností, zmírněním pocitu ohrožení. Toho lze ovšem bohužel dosáhnout i užíváním návykových látek. Základem teorie mikroprostředí jsou rodinné vztahy. Teorie říká, že závislost je jev koexistence vztahů člověka v systému. Podstatným faktorem původu závislosti jsou problematické rodinné vztahy (Váchová P. E. et al., 2009, s. 257–259).

Existují také modely zaměřené na motivaci, naznačující, že vznik závislosti by mohl souviset s nesprávně zaměřenou motivací jedince, ve které je poměrně větší přednost dána užívání drogy a relativně menší prioritu má jiné motivační chování, jako je rodinná péče,

práce či škola. V procesu rozhodování jedince, kterou cestu si zvolí, ho motivuje rychlost odměny. Ta je po požití návykové látky časná, zatímco v jiných oblastech pozdní (například vidina konce školní docházky, ukončení studia se zdá pro adolescenta velmi vzdálená). Proto další faktory jako rodičovské kontroly, vzájemné vztahy, stres, osobní zkušenost s drogami a snadnost přístupu k drogám hrají důležitou roli (Potenza M. N., 2013, s. 25–26).

Psychologickými faktory vzniku a vývoje závislosti se věnuje řada teorií, např. z oborů hlubinné, behaviorální či humanistické psychologie. Hlubinné teorie se zabývají osobnostní strukturou člověka, která se vytvořila fixací libida v orální fázi v důsledku nedostatečného, citově vágního přístupu matky v raném dětství k dítěti. Časem psychoanalytici došli k závěru, že porucha osobnostní struktury může vzniknout ve všech fázích vývoje (Freudova vývojová teorie). V čím pozdější fázi vývoje došlo k fixaci, tím lepší je prognóza úspěšnosti léčby. Behaviorální teorie považuje závislost za naučenou reakci. Opakovaným užíváním psychoaktivních látek, které je vyvoláno tenzí po odměně, dochází ke zpevnění vzorce chování. Snadněji se upevňuje tento vzorec chování u jedinců, kteří mají predispozičně vyšší hladinu této tenze. Humanistická psychologie vidí v závislém chování seberealizační tendence plynoucí ze zpochybnění sebe sama a vztahů k ostatním lidem. Psychoaktivní látky na první pohled zlepšují požitky sebeuchopení, snižují pochybnosti a pomáhají navodit pocit seberealizace a bezstarostnosti. Po odeznění účinku psychoaktivní látky se prvotní prožitková krize jen prohloubí, což může vést a často vede k recidivě užití psychoaktivní látky (Váchová P. E. et al., 2009, s. 257–259).

Vzhledem k tomu, jak velké procento populace někdy návykovou látku užívalo, a jak malé procento z nich přešlo k patologické drogové závislosti, je namístě se ptát, proč jsou někteří jedinci ke vzniku závislosti více náchylní. Předpokládá se, že je to způsobeno složitou interakcí drogy, zranitelného genotypu a prostředí. Pojem prostředí je myšlena celá řada faktorů, od socioekonomických podmínek přes rodinné vztahy, vztahy s vrstevníky, vystavení znečišťujícím látkám až po životní zkušenosti. Tyto faktory mohou být jak pozitivní, tak negativní. Mezi negativní patří například chudoba, potíže ve škole, negativní životní zkušenost, nízké socioekonomické postavení atd. To vše vede ke stresu. U laboratorních zvířat bylo prokázáno, že vystavení různým formám stresu zvyšuje zranitelnost drogovou závislostí (Solinas M., et al., 2010, s. 575).

Další faktory, které ovlivňují vznik závislosti, jsou spojené s kulturou, rasou, etnickým původem a genetikou (Potenza M. N., 2013, s. 26).

Závislost na psychoaktivních látkách je vážný biopsychosociální problém, jenž nejenom že vede k poškození organismu, ale může vést i k neschopnosti plnit běžné sociální a společenské role. Závislost u žen a mužů je rozdílná. Ačkoliv celkový počet žen užívajících psychoaktivní látky je nižší než počet mužů, četnost relapsů po abstinenci a problémy s ukončením užívání psychoaktivní látky atd. jsou u žen výrazně vyšší než u mužů (Amchová, P., 2015, s. 72).

Výuka zdravotníků by měla obsahovat návštěvu a vykonávání ošetrovatelské činnosti v zařízení pro drogově závislé. Prostřednictvím této zkušenosti by lépe pochopili jejich pocity, příčiny, které vedly drogově závislé k užívání drog či recidivě užívání. Tato zkušenost je pro vzdělávání ošetrovatelských profesionálů důležitá (Brito A., 2012, s. 395).

1.1 DĚLENÍ DROG

Psychoaktivní látky (drogy) dělíme podle převládajícího účinku na látky tlumivé, látky stimulační a látky halucinogenní. Tlumivé látky snižují psychickou i fyzickou aktivitu. Menší dávky zklidňují, větší navozují spánek a vysoké mohou způsobit hluboké bezvědomí. Látky působí na mozková centra řídící základní životní funkce, proto velmi vysoké dávky tato centra ochromí, důsledkem čehož je smrt jedince. Do skupiny tlumivých látek patří opioidy, sedativa, hypnotika a anxiolytika. Převažujícím účinkem sem patří také organická rozpouštědla včetně alkoholu. Tyto tlumivé látky způsobují jak psychickou, tak fyzickou závislost. Stimulační látky naopak zvyšují psychickou i fyzickou aktivitu. Po malých až středních dávkách se dostavuje pocit větší síly a energie. Osoba, která tuto látku užila, je výkonnější, motoricky neklidná, zvýšeně hovorná. Velké dávky či dlouhodobé užívání vedou ke vzniku toxické psychózy a tato osoba může být nebezpečná sobě i svému okolí. Po odeznění účinku stimulační látky je jedinec ve stavu vystupňované únavy, a to i po několik dní. Vedlejším účinkem užívání stimulačních látek je nechutenství, které společně se zvýšeným výkonem vede k rychlé ztrátě hmotnosti. Mezi stimulační drogy řadíme kokain, metamfetamin (pervitin), amfetamin, crack a extázi. Tyto stimulační drogy způsobují závislost pouze psychickou (Bejčková H., 2012, s. 32–33).

Míra užívání kokainu se mezi jednotlivými zeměmi liší, přesto je obecně zvýšené užívání kokainu zaznamenáno v evropské populaci. Kokain zůstává druhou nejčastěji užívanou drogou na světě po konopí (Karila L., 2014, s. 9).

Halucinogeny způsobují nejvýraznější změnu vnímání reality. Malé dávky způsobují zostření vnímání, barvy dotčení jedinci vnímají jako živé, hudbu vnímají celým tělem. Střední dávky umocňují intenzitu vnímání až k nesnesitelnosti, mohou se objevit halucinace. Změněno je i myšlení a interpretace reality. Jedinci mají pocit ohrožení a sledování. Po velkých dávkách dojde k úplné ztrátě kontaktu jedince s realitou, osobnost postiženého se rozkládá a již se nemusí vrátit k normálu. Rizika jsou spíše spojena se špatným průběhem intoxikace než se vznikem závislosti, ta obvykle nevzniká (Bejčková H., 2012, s. 32–33).

1.1.1 TLUMIVÉ LÁTKY

Velká skupina látek, které obsahují alkaloidy získané ze surového opia, se nazývá opioidy. Základním zdrojem opia je mák setý. Tyto látky mají tlumivý účinek, působí jako analgetikum, vyvolávají libé pocity, uklidnění až ospalost. Po užití mají jedinci pocit euforie až „orgasmu celého těla“. Mohou vyvolávat také negativní účinky, a to nevolnost, hučení v uších, pruritus celého těla, zvracení či neschopnost soustředit se. S prohloubením intoxikace se objevuje apatie, poruchy vidění. Při užití vyšších dávek může dojít k těžké zácpě, neplodnosti u žen, zástavě dechu, krevního oběhu, dušení vlivem aspirace zvratků. Nejběžněji užívaný opioid je u nás v České republice heroin. V čisté formě je to jemný bílý prášek. Způsob užití je injekční, inhalační nebo šňupání. (Radimecký J. et al., 2007, s. 21–22).

Vážným problémem je vysoká míra recidivy závislosti na heroinu (Theberge F. R., 2013, s. 729).

Mezi psychoaktivní látky s tlumivým účinkem řadíme dále tzv. sedativa a hypnotika. Ty zklidňují, zmírňují úzkost a podporují spánek. Užívají se perorálně, ačkoliv jsou známy i případy injekčního užití. Intoxikace benzodiazepiny způsobuje ospalost, špatnou koordinaci pohybů, zmatenost či rozmazané vidění a halucinace. Dlouhodobé užívání těchto látek způsobuje útlum, emoční labilitu, podrážděnost, neschopnost soustředit se, výpadky paměti a celkový pokles výkonnosti. Samostatně užívané benzodiazepiny nemají vážný účinek na dechové a oběhové funkce, ovšem v kombinaci s jinými látkami s tlumivým účinkem (např. alkohol) můžou navodit život ohrožující stav. Intoxikace barbituráty způsobuje bolesti hlavy, ospalost, zčervenání v obličeji, rychlé a oslabené dýchání, někdy i nevolnost a zvracení. Dlouhodobé užívání těchto látek způsobuje zmatenost, emoční labilitu, poruchy řeči a hybnosti.

Rozvrat vnitřního prostředí organismu, udušení v důsledku aspirace slin či zvratků, bezvědomí a smrt jsou vážnými riziky užívání barbiturátů. Třetí a poslední skupinou látek s tlumícím efektem jsou organická rozpouštědla. Patří sem například toluen, benzín a aceton (Radimecký J. et al., 2007, s. 21–24).

Inhalace těkavých organických rozpouštědel, jako je toluen, je významným problémem veřejného zdraví, a to zejména v dospívající populaci. Jejich oblíbenost u dospívajících souvisí s tím, že jsou levné, legální, snadno přístupné a rychle poskytují opojný pocit (Dick A., 2014, s. 1531).

Výpary se nejčastěji inhalují z namočeného kusu látky nebo z igelitového sáčku. Intoxikace těmito látkami způsobuje pocit euforie, nezřetelnou řeč, zhoršenou koordinaci pohybů, svalovou ochablost, prostorovou dezorientaci, barevné halucinace, závratě, pocit ztráty hmotnosti, nepravidelnost srdečního rytmu, slzení a vodnatou sekreci z nosu. Někdy bývají jedinci agresivní vůči svému okolí. Vyšší dávka způsobuje přecitlivělost na světlo, nauzeu a zvracení. Intoxikovaný jedinec pomalu upadá do hlubokého spánku. Dlouhodobé užívání organických rozpouštědel způsobuje nevratné poškození centrálního i periferního nervového systému, srdečního svalstva i dýchacích cest. Smrt v důsledku užívání organických rozpouštědel nastává většinou buď vlivem toxicky navozené srdeční arytmie, nebo udušením při inhalaci látky z igelitového sáčku přetaženého přes hlavu (Radimecký J. et al., 2007, s. 21–24).

1.1.2 PSYCHOSTIMULANCIA

Do této skupiny patří desítky látek jak přírodních, tak syntetických. Tyto látky mají stimulační čili budivý efekt. Typickým zástupcem stimulancií a zároveň u nás nejvíce užívanou látkou tohoto typu je pervitin (metamfetamin). Nejčastěji se vyrábí z efedrinu či pseudoefedrinu obsaženého v některých léčivech. Pervitin je bílá krystalická látka, která se nejběžněji aplikuje injekčně či šňupáním. Nástup a síla účinku jsou dány hlavně množstvím látky, její čistotou a druhem aplikace. Užívání ostatních stimulancií je u nás v ČR výjimečnou záležitostí. Stimulační látky způsobují bdělost, zvýšení psychomotorického tempa, euforii, potlačení hladu, pocit větší síly, uvolnění zábran. Větší dávky mohou vyvolat úzkost, neklid, závratě, podrážděnost, zmatenost, paranoidní myšlení, halucinace (zrakové, sluchové, čichové i hmatové). V důsledku dlouhodobého užívání či vysoké dávky se u jedince může objevit toxická psychóza, při níž má jedinec pocit silného ohrožení, pronásledování a halucinace.

Dotyčný může být agresivní vůči okolí či se pokusit o sebevraždu. Dalšími vážnými riziky při užívání vysokých dávek jsou krvácení do mozku, embolie či srdeční selhání (Radimecký J. et al., 2007, s. 23).

1.1.3 HALUCINOGENY

Halucinogeny představují obsáhlou skupinu přírodních a syntetických látek. Zástupci halucinogenů jsou např. lysohlávky, mezkalin, durman, LSD a konopné látky. Halucinogeny typicky vedou ke kvalitativním změnám vědomí. Užití halucinogenů způsobuje bolesti hlavy, pocit euforie, štěstí, pocity neklidu, poruchy rovnováhy, třes, pocení, nevolnost, zimnici, slabost v nohou, pocit deformace času a prostoru, zrakové a sluchové halucinace. Typické jsou zrakové halucinace v podobě barevných mozaik, plamenů, květů apod. Intoxikovaní jedinci jsou často přesvědčeni, že co se děje kolem nich, je jen iluze, že jsou jen diváky dané situace. Stav intoxikace se může ale také zvrtnout do nelibého stavu s typickými paranoidními halucinacemi, dezorientací a zmateností. U predisponovaných jedinců je riziko rozvoje psychiatrických onemocnění. Vlivem narušení funkcí dechového centra může dojít ke smrti. Nejčastěji u nás užívaným nejen halucinogenem, ale i ilegální drogou obecně jsou konopné látky. Ty se vyrábí z rostliny konopí seté či konopí indické. Konopné látky existují ve dvou základních formách, a to marihuana a hašiš. Marihuana jsou sušené květy a lístky samičí rostliny konopí. Množství účinné látky v marihuaně je v rozmezí 8–12 %. Hašiš je pryskyřice z konopí s množstvím účinné látky kolem 40 % (Radimecký J. et al., 2007, s. 22–23).

Smutné prvenství v užívání konopí patří Pákistánu, ale současně je konopí nejčastěji zneužívanou drogou na celém světě. Jeho užívání se dramaticky zvyšuje každý rok. V roce 2011 byly jako hlavní zdrojové země hašiše uvedeny Maroko a Afghánistán, v menší míře pak Indie, Pákistán a Libanon (Tayyab M., 2015, s. 114).

Oba druhy se užívají buď kouřením, či perorálně. Intoxikace konopnými látkami způsobuje pocit euforie, bezdůvodnou veselost, kdy se jedinec neutišitelně směje. Myšlení je zpomaleno. Jedinec se noří do svých myšlenek, nálad a fantazií. Zrakové a sluchové podněty se zdají živější, zvyšuje se kontrast a intenzita barev. Typickým příznakem je zpomalené vnímání času, zkreslené vnímání velikosti věcí a vzdálenosti. Krátkodobá paměť a pozornost je narušena. Intoxikace se může ale projevit také depresemi, stavy paniky, úzkostí, úplnou dezorientací v čase a prostoru.

Při dlouhodobém užívání nejčastěji dochází ke vzniku chorob dýchacího systému a oslabení systému imunitního. U predisponovaných osob může vzniknout schizofrenní onemocnění (Radimecký J. et al., 2007, s. 22–23).

Dlouhodobé užívání konopných látek vede k poškození mozku, které je srovnatelné s poraněním, nebo k předčasnému stárnutí. Jeden joint je v ohledu poškození plic srovnatelný s vykouřením 5 tabákových cigaret (Bejčková H., 2012, s. 34).

1.2 STATISTIKA UŽIVATELŮ DROG

Podle úřadu OSN pro drogy a trestné činnosti přibližně 200 milionů lidí na celém světě jsou aktuální uživatelé drog. Jen ve Spojených státech amerických je to odhadem 22,6 milionu lidí. Náklady za zneužívání drog na celém světě, pokud jde o trestné činnosti, ztráty zaměstnání a zdravotní péči, se odhadují na 180,9 miliard \$ (Witkiewitz K. et al., 2014, s. 536).

Situace zneužívání drog v ČR je poměrně stabilní. Studie posledních let vykazují stejný vzorec užívání drog v populaci. Na 1. místě jako nejčastěji užívaná droga se umístily konopné látky, které někdy za život vyzkoušelo 25 % dospělé populace. Míra užívání dalších drog je podstatně nižší. Celoživotní zkušenost s extází uvedlo 6 % populace, s halucinogenními houbami 4 % a s pervitinem 3 %. Ostatní drogy se pohybují pod 1 %. Obecně častěji užívají drogy muži a mladí dospělí ve věku 15–34 let. Jakoukoliv drogu vyzkoušelo někdy v životě 31,1 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (39,8 % mužů a 22,1 % žen). Nejčastěji někdy v životě užitou drogou byly látky konopné (28,7 %), druhá v pořadí byla extáze (6,0 %), dále halucinogenní houby (4,3 %) a pervitin (2,6 %). Konopné látky a extáze jsou nejčastěji používané drogy ve všech sledovaných letech. Od roku 2003 do roku 2014 byl sledován mírný pokles užívání těchto látek. Podobnou tendenci můžeme vidět i u halucinogenů (LSD a lysohlávek). V letech 2003–2007 vzrostlo užívání pervitinu a kokainu, od roku 2007 do roku 2014 se drží na stejné úrovni. Celoživotní prevalence užívání drog byla v roce 2014 nejvyšší ve věkové skupině 30–34 let (u extáze, halucinogenů, pervitinu, kokainu a heroinu), následovaná věkovou skupinou 25–29 let (u konopných látek). Nejmladší věková skupina měla nejvíce zkušeností s užíváním organických rozpouštědel. Léky s tlumicím účinkem (sedativa, hypnotika či opioidy) nelegálně užilo někdy v životě 34,8 % dotázaných, v posledním roce je užilo 18,3 %

a v posledním měsíci 6,0 %. Míra užití těchto látek byla ve všech třech kategoriích vyšší u žen a obecně u lidí ve věkové skupině nad 35 let (Mravčík V. et al., 2015, s. 43–45, 59–60).

Dle údajů OSN 158 800 000 lidí naší planety užívá marihuanu, což zhruba odpovídá 3,8 % světové populace. Podle EMCDDA (evropská drogová agentura) nejčastějšími uživateli marihuany v Evropě ve věku patnácti a šestnácti let jsou čeští studenti (Bejčková H., 2012, s. 34).

Osobní zkušenost s užitím konopných látek uvedlo podle výzkumu 26 % lidí v roce 2011 a 2012, 32 % v roce 2013 a 29 % v roce 2014. V roce 2014 došlo ve srovnání s rokem 2013 k posunu celoživotního i současného užívání konopných drog do vyššího věku dotázaných (největší míra byla ve skupině 25–29 let, avšak k posunu došlo i ve skupinách 45–49 let a 50–54 let). Míra zkušeností s konopnými drogami u žáků ZŠ 2. stupně (tedy 11–15 let) je 9–11 %, v 8. a 9. třídě (tedy 14–15 let) je to už 26–33 % a u žáků 1. ročníku SŠ (tedy šestnáctiletých) je to 42–47 % (Mravčík V. et al., 2015, s. 43, 49).

1.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY

Obecně lze ohledně uživatelů drog říci, že jim hrozí zdravotní potíže, jako je zhoršení imunitního systému, běžné jsou kožní infekce, šedavá barva kůže, potíže s trávením, obezita či naopak kachexie (dle typu užívání návykové látky), sexuální problémy, poškození plodu, úrazy a nehody, jaterní choroby (virové hepatitidy, hepatomegalie), dále pak poruchy paměti, psychické potíže (deprese, apatie, úzkost, dezorientace, sebevražedné tendence) a samozřejmě i těžké intoxikace. Uživatelé drog celkově zanedbávají lékařskou péči včetně péče o chrup (Nešpor K., 2008, s. 176).

Co se počtu zdravotních komplikací u závislých osob týče, jsou na vedoucím místě infekční onemocnění, neboť 70 % chronických uživatelů drog si látku aplikuje intravenózní cestou. Nejběžnější intravenózně přenášené infekce jsou virové hepatitidy B, C a HIV infekce. Větší výskyt virové hepatitidy C oproti nezávislé populaci je i u neinjekčních uživatelů drog, například u inhalačních uživatelů cracku, kokainu užívajících společné pomůcky (Hobstová J., 2010, s. 368–371).

Návykové látky mají svá specifika, i co se týče zdravotních důsledků. Uživatelé tlumivých látek mívají zhoršenou koordinaci pohybů, celkově zpomalené reakce, někdy epileptické záchvaty. Při užívání marihuany jsou typické záněty

dýchacích cest, nádory, halucinace a je zde větší riziko srdečních komplikací při intoxikaci. Pro psychostimulancia je typický rychlý vzestup tlaku krve, při šňupání pervitinu či kokainu poškození nosní sliznice. Opiáty způsobují zácpu, hemeroidy a zpomalené reakce. Organická rozpouštědla způsobují poškození mozku, jater, krvetvorby, ledvin a plic. Někdy bývá kolem úst a nosu vyrážka (Nešpor K., 2008, s. 176).

Dalším zdravotním důsledkem u injekčních uživatelů drog jsou infekce kůže a měkkých tkání. Příčinou je nesterilní způsob aplikace. Vznikají abscesy, flegmony, povrchové flebitidy a abscedující lymfadenitidy. Původci těchto infekcí jsou nejčastěji *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes* (Hobstová J., 2010, s. 368–371).

Injekční uživatelé drog jsou často postiženi abscesy. Průzkumy ukázaly, že 27–40 % injekčních uživatelů drog někdy mělo absces. Abscesy mohou být velmi bolestivé, přesto se část pacientů rozhodne pro samoléčbu, z důvodu očekávaných předsudků ze strany lékaře, sestry a dalšího personálu. Samoléčebné postupy laiků v nesterilním prostředí však zvyšují riziko dalších komplikací (Fink D. S., 2013, s. 523).

Další komplikace u injekčních uživatelů drog jsou intravaskulární. Chroničtí injekční uživatelé drog si časem zničí periferní žilní systém, proto se uchylují k aplikaci drogy např. do vena femoralis či vena jugularis. Díky tomu vznikají hluboké žilní trombózy, nejčastěji dolních končetin. Z neléčených mohou vzniknout bérkové vředy. Časté nesterilní aplikace návykové látky do krevního oběhu jsou důvodem vzniku bakteriemií, které vedou k abscedujícím pneumoniím či infekčním endokarditidám. Hlavními příznaky byly horečka, kašel a bolesti na hrudníku. Každý injekční uživatel drog, který má patologický nález na rentgenovém snímku, by měl být vyšetřen pro vyloučení endokarditidy. Pro nadějnou prognózu u injekčního uživatele drog po prodělané infekční endokarditidě je velmi důležitá celková léčba drogové závislosti, včetně komorbidit, které jsou u injekčních uživatelů drog registrovány až v 80 % případů. Důležitá je péče o chrup, neboť ten je u uživatelů drog zanedbán a je možným zdrojem infekce. Nejčastějšími zdravotními problémy uživatelů drog jsou infekce, ale kromě nich mají tito jedinci často zdravotní problémy v oblasti oftalmologie (kandidová endoftalmitida), otorhinolaryngologie (poškození nosní přepážky jedinců, kteří šňupou kokain), neurologie (těžké encefalopatie u čičačů toluenu), kardiologie (arytmie, infarkty myokardu u uživatelů stimulancií),

neonatologie (syndrom z vysazení drogy u novorozenců) atd. (Hobstová J., 2010, s. 368–371).

1.3.1 STATISTIKA ZDRAVOTNÍCH DŮSLEDKŮ

Podle Státního zdravotního ústavu Praha je míra přenosu viru HIV cestou injekčního užívání drog dlouhodobě nízká. V roce 2014 bylo nově zjištěno 9 případů HIV u injekčních uživatelů drog. Výskyt HIV je mezi injekčními uživateli drog v ČR dlouhodobě nízký, a to do 1 %. V roce 2006 byli z celkového počtu (96) nově diagnostikovaných jedinců s HIV pouze 4 injekční uživatelé drog. V roce 2010 to byli 4 jedinci ze 180, v roce 2012 5 z 212, v roce 2013 6 z 235 a v roce 2014 9 z 212 (Mravčík V. et al., 2015, s. 117–118, 120).

Necelá třetina injekčních uživatelů drog, kteří jsou závislí 5 a více let, již prodělala virovou hepatitidu B i virovou hepatitidu C. Injekční uživatelé drog, kteří jsou závislí 6–9 let mají chronickou hepatitidu C v 70 %. (Hobstová J., 2010, s. 368–371).

Počet nových případů virové hepatitidy C u injekčních uživatelů drog se snížil, její prevalence ovšem zůstává na stejné úrovni, a to 15–50 %. V roce 2006 bylo nově diagnostikováno 704 virových hepatitid C u injekčních uživatelů drog, v roce 2010 442, v roce 2012 518, v roce 2013 570 a v roce 2014 556. V roce 2014 došlo tedy k mírnému poklesu výskytu virové hepatitidy C u injekčních uživatelů drog, kteří tvoří cca 64 % všech nakažených. Díky plošné vakcinaci počet nově diagnostikovaných jedinců s virovou hepatitidou B klesá, a to i u injekčních uživatelů drog. Jejich počet byl v roce 2006 87, v roce 2010 76, v roce 2012 50, v roce 2013 už 38 a v roce 2014 39. Co se týče pohlavních nemocí, bylo zaznamenáno v roce 2006 9 případů syfilidy u injekčních uživatelů drog z celkového počtu 1082 nemocných. V roce 2010 to bylo 10 případů, 2012 20, 2013 18 a v roce 2014 8 případů z 1395. U kapavky byly získána následující data. V roce 2006 bylo z celkového počtu (502) nakažených kapavkou 20 injekčních uživatelů drog. V roce 2010 jich už bylo 113 z 1022, v roce 2012 59 z 696, v roce 2013 38 z 710 a v roce 2014 42 z 724 (Mravčík V. et al., 2015, s. 117–118, 120).

1.4 PREVENCE ZÁVISLOSTI

Strategie prevence zahrnuje cílené a významné snížení rizikových faktorů a naopak posílení faktorů ochranných na jednotlivých úrovních, obzvláště rodiny a společnosti. Tato strategie by též měla obsahovat motivační rozhovory, rodinné terapie atd. Jednou, díky lepšímu pochopení genetických faktorů, budeme moci identifikovat indisponované jedince a tím zacílit a zlepšit strategii prevence vzniku závislosti (Potenza M. N., 2013, s. 32).

Bylo prokázáno, že obohacení prostředí má silné blahodárné účinky na různé fyziologické a patologické procesy. Hromadící se důkazy naznačují, že obohacení prostředí může napodobit pozitivní životní zkušenost a brání tak v rozvoji drogové závislosti. Také bylo prokázáno, že napomáhá odstranění již návykového chování a snižuje riziko recidivy závislosti. Tato teorie podtrhuje význam životních podmínek a silně naznačuje, že obohacení prostředí by mělo být součástí prevence i léčby závislosti (Solinas M. et al., 2010, s. 573–574).

Tak jako vznik závislosti je záležitost bio-psycho-socio-spirituální, tak i prevence vzniku závislosti by se měla zaměřit na všechny tyto oblasti. V rámci primární prevence je třeba se zaměřit v oblasti „bio“ na správnou výživu, prevenci pádů a úrazů, pozitivní vztah ke sportu, v oblasti „psycho“ na zamezení nudy, získání hobby, rozvoj samostatnosti, podporu zdravého sebehodnocení, podporu asertivity, v oblasti „socio“ na podporu sociálního začlenění, empatie k druhým lidem, zpevnění rodinných vazeb, a konečně v oblasti spirituální na podporu pochopení smyslu života, duchovních hodnot atp. Cílem sekundární prevence je přerušení koloběhu života se závislostí a nahrazení jej vhodnějšími aspekty života. V oblasti „bio“ jde o léčbu reverzibilních nemocí, v oblasti „psycho“ se snažíme o náhled jedince na vznik a přítomnost závislosti a možnost změny, v oblasti „socio“ se snažíme o opětovnou sociální integraci, pomoc najít zaměstnání, bydlení a ve spirituální oblasti jde o znovunalezení smyslu života, pokory a respektu k životu. Cílem terciální prevence je pak předcházet závažným či ireverzibilním problémům uživatele drog. Z hlediska biologie se snažíme o zlepšení zdravotního stavu a stabilizaci organismu (infekční choroby, abscesy aj.). Motivační tréninky a poradenská pomoc jsou součástí psychologické terciální prevence. V oblasti sociální sem spadá např. právní poradenství, a co se týče spirituální oblasti, je poskytována možnost paliativní pomoci (např. při již rozvinuté nemoci AIDS) atd. (Radimecký J., 2007, s. 28).

Většina z protidrogových programů se tradičně zaměřuje na předávání informací a klíčovou strategií je odrazování od užívání drog argumenty založenými na negativních důsledcích užívání drog. Předpokládáme ovšem, že větší účinnosti bychom dosáhli s pozitivními zprávami, posílením zdravého životního stylu než negativními informacemi vyvolávajícími strach ze zdravotních důsledků užívání drog (García del Castillo Rodríguez J. A., 2014, s. 5).

2 KOMUNIKACE

Postavení pacienta se léty změnilo a občas to přináší řadu problémů, které lze zvládnout hlavně díky dobrým komunikačním dovednostem. Komunikace je vše, co probíhá mezi zdravotníkem a pacientem. Začíná „haló-efektem“, tj. zprávami, které o zdravotnickém zařízení a zdravotnících, jež v něm pracují, získá pacient ještě před samotným kontaktem se zařízením a zdravotníky. Pouze 7 % z toho jsou většinou tvrdá data, ostatní jsou pouze pomluvy. Proto je vhodné, aby těch 7 % byly jen pozitivní informace. I přes rychlý rozvoj lékařských poznatků, léčebných metod a nových technologií zůstávají mezilidské vztahy mezi zdravotníky a pacientem tím nejpodstatnějším základem zdravotnické profese (Honzák R., 2014, s. 1).

Zdravotnictví je právě z 80 % o komunikaci a komunikace není jen verbálním sdělením, ale spočívá také v chování (Pekara J., 2013, s. 264, 267).

První dojem je velmi podstatný. První rychlé ohodnocení zdravotníka jedincem se týká jeho vřelosti a kompetencí. Ačkoliv zdravotníci si zakládají spíše na kompetenci, u pacienta je výše hodnocena vřelost zdravotníka. V první řadě by měl zdravotník vyjít vstříc pacientovi v oblasti emoční, až pak následně v racionální. Pokud se jedinec emočně necítí dobře, je těžké, aby plně vnímal racionální výzvy a argumenty. Dále je důležité poskytnout pacientovi dostatek času na vstřebání informací, a hlavně mu dát i čas na vyjádření jeho myšlenek. Výzkumy ukazují, že obecně zdravotníci neposkytují pacientovi dostatek času. Obzvláště zdravotníci-muži mají tendenci pacienta „utnout“ po 18 vteřinách. Dále je chybou, pokud zdravotník mluví příliš rychle a užívá medicínské výrazy, které laik těžko pochytí, natož pochopí (Honzák R., 2014, s. 1).

Slovní projev je nejpodstatnější složkou komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Mimo obsahové části nese i další informace. Slovní projev pacienta nám může napovědět, odkud pacient pochází, něco o jeho vzdělání, intelektu, sociálním prostředí, jeho povahových rysech či jeho současném psychickém rozpoložení. Komunikace s pacientem je pro nás zdrojem nejen potřebných informací, ale i metodou, jak navázat s pacientem pozitivní vztah, získat si jeho důvěru (Pastucha P., 2007, s. 1).

2.1 KOMUNIKACE S AGITOVANÝM ČI AGRESIVNÍM PACIENTEM

Agitovanost je stav, při kterém je výrazná špatně organizovaná a neúčelná motorika z důvodu fyzické či psychické nepohody. V případě, že agitovanost přejde ve vyhrožování či urážky, je to již považováno za verbální agresi. V případě, že se jedinec chová agresivně i fyzicky, je přesnější mluvit o násilném chování, neboť výraz agrese může být i pozitivní. Pozitivní agresi se myslí fyziologická odpověď organismu, která má za cíl jeho přežití (Vevera J., et al., 2007, s. 66).

Zatímco agresi lze považovat za fyziologickou reakci, která směřuje k přežití jedince v přírodě, násilné chování je patologická agrese, jejímž cílem je záměrně někomu fyzicky uškodit (Vevera J., 2011, s. 69).

Standardní průběh agresivní reakce má čtyři fáze. A to fázi spouštěcí, eskalační, krizovou a poslední je fáze uklidnění. V první fázi (spouštěcí) lze na pacientovi pozorovat první varovné signály; pokud jej známe z dřívějšího setkání, můžeme pozorovat odchylky od jeho obvyklého chování. V této fázi je pacient stále komunikaci přístupný, a proto je v této fázi nejlépe ovlivnitelný. Zdravotník by měl v této fázi rozeznat varovné signály. Komunikací může průběh agrese zcela zásadně ovlivnit. Na pacienta je nutné mluvit klidným tónem a pomalu, informovat jej o tom, co se kolem něj děje. Vhodné je zkusit zklidnit pacientovu motoriku (poprosit ho, aby se posadil, odložil věc, kterou drží v ruce, atp.). Pokud se pacienta nepodaří zklidnit, nastává druhá fáze. Ve druhé fázi (eskalační) se rozdíl v chování pacienta zvýrazňují a pacient přestává být schopen reagovat na zdravotnickovy racionální argumenty. Ve třetí (krizové) fázi je pacient zcela neovladatelný, pro tuto fázi je typická ztráta kontroly na straně agresora. Po útoku nastává fáze uklidnění, pacient se zklidní, může se u něj objevit lítost, vyčerpání či pláč (Radimský J., 2007, s. 53).

Násilné chování se celkově v obecné populaci nejběžněji vyskytuje u jedinců zneužívajících návykové látky, hlavně alkohol, kokain a amfetaminy. S tímto chováním se často setkáváme v prostředí nemocnic a zdravotnických zařízení. Nejčastější problém zde je delirium z odnětí návykové látky. Zvyšuje se intenzita i četnost napadání zdravotníků i spolupacientů. Toto chování vede ke snížení bezpečnosti pracoviště a zvýšení nákladů na péči (Raboch J., 2012, s. 145).

U uživatelů návykových látek bývají příčinou agresivního chování akutní intoxikace (alkohol, psychostimulancia), abstinenční příznaky (opiáty), psychotické a paranoidní stavy (v důsledku užívání psychostimulancií) a halucinace (v důsledku

užívání halucinogenů). Svou roli při spouštění agresivního chování má samozřejmě i stres, aktuální zdravotní stav toxikomana či pocit bezmoci a ohrožení. Také může ze strany uživatele drog jít o snahu vynutit si nadstandardní služby (Radimecký J., 2007, s. 53).

Obecně lze říci, že potenciálně problémoví až agresivní jsou uživatelé drog ve stavu intoxikace, při silném bažení, ale i v odvykacím stavu. U závislých pacientů hraje velkou roli, v jakém motivačním stadiu se nacházejí. U pacientů, již o změnu nestojí, je práce velmi obtížná; přesto je možná. Snazší je práce a komunikace s pacienty, kteří jsou ve stadiu rozhodování nebo se již ze závislosti léčí. Španělská studie ukázala jako nejčastější důvod agrese dožadování se návykové látky a bažení po ní (Nešpor K., 2012, s. 414).

Násilí na pracovištích zažívá v posledních letech exponenciální růst, a to zejména v odvětví zdravotnictví. Násilí vůči zdravotníkům se dopouští jak samotní pacienti, tak jejich rodinní příslušníci. Násilí roste ve všech zemích, což vede k obavám o zdravotníky. Ti mohou být předmětem násilí při práci kdykoliv. Studie ukazují, že častější bývají verbální než fyzické útoky (Bernaldo-de-Quirós M., 2014, s. 11–15).

Verbální útoky charakterizuje užití hrubého nebo vulgárního jazyka, sexuálních narážek, hanlivých poznámek či obscénních komentářů. Fyzické útoky zahrnují plácání, svírání, tlačení či strkání do zdravotníka, dále také plivání, kopání, a to ať už, bez nebo s použitím nějaké zbraně (Pekara J., 2013, s. 265).

Studie ukazuje, že zkušenost zdravotníků během jejich životní pracovní dráhy je 32–51 % s fyzickým násilím a 60–76 % s verbálním násilím, jak od pacientů, tak od jejich rodinných příslušníků. Míra rozdílu agrese dle sociodemografie je bezvýznamná, naproti tomu jsou velké rozdíly v pohlaví. Muži jsou obecně agresivnější než ženy. Studie také ukazují, že pacienti jsou agresivnější na sestry než na lékaře. Kromě slovní a fyzické agrese se zdravotníci setkávají také s poškozováním majetku, odcizením majetku, sexuálním obtěžováním i sexuálním napadením své osoby (Bernaldo-de-Quirós M., 2014, s. 11–15).

Média bohužel čím dál častěji přináší informace o fyzickém napadení zdravotníků. Hlásí například: opilý pacient napadl v nemocnici zdravotníka ze sanitky za to, že mu radil; mladý muž pod vlivem drog napadl a zranil člena záchranné služby; muž pod vlivem drog útočil na lékařku a záchranáře; a takových zpráv je bohužel více. Násilí se ve zdravotnictví stalo celosvětovým problémem. Až 25 % veškerého

násilí společnosti se odehrává ve zdravotnictví a týká se jak pacientů, tak ale hlavně sester, které tráví s pacienty nejvíce času (Pekara J., 2013, s. 264, 266–7).

Pokud chceme agresivnímu chování pacienta předcházet či jej případně zvládnout, je nutné se soustředit na první varovné signály, které mohou být verbální i neverbální. K neverbálním signálům, kterých je nutné si všimnout, patří: ztuhnutí, zblednutí či naopak zrudnutí pacienta, semknutí rtů, zatnutí zubů, vstávání, naklánění se nad stolem a tak dále. U verbálních projevů je důležité si všimnout hlavně změny rychlosti a intenzity slovního projevu. Řeč je najednou stručnější, úsečnější, pacient mluví hlasitěji, co do obsahu může dojít na výhrůžky, výčitky či požadavky. Pokud zdravotník zaznamená první varovné signály blížící se agrese na straně pacienta, musí co nejrychleji zhodnotit situaci a podle toho zvolit přístup k pacientovi. U uživatele drog je nezbytné zjistit, pod vlivem jaké návykové látky se dotýčný právě nachází. Dále by měl zdravotník v této situaci vyhodnotit své možnosti (přítomnost kolegů, zda má pacient v dosahu potenciální zbraň, možnost přivolání pomoci či možnost úniku; Radimecký J., 2007, s. 53).

Sestra je většinou první osoba, která se s pacientem setká. Je to právě sestra, která s pacientem komunikuje v čekárně, přijímá jej na oddělení, pokyny ho navádí na vyšetření, ošetřuje zranění a samozřejmě asistuje lékaři při odborných výkonech. Sestra s pacientem tráví nejvíce času, a tak může jako první pozorovat výkyvy nálad, změny v chování a reakcích pacienta. K nejběžnějším projevům emočního neklidu, kdy lze předpokládat, že pacient situaci nezvládá a schyluje se k agresivní aktivitě, patří nervozita, rozrušení, nápadná gestikulace, podupávání a kopání do věcí v okolí pacienta, rázné klepání, bouchání dveřmi, házení papíry na stůl, upřený až provokující pohled, napětí ve tváři, pomlaskávání, semknuté rty, úšklebky, nepravidelné a hlasité dýchání, sevřené pěsti, gesta připomínající bití, strkání do osob či předmětů, celkové napětí pacienta, slovní agrese, vulgarismy, urážky, výhrůžky pacienta vůči okolí a v neposlední řadě narušení osobní zóny sestry či jiného zdravotníka (Zacharová, 2009, s. 471).

Ačkoliv fyzické útoky jsou více alarmující, verbální násilí je mnohem častější. V rámci prevence by každý zdravotník měl vědět, jak takové situace řešit, jak s pacientem komunikovat a jak fyzickému násilí předcházet. Empatie a komunikační dovednosti jsou v těchto případech nedocenitelné (Bernaldo-de-Quirós M., 2014, s. 16).

Podstatným faktorem jsou také zdravotníkovy dosavadní zkušenosti se zvládnáním agresivního pacienta a to, zda dotyčného pacienta zná z dřívějších zkušeností, či je s ním v kontaktu poprvé, a nemůže tedy odhadnout jeho další reakce. Také je třeba si uvědomit, že pacientův stav a styl komunikace se vlivem užití návykové látky může velice rychle změnit. Důležité je rovněž vyhodnotit, ve které fázi agrese se pacient nachází. Pokud je v kritické fázi agrese (pacient je zcela neovladatelný), je únik ze situace jedinou vhodnou a správnou reakcí zdravotníka (Radimecký J., 2007, s. 53–54).

Při práci s agitovaným či agresivním pacientem je důležité dodržovat jistá pravidla v komunikaci i chování, díky nimž může zdravotník obtížnou situaci snáze vyřešit. Obecně platí: zachovat klid při jednání s pacientem či jeho rodinou, dodržovat normy společenského chování, nereagovat na agresi agresi, nenechat se vyprovokovat k hrubé a vulgární mluvě, v klidu si vyslechnout stížnost pacienta, zachovat akceptující postoj, nehodnotit nahlas chování nemocného, pokud je to namístě, vyjádřit nesouhlas s chováním, nikoliv s pacientem samotným, projevit zájem o situaci pacienta například doplňujícími otázkami k jeho problému, dát najevo empatii a porozumění verbální i neverbální komunikací, snažit se najít důvod pacientova rozrušení, dle možností pacientovi vyhovět či klidným hlasem vysvětlit naše stanovisko, udržovat od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektovat jeho osobní prostor (Zacharová, 2009, s. 471).

Mezi další obecná pravidla patří: nikdy nebýt o samotě s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolání pomoci, nabídnout pacientovi, aby se posadil (zdravotník by měl vždy sedět blíže k východu aby měl možnost úniku), odnést z dosahu pacienta potenciálně nebezpečné předměty (popelník, těžítka, příbor), dodržovat dostatečnou bezpečnou vzdálenost od pacienta (větší než délka natažené paže), mluvit tichým, klidným hlasem (pacient s akutní intoxikací či v deliriu vnímá spíše neverbální složky komunikace), vyhnout se prudkým gestům v naší řeči těla, slovní sdělení maximálně zjednodušit, mluvit srozumitelně a jednoznačně, vhodné je oslovovat pacientem příjmením (z pohledu pacienta je to bráno jako projev respektu), nevyvracíme poruchu myšlení a vnímání, není vhodné po pacientovi chtít zásadní rozhodnutí v tomto stavu, během komunikace dopřejeme pacientovi dostatek času, aby mohl slovně vyjádřit své představy, myšlenky a pocity, důležité je také vždy pacientovi vysvětlit, co a proč děláme, popřípadě nabídnout možnost alternativního

řešení, kontrolujeme své neverbální projevy a zásadně používáme nonkonfrontační přístup (Vevera J. et al., 2007, s. 66–67).

Dále při komunikaci s agitovaným či agresivním pacientem platí: respektujeme neverbální reakce pacienta (např. ústup, otočení hlavy), nikdy se neobracíme k pacientovi zády, nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy, respektujeme pacientův osobní prostor (např. u pacientů trpících paranoidními bludy, kteří typicky vyžadují větší prostor za sebou), někdy je namísto jemná prezentace převahy (většinou stačí pouhá přítomnost dalších zdravotníků); pokud se pacientův neklid stupňuje, je vhodné ukončit rozhovor; pokud má pacientovo chování tendence k započnutí trestné činnosti, je namísto odejít na bezpečnější místo a snažit se získat čas, než dorazí další zdravotníci či policie (např. pacientovi řekneme, že musíme případ konzultovat, zatelefonovat si atd., přivoláme policii), v případě že má pacient zbraň, je vhodnější jej požádat, aby ji odložil na neutrální místo, než aby ji odevzdal nám. Pokud není zbylí a dojde na fyzický zásah zdravotního personálu, platí pravidlo jedna osoba na jednu končetinu + jeden navíc (jako prevence kousnutí či poranění – pacient může být nakažen infekčním onemocněním; Vevera J., 2011, s. 69).

Významnou roli při zklidnění pacienta má také zmírnění vnějších stimulů. To umožní například tichá místnost s tlumeným světlem, vhodné je vypnout telefon, nabídnout tekutiny. Ale pomoci může i prezentace síly přivoláním zdravotníků navíc (sestra, lékař, ošetřovatel). Pokud je to nutné a dojde k fyzickému omezení pacienta (užití kurtů, fixačních pásů) proti jeho vůli, a to jen v případě, že ohrožuje sebe nebo své okolí, je nutné v průběhu 24 hodin zahájit řízení dle § 23 a § 24 zákona o péči a o zdraví lidu (Vevera J., 2007, s. 67).

Při kontaktu s agitovaným pacientem první intervencí, kterou provedeme, je deeskalace (Raboch J., 2012, s. 158).

Deeskalace je použití různých technik a přesných postupů (verbálních i neverbálních), díky nimž by se nám mělo podařit pacienta zklidnit (Vevera J., 2011, s. 69–70).

Deeskalace se skládá ze tří částí: vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání. Při vyhodnocení se zaměřujeme na hledání důvodů pacientova agitovaného či násilného chování. Častými důvody jsou pacientova frustrace z omezení jeho práv, pocity ohrožení a bezmocnosti. Při komunikaci je cílem zmírnit pacientův strach či podráždění. Taktika vyjednávání spočívá ve flexibilním používání různých uklidňujících technik. Zmírnění pacientova pocitu bezmocnosti a frustrace

docílíme, pokud mu dopřejeme určitou míru kontroly nad situací, ve které se nachází. Pacientovi nabídneme, aby si zvolil z více možností, a to jak behaviorálních, tak farmakologických. Dále mu můžeme nabídnout výběr z restriktivních opatření, například: rozhovor mezi čtyřma očima se zdravotníkem, možnost vyběít se do polštáře, oddechový čas, různá cvičení, studený nápoj či poslech hudby. Pokud nic z toho prozatím nemá dostatečný efekt a pacienta je nutno zklidnit fyzickým omezením či farmakoterapií, v deeskalaci přesto stále pokračujeme (Raboch J., 2012, s. 159).

Efektivní zvládání různých škál emocí pacienta by mělo být samozřejmou součástí repertoáru dovedností každého zdravotníka, neboť deeskalace emocí a uklidnění pacienta konflikty nejenom řeší, ale dokáže jim také předcházet. Velký význam v prevenci konfliktů má profesionální chování zdravotníků (Pekara J., 2013, s. 267).

Pacientův neklid až agresivita téměř vždy souvisejí s pacientovým pocitem strachu, bezmoci či ohrožení. Ty vedou k zúžení apercepce dotyčného. Celkově lze u pacienta zaznamenat nedostatek v oblasti exekutivních funkcí. V chování pacienta se vyskytují vývojově starší reakce typu útěk nebo útok, panika, regrese či pocity depersonalizace či derealizace. Těmto reakcím je potřeba přizpůsobit i naši komunikaci a práci s pacientem. V prvotní fázi je třeba zhodnotit psychický stav dotyčného a vyhodnotit, zda je možné normální vedení rozhovoru, či je nutné pacienta prvně zklidnit. Ke zklidnění se užívá trojice technik, které mají původ v meditačních technikách východních zemí. Nazývají se grounding, centering a focusing (Vevera J., 2007, s. 67).

Grounding vyjadřuje opětovné získání harmonie při proudění energie mezi zemí a tělem. V krizové situaci umožňuje pacientovi opětovné získání kontroly nad neklidem či problémy s udržení rovnováhy. V praxi pacienta jednoduchými a jasnými povely navedeme do pozice vsedě, tak aby zády byl opřený o zeď a oběma chodidly se dotýkal země. Centering znamená opětovné získání prožitku fyzického i psychického středu. Pokud pacient trpí pocity depersonalizace a derealizace, mizí jeho prožitek vlastního já. Pacient má pak pocity chaosu a zmatku. Díky technice centering si pacient znovuuvědomí své vlastní těžiště, což vede k lepšímu vnímání rozdílu mezi já a okolím. V praxi pacienta požádáme, aby zklidnil a zpomalil svůj dech, dýchal do břicha a své dýchací pohyby těla pozoroval. Spolu se zpomalením dýchání by se měla zmírnit i pacientova agitovanost. Současně můžeme pacientovi

pomoci znovu získat vědomí duševního středu, a to jednoduchými otázkami na jeho jméno, věk atd. Focusing je zaměřením na střed pozornosti. Agitovaný pacient má zrychlené a bezúčelné jak pohyby, tak myšlení. Cílem této techniky je opětovné získání schopnosti vybrat si z toku myšlenek tu hlavní a další potlačit. Toho můžeme docílit kladením prostých otázek, které se týkají pacientovy aktuální situace, nebo přesměrováním pacientovy pozornosti jedním, námi určeným a vhodným směrem (Vevera J., 2007, s. 67).

Dobrou prevencí agresivního chování jsou zřetelně a jasně vymezené meze spolupráce s pacientem, jak na úrovni zdravotníka, tak zdravotnického zařízení. Snížením rizika fyzického agresivního chování by se měla zdravotnická organizace zabývat automaticky, a to minimalizací rizik. Například omezit používání předmětů, jež se v ruce agresora mohou stát zbraní – například kovové židle, věšák, ostré nože atd., zajistit, aby zdravotník nikdy nebyl ve službě sám, seznámit zdravotníky s postupy v krizových situacích při práci s agresivním pacientem a zajistit dohodu s bezpečnostní agenturou či policií, aby se pracovníci měli v nouzi na koho obrátit. Pokud k útoku na zdravotníka dojde, je vhodné provést zápis a zpětně situaci zhodnotit. Výstupy a závěry pak použijeme pro prevenci dalšího útoku (Radimecký J., 2007, s. 54).

2.2 MOTIVAČNÍ ROZHOVOR

Motivační rozhovor je způsob, kterým lze pomoci lidem určit jejich již stávající nebo se blížící problém a řešit jej. Nejúčinnější je u lidí, kteří váhají či jsou nerozhodní, zda změnu v životě učinit. Účelem je překonat ambivalenci a pomoci jedinci pohnout se z místa, aby se již netrápil vnitřní rozporuplností. Motivační rozhovor je jakýsi předvoj k zahájení léčby (Miller, W. R., 2004, s. 46).

Stephen Rollnick a Williemi R. Miller definují motivační rozhovor jako druh komunikace, pro který je typická spolupráce, zaměřením na cíl. Motivační rozhovor má zesílit vnitřní motivaci a odhodlání jedince k dosažení cíle díky hledání a zkoumání jeho důvodů ke změně v prostředí, kde najde přijetí a porozumění. Důležité aspekty motivačního rozhovoru jsou: atmosféra charakterizovaná přijetím, soucitem, evokací a spoluprací, dále práce s ambivalencí a hledání motivačních faktorů ke změně, zaměřením se na specifický cíl atd. (Soukup J., 2014, s. 141).

Motivační rozhovor je komplexní metoda poradenství a podpory rozvoje osobnosti jedince. Klíčem je pomoci jedincům představit si pro ně lepší budoucnost, překonat ambivalenci, pomoci zvýšit sebedůvěru v sebe sama a zvýšit efektivitu plánů k dosažení požadovaného cíle. Tyto techniky napomáhají jedincům ujasnit si základní životní hodnoty a pohled na svou současnou životní situaci, konat řádně promyšlená rozhodnutí a stát se opět pánem svého osudu (Rollnick S. et al., 2012).

Motivační rozhovory jsou uznávaným přístupem k závislým, obzvláště v západní Evropě a USA. Podle Walterse a Rotgerse jsou motivační rozhovory nejlépe podloženým terapeutickým přístupem vůbec. V zahraničí existuje aktivní skupina praktiků a lektorů motivačních rozhovorů (Motivational Interviewing Network of Trainers-MINT), kteří konají konference a provádí výzkum této problematiky. V ČR se motivační rozhovory rychle rozšířily do praxe v oblastech závislosti, sociální práce, práce s mladistvými, primární prevence či v pomáhajících profesích terapeutů i trenérů (Soukup J., 2014, s. 142).

Během motivačního rozhovoru je chybou zaujmout autoritativní roli. Musíme se vyhnout stanovisku typu: „Já jsem odborník a já vám řeknu, jak byste měl žít.“ Odpovědnost za změnu je ponechána na jedinci samém. Jedinec má plnou svobodu se rozhodnout, zda změnu chce a zda se bude radami řídit. To ovšem neznamená, že jsme bezmocní či nemáme na jedince vliv. Některé výzkumy ukazují, jak velký vliv má poradce (terapeut, lékař, sestra atd.) na to, zda se klient změní, či ne. Základem motivačního rozhovoru je navodit pozitivní atmosféru, nabudit motivaci jedince tak, že změnit se začne chtít on sám, namísto aby změna byla po něm vyžadována zvenčí (Miller, W. R., 2004, s. 46).

Prvním krokem u jedince, který nastupuje do zdravotní péče, je navázání pozitivního pracovního vztahu. Bez alespoň malé důvěry a otevřenosti nelze s jedincem navázat pozitivní vztah. Často stačí vřelý pozdrav. Obzvláště, pokud je jedinec ve zdravotnickém zařízení poprvé, mohou být k ujištění jedince a navázání pozitivního vztahu zapotřebí krátké vstupní informace (např. představit sebe i zařízení, informovat jej kolik máme času, co se bude dále dít, co může očekávat, popřípadě seznámit jej s chodem oddělení atd.). Velkou roli hraje neverbální komunikace. To, jak se představíme, tón hlasu, oční kontakt, projev zájmu a soustředění pozornosti na jedince. Jelikož kontakt s jedincem začíná již prvním telefonátem či jeho vstupem do zařízení, může být na místě i případná omluva, pokud dlouho čekal v čekárně, či

pojmenování jiných situací, které by mohly jakkoliv budoucí vztah s jedincem negativně ovlivnit (Soukup J., 2014, s. 121–123).

K základním způsobům vedení motivačního rozhovoru patří reflektivní naslouchání, užívání otevřených otázek, oceňování jedince, shrnutí a poskytnutí informací. Nedůležitější je pomoci jedinci porozumět sám sobě, svojí ambivalenci a svojí motivaci. Dát mu možnost uvědomit si rozdíl mezi vlastním chováním a tím, co by chtěl. Aby cítil naději, že je schopen se změnit a podniknout ve směru své změny první krok. Porozumění mezi námi a jedincem sbližuje a osvobozuje, jedinec se pak cítí v bezpečí, cítí úlevu, ztrácí potřebu se bránit. Nejúčinnějším způsobem nastolení porozumění je reflektivní naslouchání. Díky reflektivnímu naslouchání se snažíme domyslet a sdělit, jak rozumíme tomu, co nám jedinec říká. To se označuje jako reflexe. Také si musíme ověřit, zda tomu, co nám jedinec říká, rozumíme správně, tak jak vidí svět on. Pokud chápeme, co nám říká a náš odhad se blíží skutečnosti, dotyčný většinou přitaká či svou skutečnost a své sdělení dále rozvine. Pokud je naše představa jeho skutečnosti mylná, může ji jedinec opravit, upřesnit. Obě tyto varianty vedou k hlubšímu porozumění. Na bazální úrovni slouží reflektivní naslouchání k vyjádření našeho zájmu, empatie a porozumění a díky tomu pomáhá vytvořit vztah (Soukup J., 2014, s. 37–40).

Mezi základní zásady motivačních rozhovorů patří vyjádření empatie, snaha předejít hádkám a konfrontacím, podpora sebeaktualizační tendence, využití odporu a vyvolání nesouladu. Naopak bychom se měli vyhnout tomu, abychom pacienta poučovali, moralizovali, analyzovali, dávali mu jen rady, či ho dokonce varovali a obviňovali. Stereotypní otázky a odpovědi, považování zdravotníka za experta, nálepkování a škatulkování, konfrontace či popírání, to vše jsou reakce pacienta, které jsou překážkou v další spolupráci, a proto je třeba vést komunikaci tak, aby pacient k těmto závěrům nedospěl (Radimecký J., 2007, s. 46).

Cílem výzkumu na brazilské univerzitě v São Paulo bylo analyzovat, jaká motivace vede závislé uživatele drog k vyhledání pomoci a dodržování léčby. Výsledky ukazují, že největší motivací pro uživatele drog je rodina, a to jak ve snaze zahájit léčbu, tak ji dodržovat. Ostatní důvody byly chatrné zdraví, zkušenost s násilím v sociální skupině uživatelů drog a touha po změně. Hnací silou jejich motivace byla vidina vybudování lepších vztahů s rodinnými příslušníky a znovuzískání práce a sebeuznání (Rodrigues G., 2015, s. 326).

Studie z vojenského centra pro závislé prokázala, že přístup drogově závislého pacienta k ošetrovatelskému personálu závisí na zkušenostech ošetrovatelského personálu v komunikaci, vytváření pozitivních vazeb a důvěry. Intervence zaměřené na uživatele drog s využitím motivačních přístupů a skupinové terapie vedly ke snížení rizika recidivy závislosti (Gomes da Silva A., 2015, s. 3487).

2.3 SHRnutí TEoretických VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

V souvislosti s tématem drogové závislosti a komunikace se závislými pacienty bylo dohledáno spoustu podstatných informací, které byly použity k tvorbě bakalářské práce. Autoři se v dohledaných zdrojích shodují na tom, že závislost je celosvětový problém, který postihuje všechny lidi bez ohledu na věk, pohlaví, národnost či sociální podmínky, v nichž vyrůstali. Bylo dohledáno mnoho faktorů, které mají určitý vliv na vznik závislosti. Bakalářská práce se zabývá také komunikací se závislými pacienty. Diskutována je rovněž komunikace se závislým pacientem, který je agitovaný, agresivní či se k takovému stavu blíží. Sestra tráví s pacienty nejvíce času, a tudíž je nejohroženějším zdravotníkem, který může být cílem pacientovy agrese. Dohledány byly zdroje, které popisují zásady komunikace s agitovaným či agresivním pacientem, zásady chování při práci s ním a techniky prevence agrese. Autoři se shodují, že násilí ve zdravotnictví je bohužel častým jevem a každý zdravotník by měl umět danou situaci nejen řešit, ale i jí předcházet. Poslední podkapitola se věnuje motivačním rozhovorům, které léčbě drogové závislosti předcházejí a kterými může sestra či jiný zdravotník na drogově závislého pacienta pozitivně působit a nasměrovat jej tak k ochotě léčit se. Dohledané a publikované teoretické poznatky z bakalářské práce by mohly být v praxi ku prospěchu všech zdravotníků, kteří se s drogově závislým pacientem setkají. Zjištěné poznatky by měly sloužit budoucím i stávajícím zdravotníkům k vylepšení schopnosti předcházet agresivnímu chování i jej řešit. A v neposlední řadě pomohou vyhodnotit, kdy je jediným správným rozhodnutím únik ze situace a ochrana vlastního zdraví.

ZÁVĚR

Téma drogová závislost a komunikace jsem si vybrala, protože je aktuální ve všech odvětvích zdravotnictví a s drogově závislým pacientem se sestra může setkat na jakémkoliv pracovišti. Agitovanost až agresivita je u těchto pacientů častá a je potřeba, aby každá sestra měla povědomí o způsobu komunikace s těmito pacienty.

Prvním cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky o drogové závislosti. Autoři se v dohledaných článcích shodují, že drogová závislost je problém, který postihuje celý svět. Uvádějí různé faktory, jež se na vzniku drogové závislosti podílejí. (Šlamberová R., 2012, s. 123, Hosáková J. et al., 2007, s. 30, Váchová P. E. et al., 2009, s. 257–259, Potenza M. N., 2013, s. 25–26 a další.) Dále se zabývají dělením drog dle převládajícího účinku a jejich typickými projevy, kterých by si zdravotník měl všimnout, zdravotními důsledky a statistikou drogové závislosti. Možnostmi prevence drogové závislosti se zabývali např. autoři Potenza M., Solinas M., Radimecký J. a García del Castillo Rodríguez J. Druhým cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky o komunikaci s drogově závislými. Častým problémem při práci s drogově závislým pacientem, o kterém autoři psali, byla agitovanost a agrese pacienta. (Radimský J., 2007, s. 53, Raboch J., 2012, s. 145, Bernaldo-de-Quirós M., 2014, s. 11–15, Zacharová, 2009, s. 471 a další). Specifika komunikace s těmito pacienty jsou v oblasti komunikace verbální, neverbální, ale i v samotném chování k pacientovi. Kromě toho se autoři zaměřovali na projevy agitovaného pacienta a na to, jak pomocí komunikace či jednoduchých technik, které může užít každý zdravotník, předejít agresivnímu chování dotyčného. (Raboch J., 2012, s. 158, Vevera J., 2011, s. 69–70, Radimecký J., 2007, s. 54 a další.) V poslední části své bakalářské práce jsem se zaměřila na motivační rozhovory, jakožto na způsob, jak drogově závislého pacienta motivovat, popostrčit k přemýšlení o svém životě a možnosti změny. (Miller, W. R., 2004, s. 46, Soukup J., 2014, s. 141, Rodrigues G., 2015, s. 326 a další.)

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

- [1] AMCHOVÁ, Petra, KUČEROVÁ, Jana. Pohlavní a drogová závislost: od animálních modelů ke klinické praxi, 2015. Česká a slovenská psychiatrie. [online]. 111(2), s. 72. ISSN: 1212-0383 Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_2_72_78.pdf
- [2] BEJČKOVÁ, H., Problematika užívání drog v pracovnělékařské péči. 2012. České pracovní lékařství. [online]. 64. S. 32–34. ISSN: 1212-6721 Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a5558c49-ecc2-41e8-80ca-34a6b2bc4f3d%40sessionmgr115&vid=2&hid=113>
- [3] BERNALDO-DE- QUIÓS M. et al.,
Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. 2014. *Clinica y Salud*. [online]. (25). S. 11–16. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=103&sid=b03f839c-28e6-41aa-9248-35e3c31ffd13%40sessionmgr4003&hid=4110>
- [4] BRITO A. La formación del estudiante de enfermería: vivencia en la atención de los usuarios de drogas. 2012. Escola Anna Nery. [online]. 16(2). S. 395. ISSN: 1414-8145. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=51&sid=6da7cd33-1a04-4393-b015-c609914b3ead%40sessionmgr4004&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S1414.81452012000200026&db=edssci>
- [5] DICK A., et al., Specific impairments in instrumental learning following chronic intermittent toluene inhalation in adolescent rats. 2014. *Psychopharmacology*. [online]. 231(8). S. 1531. ISSN: 00333158. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=34&sid=6da7cd33-1a04-4393-b015-c609914b3ead%40sessionmgr4004&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=95108918&db=s3h>

- [6] FINK D. S. et al., Abscess and Self-Treatment Among Injection Drug Users at Four California Syringe Exchanges and Their Surrounding Communities. 2013. Substance Use & Misuse. [online]. 48(7). ISSN: 10826084. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=84&sid=6da7cd33-1a04-4393-b015-c609914b3ead%40sessionmgr4004&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=87447869&db=s3h>
- [7] GARCÍA DEL CASTILLO RODRÍGUEZ J. A. et al., Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. 2014. Health and Addictions/Salud y Drogas. [online]. 14(1). S. 5. ISSN: 1988-205X. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=dc2586ce-dcc8-423a-801c-baaf553d3807%40sessionmgr4002&hid=4111&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsoai.908037883&db=edsoai>
- [8] GOMES DA SILVA A., et al., Contributions to a research intervention for nursing care to drug users. 2015. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental. [online].7(4). s. 3487. ISSN: 21755361. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=57&sid=6da7cd33-1a04-4393-b015-c609914b3ead%40sessionmgr4004&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=110383620&db=edo>
- [9] HOBSTOVÁ J., Drogová závislost a infekční nemoci. 2010. *Medicína pro praxi*. [online]. 7(10). S. 368–371. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/08/05.pdf>
- [10] HONZÁK R., Některé užitečné prvky komunikace. 2014. Psychiatrie pro praxi. [online]. 15(2). S. 1., ISSN: 1803-5272. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201402-0001_Nektere_uzitecne_prvky_komunikace.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dkomunikace%20%26sfrom%3D0%26spage%3D30

- [11] HOSÁKOVÁ, Jiřina et al., Ošetrovatelská péče v psychiatrii. 1. vyd. 2007 *Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství*. S. 30. ISBN: 978-80-7248-442-3
- [12] KARILA L., et al., Cocaine addiction: Current data for the clinician. 2014. La Presse Médicale. [online]. 43(1). S. 9. ISSN: 0755-4982. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498213005666?>
- [13] MILLER W. R. et al, Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. 2004. s. 46. ISBN: 80-86620-09-3
- [14] MRAVČÍK V. et al., 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice 2014. [online]. S. 43–45, 49, 59–60, 117-118,120. ISBN: 978-80-7440-134-3 Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf
- [15] NEŠPOR K., Nealkoholové drogy-co může udělat praktický lékař. 2008. *Medicína pro praxi*. [online]. 5(4). s. 176. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200804-0009.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dnealkoholov%E9%20drogy%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
- [16] NEŠPOR K., Takzvaně problémový pacient. 2012. *Československá pediatrie*. [online]. 67 (6). S. 414. ISSN: 1805-4501. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/takzvane-problemovy-pacient-40128>
- [17] PASTUCHA P., Jenom slova?. 2007. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 9(12). S. 1. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/12/01.pdf>

- [18] PECINOVSKÁ O., Delirium u závislostí na návykových látkách. 2011. *Neurologie pro praxi*. [online]. 12(5). S. 317, 320. ISSN: 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/06.pdf>
- [19] PEKARA J., Násilí ve zdravotnictví. 2013. *Praktický lékař*. [online]. 93(6). S. 264-267. ISSN: 1805-4544. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/nasili-ve-zdravotnictvi-47261>
- [20] POTENZA M. N., Biological Contributions to Addictions in Adolescents and Adults: Prevention, Treatment, and Policy Implications. 2013. *Journal of Adolescent Health*. [online]. 52. S. 22–32. ISSN: 1054-139X Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X1200208X?>
- [21] RABOCH J., *Psychiatrie*. 2012. [online]. S. 145. ISBN: 978-80-246-2712-0 Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzg4MDk4OV9fQU41?sid=d6a21366-c5b7-480a-b3b7-5f5f02e7702d@sessionmgr114&vid=6&format=EB&rid=3>
- [22] RADIMECKÝ, J. et al., 2007. Úvod do adiktologie. S. 21–24, 28, 46, 53–54. ISBN: 978-80-239-9960-0
- [23] REYNALDO F., Recognizing Prescription **Drug** Abuse and **Addiction** in Patients, Part II., 2015. *Nursing Pharmacology*. [online]. 24(1). s. 47. ISSN: 1092-0811. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=79fdaa73-b91b-4632-acec-df3a7d4c620d%40sessionmgr4004&vid=24&hid=4103>
- [24] RODRIGUES G. R. et al., Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. 2015. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. . [online]. 26(3). S. 326. ISSN: 14159104. Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=38&sid=dc2586ce-dcc8-423a-801c-baaf553d3807%40sessionmgr4002&hid=4111&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1lZH MtbGl2ZQ%3d%3d#AN=113759036&db=edb>

- [25] ROLLNICK S et al., Motivierende Gespräche für Heilberufen. 2012. ISBN: 978-3-9813389-7-3. Dostupné z:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=cf3d8b46-7627-4b2a-b810-b3a638ef15bf%40sessionmgr4004&hid=4113&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=0266521&db=pdx>
- [26] SOLINAS M. et al., Prevention and treatment of drug addiction by environmental enrichment. 2010. Progress in neurobiology. [online]. 92(4). S. 573–575. ISSN: 572-592. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301008210001450?>
- [27] SOUKUP J., Motivační rozhovory v praxi. 2014. S. 37–40, 121–123, 141–142. ISBN: 978-80-262-0607-1
- [28] ŠLAMBEROVÁ R., Drugs in Pregnancy: the Effects on Mother and Her Progeny, 2012. Physiological research. [online]. 61(1). S. 123. ISSN: 1802-9973. Dostupné z:
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=47a41d97-0dd4-40b4-87b1-ef824c4bf172%40sessionmgr114&hid=117>
- [29] TAYYAB M., GCMS analysis of *Cannabis sativa* L. from four different areas of Pakistan. 2015. Egyptian Journal of Forensic Sciences. [online]. 5(3). S. 114. ISSN: 2090-536X. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090536X14000525?>
- [30] THEBERDE F. R., et al., Effect of Chronic Delivery of the Toll-like Receptor 4 Antagonist (+)-Naltrexone on Incubation of Heroin Craving. 2013. Biological Psychiatry. [online]. 73(8). S. 729. ISSN: 0006-3223. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322313000036?>

- [31] VÁCHOVÁ, Petra Elizabeth, JANŮ, Luboš a RACKOVÁ, Sylva. Patogeneze závislosti. 2009.. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 10(6), s. 257–259. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/06/03.pdf>
- [32] VEVERA J. et al., Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. 2007. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 2. S. 66–67. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/05.pdf>
- [33] VEVERA J. et at., Zvládání agitovanosti a násilného chování. 2011. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 12(2). S. 69–70. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/06.pdf>
- [34] WITKIEWITZ K. et al., Randomized Trial Comparing Mindfulness-Based Relapse Prevention with Relapse Prevention for Women Offenders at a Residential Addiction Treatment Center. 2014. *Substance Use & Misuse*. [online]. 49. S. 536. ISSN: 1532-2491. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=c5165270-ed8a-4dee-ae0e-240975a66d7f%40sessionmgr114&hid=114>
- [35] WOOD D., Drug abuse and addiction. 2015. Salem Press Encyclopedia of Health. . [online]. ISSN: 94415393. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=47a41d97-0dd4-40b4-87b1-ef824c4bf172%40sessionmgr114&vid=4&hid=117&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=94415393&db=ers>
- [36] ZACHAROVÁ E., Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. 2009. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 11(10). S. 471. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>

- [37] ZVONÍKOVÁ, Alena, Co víme o drogové problematice. 2014. Česká společnost posudkového lékařství. [online]. 17. S. 55. ISSN: 1214-3170. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=19d9ad44-1288-4ddc-b5be-65f7a260c433%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4213>

SEZNAM ZKRATEK

atd. – a tak dále

aj. – a jiné

např. – například

s. – strana

tj. – to jest

et al. – a kolektiv

HIV – Human Immunodeficiency Virus – virus lidské imunitní nedostatečnosti

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome –
syndrom získaného selhání imunity

ZŠ – základní škola

SŠ – střední škola

OSN – Organizace spojených národů

MINT – Motivational Interviewing Network of Trainers

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction –

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost