



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče o pacienta pod vlivem alkoholu

Vypracovala: Zuzana Tomašáková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt- Ošetrovatelská péče o pacienta pod vlivem alkoholu

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu. „*Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou*“ (Fišer S., J. Škoda, 2009, s. 99). V dnešní uspěchané době, která je velmi hektická a má velký dopad na psychickou i ekonomickou stránku života mnoho lidí ve stresové situaci sáhne po alkoholu jako berličce, která má zmírnit veškeré dopady této doby. Málodko z nich si však uvědomuje, že alkohol žádný z těchto problémů neřeší a prohlubují se pouze jejich problémy ať už v rodině, nebo i v zaměstnání. Spoustu lidí si pitím alkoholu způsobuje zdravotní problémy, a tak se dostávají do zdravotnických zařízení, kde jim je poskytována pomoc. V nejhorších případech se může stát, že končí na ulici a stávají se z nich bezdomovci. Často v zimních měsících, bývají přivezeni záchrannou službou do nemocnice. Po vyšetření, jsou buď hospitalizováni, nebo pokud není, zjištěno závažné poranění bývají často odesláni na Protialkoholní záchytnou stanici. Samozřejmě se toto dotýká i jiných lidí, kteří jsou pod vlivem alkoholu a ne jenom bezdomovců. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty se potýká se spoustou problémů, ať už je to komunikace, nebo jejich agresivita. V teoretické části jsme se zabývali pojmem alkohol jeho historií, dále pak jeho vlivem na organismus, historií alkoholu, problematikou mladistvých a alkoholu, vyšetřením hladiny alkoholu v dechu a v krvi, vzniku a rozvoji závislosti a její následky. Dopadem alkoholu na sociální prostředí jedince, komunikací, agresivitou, vztahem sestry pacient, profesionální deformací a syndromem vyhoření.

Ke splnění plánu byly vytvořeny dva cíle. Cíl 1: Zmapovat přístup sester k pacientům, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Cíl 2 : Zjistit s jakou problematikou se sestry setkávají při péči o pacienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Vytvořili jsme dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta ovlivněným alkoholem. Výzkumná otázka č. 2: Jaký je přístup sester k pacientům, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Praktická část této bakalářské práce obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu, kterého základem je hloubkový polostrukturovaný rozhovor,

který byl veden se sestrami z Nemocnice České Budějovice a.s. Bylo osloveno dvanáct sester, kde podmínkou byla práce na oddělení, kde se sestry nejčastěji setkávají s pacienty pod vlivem alkoholu. Byla to traumatologická ambulance, a intenzivní péče, interní intenzivní péče. Následně metodou otevřeného kódování bylo každé ze sester přiděleno číslo od jedné do dvanácti. Řádky obsahující odpovědi sester, byly očíslovány, aby se mohlo na ně odkazovat. Metodou „papír a tužka“ byly zvýrazněny důležité informace v textu a následně byla použita technika „vyložení karet“ při které byly získané informace rozděleny do pěti kategorií, které byly dále rozděleny do podkategorií. Výzkumným šetřením byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Sestry uváděly, že specifika práce s pacienty pod vlivem alkoholu shledávají v obtížné komunikaci s pacienty, kde musí komunikovat velmi obezřetně, v klidu, většinou sdělují pacientům pouze nejdůležitější informace, také agresivita u nich bývá pravidlem. Spolupráce s policií se také stává nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu, protože jde hlavně o bezpečnost ošetrovatelského personálu. Sestry se snaží přistupovat k těmto pacientům profesionálně bez předsudků, ale ne vždy je to možné, musí si vyslechnout spoustu vulgárních slov, kterými tito pacienti nešetří, neváží si práce sester a tím také devalvují toto povolání.

Klíčová slova: alkohol, intoxikace, abúzus, agrese, komunikace, ošetrovatelská péče, syndrom vyhoření

Abstract

Abstract- Nursing Care for a Patient under the Influence of Alcohol

This bachelor's thesis deals with the topic of nursing care for patients who are under the influence of alcohol. *"Alcohol is the most spread and widely used psychoactive drug that is greatly accepted within our socio-cultural environment"* (Fišer S., J. Škoda, 2009, p. 99). Today's hurried times influence greatly both the psychological and economic aspects of our lives. Therefore, there are many people who, when suffering from a stressful situation, decide to reach after alcohol as a crutch that should mitigate all negative impacts of today's times. But only a handful of them realize that alcohol does not solve any of these problems but rather worsens the situation, whether in the family or in the job. Alcohol causes serious health problems to many people and consequently they are forced to seek help in health-care facilities. In a worst-case scenario, it can happen that they end up on the streets and become homeless. Frequently, especially during winter, they have to be taken to a hospital. After the examination they are either hospitalized or, if not seriously injured, referred to a sobering-up centre. Of course, this situation also concerns other people who are under the influence of alcohol, not only the homeless. The nursing care of these patients has to face many problems, whether in terms of communication or aggressiveness. In the theoretical part of the thesis we discussed the terms alcohol, its history, its influence on our organism, the problematic of alcohol drinking among young people, blood and breath alcohol testing, origins and development of the alcohol addiction and its consequences. Moreover, we have examined the impact of alcohol on an individual's social environment, communication, aggression, the patient - nurse relationship, professional deformation and burn-out syndrome.

Two objectives were created to comply with the plan. Objective No.1: To describe the approach of nurses to patients who are under the influence of alcohol. Objective No. 2: To find out what issues have to face the nurses who take care of patients under the influence of alcohol. Consequently, two research questions were framed. Research question No.1: What are the specifics of the nursing care of a patient affected by

alcohol. Research question No.2: What is the approach of nurses to patients who are under the influence of alcohol. The practical part of this thesis contains the results of a qualitative research that is based on an in-depth semi-structured interview conducted with nurses from the hospital Nemocnice České Budějovice a.s. We have approached twelve nurses to take part in this research; the only condition was their work in a ward where they frequently meet with patients under the influence of alcohol. Therefore, we have cooperated with nurses working in emergency department, in intensive care unit and in internal intensive unit. Subsequently, based on the open coding method, every nurse was assigned with a number (from one to twelve). The lines in the thesis mentioning the nurses' answers were numbered in order to refer to them. Using the method of "paper and pencil" important information was highlighted in the text and subsequently, the "showdown" technique was used to divide the gained data into five categories that were then divided into subcategories. The research investigation has provided answers to both research questions. The interviewed nurses stated that the main problems concerning the work with patients under the influence of alcohol are communication, as they have to communicate with these patients very carefully, calmly, to inform them in most cases only about the most important steps, and aggression which is a very common consequence of drunkenness. The cooperation with the police also becomes an integral part of the nursing care of patients under the influence of alcohol, because the safety of the nursing personnel is of highest importance. Nurses always try to approach these patients professionally, without prejudice, but it is not always possible since they have to stand out a lot of vulgarisms which these patients use without any restraints as they do not weigh the work of nurses and depreciate so this profession as a whole.

Keywords: alcohol, intoxication, abuse, aggression, communication, nursing care, burnout syndrome

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 28. 4. 2015

Zuzana Tomašáková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D, za vedení této práce, jeho cenné připomínky a trpělivost. Veliký dík patří mé rodině, která mě velmi podporovala. Poděkování patří všem sestrám, které jsem oslovila v rámci výzkumu, bez jejich přispění by tato práce nemohla vzniknout

Obsah

1. Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Alkohol	9
1.1.1 Historie	10
1.1.2 Vliv alkoholu na organismus	11
1.1.3 Alkohol a mladiství	13
1.1.4 Vyšetření hladiny alkoholu	14
1.1.5 Vznik a rozvoj závislosti	15
1.1.6 Patologická intoxikace	15
1.1.7 Následky závislosti na alkoholu	16
1.1.8 Dopad alkoholismu na sociální prostředí jedince	17
1.2 Komunikace ve zdravotnictví	18
1.2.1 Verbální komunikace	19
1.2.2 Neverbální komunikace	20
1.3 Agrese	21
1.3.1 Druhy agresivity	21
1.4 Vztah sestry a pacient	22
1.5 Profesionální deformace	23
1.5.1 Syndrom vyhoření – Burn-out	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce	26
3 Metodika práce	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Postup rozboru rozhovorů se sestrami	27
3.3 Výzkumný soubor	28
4 Výsledky výzkumného šetření	29
4.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů	30
Kategorie - Četnost	30
Kategorie - Chování pacientů pod vlivem alkoholu	30
Kategorie - Komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu	32
Kategorie - Ošetrovatelská péče o péče o pacienty pod vlivem alkoholu	34
Kategorie syndrom vyhoření	36
5 Diskuze	38
6 Závěr	44
7 Seznam použitých zdrojů	45
8 Klíčová slova	48
9 Přílohy	49

1. Úvod

Ve své bakalářské práci bych se chtěla věnovat problematice a specifikům ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu. Pracuji již několik let jako zdravotní sestra na Protialkoholní záchytné stanici v Českých Budějovicích, a denně se s nimi setkávám. Při této práci se potýkám s celou řadou fyzických či psychických stavů pacientů pod vlivem alkoholu.

Jelikož žijeme v době, ve které je konzumace alkoholu ve společnosti častým jevem, vznik těchto závislostí, jejich četnost, individuální průběh a motivace jsou dokladem toho, že problém alkoholové závislosti a důsledků s tím spojených, se stává velmi aktuálním. Důsledkem této situace se stále častěji zdravotní sestry setkávají na svých odděleních s pacienty pod vlivem alkoholu. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty s sebou nese určitá specifika i rizika, která se liší případ od případu. Mohou být agresivní, nespolupracující, nebo úplně apatičtí, nadměrně veselí, či v bezvědomí. Péče je v tomto ohledu náročná především ve znalosti jednotlivých stavů pacientů a také v efektivním využití specifického typu přístupu a jednání v konkrétní situaci.

1 Současný stav

1.1 Alkohol

Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou (Fišer S., J. Škoda, 2009, s. 99). Podle zprávy WHO z roku 2011 je vysoká spotřeba alkoholu příčinou nejzávažnějších zdravotních rizik zejména v Evropě. Dlouhodobě vysoká spotřeba alkoholu v České republice je spojena s řadou zdravotních rizik a sociálních problémů. Hlavní příčinou 70 procent všech úmrtí související s alkoholem je neléčená či špatně léčená závislost na alkoholu. Podle údajů WHO má Česká republika nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu mezi všemi evropskými zeměmi. Na každého člověka staršího 15 let vychází v České republice průměrná roční spotřeba 16,45 litru čistého alkoholu. Pozornost příslušných rezortů a institucí, věnovaná dosud u nás této problematice, však není adekvátní, její závažnosti. Krátkodobě se zájem společnosti zvýšil v období „metanolové aféry“. Spíše než narůstající počet smrtelných otrav byla diskutována prohibice alkoholu, která byla v takovém rozsahu zavedena historicky poprvé (Popov. P., Revue České L.A., 2013, s. 6,7).

Co to je alkohol-alkohol (etanol, etylalkohol) je chemicky jednoduchá látka, se složitým působením na organismus člověka. Je přijímán formou zažívacího traktu tj. sliznicí úst, dále je vstřebávána v žaludeční sliznici, kde se alkohol resorbuje z 20 procent, poté pokračuje duodenem, a nakonec tenkým střevem, kde se vstřebá zbylých 80 procent alkoholu. Odbourávání alkoholu se děje zejména v játrech, tam se přemění, pomocí enzymu alkoholdehydrogenázy přes acetyldehyd, acetát na acetyl-koenzym, vodu, oxid uhličitý a uvolněnou energii. V nezměněné formě se vyloučí močí a dechem 5-10 procent alkoholu (Pavlovský et. al., 2009, s., 226).

1.1.1 Historie

Alkohol je nejstarší a nejvíce užívanou psychoaktivní látkou na světě. Slovo alkohol pochází z arabského al-kahal což znamená jemnou substanci. Je to droga s rozpornými účinky. V jedné minutě v nás vyvolává pocity lásky, která se snadno může změnit v agresivitu a zuřivost. Odstraňuje zábrany a může tak vyvolat problémy. Alkohol byl vyráběn jako látka zvláštního významu používaná nejčastěji k náboženským rituálům, později užívaná častěji jako nápoj.

Zkvašené zrní, ovocná šťáva či med byly k výrobě alkoholu (etylalkoholu neboli etanolu) využívány již před tisíciletími. Kvašené nápoje existovaly již ve starém Egyptě a existují důkazy o alkoholických nápojích vyráběných v Číně okolo roku 7000 př. n. l. V Indii byl alkoholický nápoj známý pod jménem sura, destilován z rýže v období od roku 3000 do roku 2000 př. n. l. Již kolem roku 2700 př. n. l. byl v Babylónii rozšířen kult bohyně vína. Jedním z prvních alkoholických nápojů, které se rozšířily ve starém Řecku, byla medovina, kvašený nápoj vyráběný z medu a vody. Řecká literatura je protkána varováními před nadměrným pitím (www.drogy.cz/alkohol, 2015).

V naší zemi se zachovaly důkazy o tom, že obliba piva a medoviny u nás přinášela řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly potřebu mocenského řešení, kdy vznikl první protialkoholní zákon, který byl vydán roku 1039 Břetislavem I., který zavedl přísné tresty opilcům a krčmářům, kteří těmto lidem nalévali (Z. Fišar, R. Jirák, 2001, s. 193).

V 16. Století, byl alkohol používán převážně pro lékařské účely. Na začátku 18. století odhlasoval britský parlament zákon podporující destilaci lihovin z obilí. Vlna laciného alkoholu zaplavila trhy a dosáhla svého vrcholu v polovině 18. století.

V Británii dosáhla spotřeba ginu 70 milionů litrů a alkoholismus se stal široce rozšířeným problémem. V 19. století se postoje ve společnosti změnila a objevila se hnutí propagující umírněnost v pití – právě z nich nakonec vzešla myšlenka totální prohibice (zákaz prodeje alkoholu).

Tu uvedly do praxe Spojené státy americké, když v roce 1920 odhlasovaly zákon zakazující výrobu, prodej, dovoz i vývoz alkoholických likérů. Ilegální překupnictví

zažilo obrovský rozmach a v roce 1933 byla prohibice zrušena (www.drogy.cz/alkohol, 2015).

Víno se používalo nejen k pití, ale také například k čištění ran na bitevním poli. Alkoholu se užívalo k čištění střev, léčení, nespavosti, zácpy a především k otupování bolesti při trhání zubů a menších operačních zákrocích. Ve středověku sloužil při léčbě tyfu a cholery (www.alkoholik.cz/zavislost, 2015).

1.1.2 Vliv alkoholu na organismus

Etanol (etylalkohol, spiritus, líh), je hlavní složkou alkoholických nápojů a vyrábí se kvašením rostlinných produktů obsahující sacharidy. Akutní intoxikace alkoholem působí a projevuje se u každého člověka jiným způsobem. Na začátku při nižší dávce na většinu lidí působí anxiolyticky, uvolňuje napětí, zlepšuje náladu, zvyšuje pocit sebejistoty, projevuje se stimulačně. Vyšší množství se může projevit příznaky, kterými jsou vyšší teplota kůže, rozšíření cév, zčervenání v obličeji, zrychlení dechu, srdeční činnosti, zúžení průdušek, pokles krevního tlaku z důsledku vazodilatace, bolesti hlavy, nauzea, zvracení, euforie, nebo averzivní reakce. Při rychlé a vyšší dávce alkoholu se projeví zhoršením kognitivních, percepčních a psychomotorických funkcí. V některých závažných případech dojde až k poruchám vědomí či bezvědomí. Změny v chování po požití alkoholu jsou rozdílné v závislosti na množství, pohlaví, tělesné hmotnosti a jeho koncentraci v konzumovaných nápojích. Individuálně je odlišný i vliv na náladu a emoce jedince (S. Fišer, J. Škoda, 2009, s. 100).

Alkohol působí na většinu lidí tak, že snižuje úzkost, uvolňuje duševní napětí, zvyšuje sebevědomí, zlepšuje náladu. Bylo dokázáno spojení mezi působením alkoholu a produkcí endorfinů (S. Fišer, J. Škoda, 2009, s. 100).

Při konzumaci alkoholu dochází k přímému ovlivnění neurotransmiterů (útlum dopaminergní, serotoninergní a taurinergní aktivity, potlačení inhibičního vlivu GABA stoupá aktivita glutamátu. GABA = kyselina gama-aminomáselná kyselina γ -aminomáselná, je hlavní inhibiční neurotransmitter v centrálním nervovém systému

savců). Přesný mechanismus, jimž tyto interakce přispívají k pocitu uspokojení, není jasný. Vyvolání tendence pro opakování příjmu alkoholu lze teoreticky vysvětlit účinky změněné aktivity GABAergního a glutamatergního systému na uvolňování dopaminu v mezolimbické dopaminové dráze. Za somatické poškození neuronů je pak zodpovědné hromadění metabolitů alkoholu zejména acetaldehydu (FIŠAR, F., a kol., 2009. s. 189).

Podle obsahu alkoholu v krvi lze dělit opilost do několika stádií:

Prvním stádiem je *excitační opilost* (do 0,99 ‰): člověk je hovorný a euforický, mírně intoxikovaný, má lepší náladu, stále však v hranici normy.

Druhé stádium je *mírná opilost* (1,00–1,49 ‰) : člověk je upovídaný, euforie, nemístně vtipkuje, má zvýšené sebevědomí a sebedůvěru. Psychomotorika je ovlivněna alkoholem. Nad 1 ‰ začíná ataxie a pohledový nystagmus.

Třetí stadium je *střední opilost* (1,50–1,99 ‰) : psychomotorika opilého je nápadně narušena koordinace pohybů je snížena pozornost. Afektivita je nestálá. Nálada, se může zlepšit, nebo naopak zhoršit a nastupuje úplný útlum, možné jsou i výkyvy z obou krajních poloh. Snižují se zábrany, může se vyskytnout opilecká sebevražednost a agresivita.

Čtvrtým stádiem je *těžká opilost* (2,00–2,99 ‰): projevuje se blábolivou řečí, je neschopný samostatné chůze, výraznější poruchy chování, zvracení.

Páté stadium je *vážná otrava alkoholem* (3,00–3,99 ‰): jsou těžké poruchy vědomí, riziko zástavy dechu a oběhu.

Šesté stadium je *riziko smrtelné otravy alkoholem* (nad 4,00 ‰) : komatózní stav.

Letální dávka (u 50 % pacientů) je 5 ‰ alkoholu v krvi.

Je důležité dodat, že snášenlivost alkoholu, záleží na odolnosti organismu člověka. „Trénovaní“ jedinci (tj. jedinci na vrcholu tolerance) jsou schopni i se 3 ‰ působit v kontaktu s okolím zcela střízlivě a z intoxikace alkoholem je usvědčí až dechová zkouška nebo vyšetření krve na alkohol (Kalina, K., a kol., 2008. s. 341–342).

1.1.3 Alkohol a mladiství

Užívání alkoholu je pro děti a mladistvé mnohem rizikovější nežli pro dospělé. Jejich játra jsou neschopné ho odbourávat v takovém množství jako u dospělých a také méně váží. Již velmi malé množství alkoholu může u dětí vyvolat nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladých lidí vytváří mnohem rychleji, proto bývá zvykem ve vyspělých společnostech děti a mladistvé před alkoholem chránit. U nás je tato věková hranice stanovena od 18 let a ani to se nedodrhuje. Alkohol u mladých lidí zvyšuje nebezpečí jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, onemocnění nervového systému i duševních chorob. Alkohol (podobně jako tabák a marihuana) se někdy nazývají „průchozí drogy“. Znamená to, že část mladistvých přechází k látkám ještě nebezpečnějším (K. Nešpor, Csémi L., 1995). Alkohol a mladiství je spojení, kvůli kterému Česko dostává na přední místa ve statistikách. V některých je Česká republika úplně na vrcholu. Například mezi 13letými chlapci se v Čechách napije zhruba pětina: v přepočtu na celkovou populaci nejvíce v Evropské unii.

Nejvíce alarmující jsou ale dopady celého trendu. Nešpor uvádí, že to ukazuje například reprezentativní studie epidemiologa Ladislava Csémyho. Čtvrtina šestnáctiletých studentů si poškodila alkoholem mozek natolik, že to velmi pravděpodobně ovlivní jejich studijní výsledky, pozdější chování, sebekontrolu, adaptabilitu i uplatnění ve společnosti.

Kvůli čemu má alkohol právě na myšlení dospívajícího tak velký dopad, protože proces vývoje a „dospívání“ mozku totiž končí až někdy po 20. roce života. Do té doby v mozku stále ve větším množství vznikají nová spojení a sítě nervových buněk. Alkohol při pravidelném užívání může v takovém prostředí způsobit škody, které se v dospělosti těžko spravují (K. Nešpor, 2013, Česká televize).

1.1.4 Vyšetření hladiny alkoholu

Hladina alkoholu se zjišťuje několika způsoby, je to laboratorní vyšetření krve Widmarkovou metodou, nebo dechovou zkouškou přístroji Dräger, kterých je několik typů.

Widmarkova metoda: je stále velmi přesná a spolehlivá. Výhodou je celkem jednoduchost a citlivost této metody takže se řadí mezi rutinní laboratorní vyšetření. K provedení této zkoušky je třeba pět až osm mililitrů žilní krve. Která se odebírá do zkumavky na biochemické vyšetření. Při samotném odběru se k dezinfekci kůže nesmí použít alkoholové přípravky, které by mohly samotnou metodu zkreslit (příloha č. 3). Ve výsledku tohoto vyšetření dochází k jednoznačnému rozlišení etanolu od jiných těkavých látek zkoumaného vzorku, jako je například metanol, aceton, toluen a jiné. (<http://www.zikmund.org>).

Dechová zkouška: V případě, požití alkoholu perorálně, je jeho část v nezměněné formě vylučována ve vzduchu vydechovaném z plic a dýchacích cest. Průnik etanolu do vydechovaného vzduchu je určený biofyzikálními vlastnostmi alveolo-kapilárních membrán plicního parenchymu, které umožňují lehký oboustranný průnik těkavých látek, mezi které patří i etanol. Tento má jednoduchou a malou molekulu, která se velmi dobře rozpouští ve vodě a snadno prochází přes biologické membrány. Přístroje na měření alkoholu v dechu slouží ke zjištění přítomnosti a koncentrace alkoholu v organismu (příloha č. 1, 2). Liší se od sebe technologií zpracování i přesností výsledků. Výsledky nejlepších a samozřejmě nejdražších přístrojů jsou přesné jako analýza rozboru krve (Soudní lékařství 2/2011)

1.1.5 Vznik a rozvoj závislosti

Rozvoj závislosti na alkoholu je mnohdy popisován podle E. M. Jelineka amerického alkoholologa českého původu ve čtyřech stádiích.

První stádium je prealkoholické, kdy si konzument uvědomí, že pije jinak než jiní a alkohol mu přináší zmírnění jeho starostí a problémů. Kvůli tomuto zvyšuje množství i frekvenci pití.

Druhé stádium je varovné, které charakterizuje zvýšená tolerance k alkoholu, potřeba, kontrola nad množstvím. Začíná se stydět za své pití, přicházejí výčitky. To je popisováno jako škodlivé užívání.

Třetí stádium je rozhodné, tolerance neustále stoupá v důsledku nepřetržité konzumace, narůstají rozpory i se zákonem, chybí jakákoliv kontrola nad konzumací. V tomto stádiu často tito jedinci jsou přesvědčeni, že pokud by chtěli, mohou s pitím okamžitě přestat. Zatím co ve skutečnosti potřebují alkohol téměř denně, také vyhledávají společnost jedinců se stejným problémem. V tomto období dochází ke změně osobnosti a rozdílnému vnímání hodnot a k rozpadu vztahů.

Čtvrté stádium je konečné (terminální) je nejvíce podobné syndromu závislosti, tolerance se snižuje, dotyčný se opije rychleji, ale není schopen vydržet bez alkoholu. Pití je nepřetržité, objevují se psychické i somatické poruchy. Sociální spolupráce s okolím je závažným způsobem narušena. Dotyčný nedělá rozdíly mezi lidmi, pije s kýmkoliv. V tomto stadiu má potíže, když pije i nepije. Pozvolna dochází k psychickému, fyzickému i sociálnímu úpadku (Fišer S., J. Škoda, 2009, s. 101, 102).

1.1.6 Patologická intoxikace

Současně platná Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi, neuvádí patologickou opilost, ale pod kódem F10.07 se však nachází pojem patologické intoxikace, která je popsána jako přechodný stav s nenadálým začátkem s často agresivním chováním, které je netypické pro střízlivé osoby. Stav propuká velmi brzy, po vypití takového množství

alkoholu, které by u většiny lidí nenavodilo intoxikaci. Začíná velmi brzy po vypití velmi malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nepřivodilo intoxikaci. Hlavním příznakem patologické opilosti je kvalitativní porucha vědomí, která se projevuje dezorientací, iluzivním vnímáním, halucinacemi zkresleným úsudkem a úzkostnou nebo stupňující se náladou, věrohodnou amnézií s následným spánkem a mnohdy agresivním chováním, které je zdravé osobnosti cizí a jejíž motivace je logicky nepochopitelná. Právě tato psychotická motivace musí být jedním z hlavních příznaků patologické opilosti. Do jejího obrazu patří i nepřítomnost neurologických symptomů, zejména ve smyslu zánikových mozečkových příznaků, kterých si mnohdy povšimnou i laici (Pavlovský, 2012, s. 109, 109).

1.1.7 Následky závislosti na alkoholu

Nadměrné konzumování alkoholu ovlivňuje celkové ladění. Zvyšuje náchylnost k výkyvům nálady, emoční dráždivosti, možná až afektivní výbušnosti, leckdy spojené s agresí. Dochází k odcizení, osamělosti, pocitům prázdnoty a k vyhasínání vztahů k lidem. Mění se pohled na svět, převažuje v něm apatie a lhostejnost. Při závislosti na alkoholu se zhoršuje pozornost, paměť i celková výkonnost. Dotyčný není schopen standardním způsobem zpracovat všechny informace. Toto se projevuje tehdy, pokud jde o složitější či méně obvyklý problém. Jejich uvažování bývá vztahovačné a méně kritické. Okolní svět je pro ně ohrožující a nespravedlivý, někdy jsou schopni přiznat svůj podíl viny, ale nemají dostatek síly situaci řešit. Může dojít postupně k úpadku kognitivních schopností a k demenci. Schopnost sebeovládání se snižuje, zmenšuje se vůle nejdominantnější, je se zaměřením na získání alkoholu, které se projevuje egocentrickým chováním bezohlednosti chování k jiným lidem, reagující často nepřiměřeným způsobem (agresivně).

Změny osobnosti bývají různé, není typická osobnost alkoholika. Tyto zvláštnosti mohou být příčinou i důsledkem abúzu alkoholu.

Alkoholový abstinenční syndrom začíná reakcí na snížení či vynechání potřebné dávky, dotyčný reaguje neklidem, podrážděním, bývá malátný, potí se, má tachykardii, třes a bolest hlavy, toto je důkazem existující závislosti metabolismu na alkoholu.

Alkoholový abstinenční syndrom s deliriem je prudší reakcí na nedostatek potřebné dávky alkoholu. Vegetativní reakce je velice silná a mohou se objevit záchvaty křečí. Bývá neklidný, má poruchy vědomí, halucinace a bludy. Delirium tremens může být i smrtelné. Většinou trvá kolem sedmdesáti dvou hodin.

Alkoholová psychóza a halucinóza opět vzniká jako reakce na snížení dávky alkoholu. Příznaky bývají sluchové nepříjemné halucinace, děsivé sny. Amnestické alkoholové poruchy a demence.

Alkoholismus vede k poškození CNS projevující se poruchou paměti a úpadkem inteligence.

Léta trvající abúzus má somatické následky formou funkčních a orgánových poruch a především neurologickým, ale také poškození jater, ledvin, zažívání, oběhové soustavy, dýchací soustavy a endokrinní změny. Mění se i vizáž chronických alkoholiků, bývá prosáklý rudý obličej, rozšíření cév, váčky pod očima, často bývá zanedbanost, zápach a malhygiena (Vágnerová 2008, s. 557, 558, 560).

1.1.8 Dopad alkoholismu na sociální prostředí jedince

Naše společnost je velmi tolerantní k alkoholu, drobné výkyvy nejsou postihovány. Alkohol se konzumuje při různých společenských akcích, kdy je žádoucí aby se člověk uvolnil a snadněji navázal nové kontakty. Ovšem společnost očekává, že lidé znají svou míru. Když člověk ztratí schopnost regulace pití alkoholu, je také neschopen plnit základní sociální požadavky. Bez uznání norem a očekávání, vyvoláváním konfliktů, přestávají být svým okolím akceptováni, jsou odsuzováni.

Častou příčinou je selhání v profesní roli. Bývá zhoršená pracovní výkonnost, nedodržování základů pracovních povinností. Vytrácí se povinnost pravidelné pracovní docházky. Dochází k častým absencím a následně i většinou ke ztrátě zaměstnání.

Závislý na alkoholu ztrácí energii k hledání nového zaměstnání, nehledě na to že bývá často odmítnut, takže zůstává nezaměstnaný a ztrácí profesní roli.

Samozřejmě dochází taktéž k narušení rodinných vztahů. Závislý člověk se nechová tak jak se od něj očekává. Neplní si povinnosti, bývá bezohledný ke členům své rodiny. Časem ztrácí svoje postavení v rodině. Rodina s ním nechce trávit svůj volný čas, v některých případech se členové rodiny i bojí. Mnohdy bývá vážně narušené partnerské soužití, alkoholici, mají často problémy s potencí i sexuální apetencí.

Také je snížen sociální status rodiny, členové rodiny mají pocit, že si na ně okolí ukazuje, i když je většinou okolí lituje. Většinou je to v obcích a na vesnicích kde tito lidé ztrácí anonymitu.

Alkoholici zatěžují své rodiny i ekonomicky a proto strádají i materiálně. Nejsou totiž schopni finančně zajistit své a už vůbec ne potřeby rodiny (Vágnerová, 2008, s. 570, 571).

1.2 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace ve zdravotnictví, bývá v mnoha ohledech specifická. V běžném životě se řídí určitými normami a etiketou. V momentě, kdy sestra, začne komunikovat s pacientem, tyto nastavené hranice padají. V rámci ošetrovatelského procesu sestra vyžaduje po pacientech, bez rozdílu pohlaví nebo věku, aby si odložili, či odhalili intimní části těla, dotýká se v rámci ošetrovatelské péče na různých částech těla, vyptává se mnohdy na citlivé záležitosti, o kterých se „normálně ve slušné společnosti“ nemluví. Ošetrovatelský proces však toto nejen umožňuje, ale přímo vyžaduje. Vytvoření dobrého vztahu mezi pacientem a sestrou však není možné bez účinné komunikace. Sestra, musí umět komunikovat nejen s pacientem, ale i s celým zdravotnickým týmem. Toto pak vede k odpovídající týmové spolupráci a kvalitní péči o pacienta (N. Špatenková, Králová J., 2009, s. 7).

K tomu, aby proces komunikace vznikl a produktivně se rozvíjel, by měly být splněny tři základní požadavky. Prvním požadavkem je chtít komunikovat. Ten by měli

splnit jak sestra, tak pacient. Většina nemocných chce komunikovat. Jen výjimečně se vyskytnou pacienti, kteří komunikaci odmítají. Problém může nastat u zdravotníků, kteří si neumějí vhodně zpracovat získané informace, někteří nechtějí komunikovat z rozličných důvodů, kterými jsou například nezáměr o povolání, nízká motivace nedostatečný rozvoj komunikačních dovedností nebo také profesionální deformace. Druhý požadavek efektivní komunikace zdůrazňuje, aby sestra i pacient uměli komunikovat. Pacient s komunikací nemívá problémy, využívá obvyklý způsob, na který byl zvyklý před nemocí. Sestra, však nevystačí se zažitými komunikačními praktikami. Neustále si musí rozšiřovat vědomosti a dovednosti o nové poznatky, které bude používat v praxi. Jedná se na příklad o komunikaci s problémovými skupinami pacientů, jako jsou agresivní, depresivní pacienti, a pacienti pod vlivem návykových látek. Třetím a posledním požadavkem na zabezpečení průběhu komunikace je vytvoření možnosti ke komunikování, to znamená moci komunikovat (Sestra str. 28 Komunikace).

1.2.1 Verbální komunikace

Lidé komunikují prostřednictvím řeči, která je bezprostředně vázána na myšlení toto nazýváme verbální komunikací. V tomto případě, je důležité, aby si lidé vedoucí rozhovor rozuměli (Jankovský J., 2003, s. 72). Při verbální komunikaci s pacientem, je velmi důležité mít pod kontrolou co a jak to sdělit. V tomto případě se dopouštíme mnoha chyb, které pak způsobí komunikaci s pacientem náročnou a složitou, mohou vést i k nepochopení podávané informace. Toto se pak odrazí v komunikaci sestra- pacient. Nejčastěji se chybuje nepřesným vyjadřováním, hodně informací často i velmi nepodstatných, nesrozumitelných pro pacienta. Nevhodně zvolená slova se mohou stát příčinou nedorozumění a problémů. Proto musíme volit slova uvážlivě. Zdravotníci také někdy používají odborné termíny, které pacientovi nic neříkají. V mnoha případech pacient přikyvuje, tváří se že chápe sdělovaný obsah, aby si o něm personál nemyslel, že je hloupý. Ale v tomto případě komunikace nesplnila svůj účel.

Pro účinnou verbální komunikaci je třeba pečlivě naslouchat pacientovi, projevit zájem o to co pacient sděluje i o něj samotného, naslouchat přání pacienta s respektem a vážností, být pozitivní, volit slova opatrně, pacientovi je třeba naslouchat (Špatenková N., J. Králová 2009, s. 35, 36).

1.2.2 Neverbální komunikace

V rámci pomáhajících profesí ve zdravotnictví má zcela zvláštní význam neverbální komunikace, protože většinu informací dostáváme díky neverbální komunikaci ať už je to mimika tváře, tón hlasu, intonace. Komunikuje se už při prvním pohledu. Také se dá poznat, jak se člověk cítí i přes to, že pacient je cizinec. Skýtá možnost dozvědět se beze slov, co dotyčný cítí (Jankovský J., 2003, s. 72, 73).

Specifikum neverbální komunikace je vzhled a upravenost zevnějšku. Pacienti předpokládají, že zdravotní sestra bude upravena, slušně oblečena. Na pacienty velmi působí neverbální projevy sestry, co dělá, způsob chování než to co říká. Pro tento způsob komunikace mají největší význam projevy v obličeji (mimika), lze vyjádřit strach, smutek, radost, rozčilení. Druhé jsou pohyby rukou a paží a za třetí to je pohyb a pozice těla, nohou (Špatenková N., J. Králová 2009, s. 29, 30).

Důležitou rolí je gestikulace, gesta jsou doplněním verbální komunikace, kdy jí většinou umocní. Posturika je poloha těla, postoj můžeme jím vyjádřit odstup, povýšenost a nezájem. Můžeme také komunikovat pomocí dotyku neboli haptikou, podání ruky, pohlazení, ale i pohlavek. Je však důležité zvážit zda dotek bude akceptován. Také sem patří paralingvistika, která úzce souvisí s verbální komunikací, jde tu především o hlasitost projevu, tón řeči, frázování nebo intonaci. V tomto ohledu může být důležitá odmlka, která může naznačovat zvažování problému anebo ke slovnímu útoku či agresi (Jankovský J., 2003, s. 74).

1.3 Agrese

Agresivní chování bývá spojeno obvykle s určitým emočním prožitkem, který stimuluje a doprovází násilnou reakci, s určitou motivací a způsobem rozumového hodnocení volby násilného jednání. Agrese může fungovat třeba jako kompenzace (zdroj náhradního uspokojení) této potřeby. Agrese použitá v obraně je celkem běžná a sociálně tolerovaná. Může také fungovat jako kompenzace. Každý z nás potřebuje něco dokázat, a jestliže nelze dosáhnout uspokojení obecně přijatelným způsobem, dochází ke zvratu a pak reaguje negativně.

Agresivní jednání může mít epizodický charakter, znamená to, že ve větší míře závisí na aktuálních okolnostech (silný stres). Nebo může jít o trvalou pohotovost k agresivnímu chování, danou typem osobnosti nebo jejím specifickým narušením, které je výsledkem určité biologické či sociální zkušenosti (abúzus alkoholu). Agresivní chování bývá obvykle prostředkem sloužícím k snadnějšímu či rychlejšímu uspokojování osobně významných potřeb, ale stejně dobře se může stát cílem.

Agresivní chování porušuje sociální normy, někoho poškozuje, omezuje něčí práva. Toto je obvykle spojeno s emočním prožitkem, způsobem rozumového hodnocení a určitou motivací. Sklon k agresivitě, bývá podmíněn multifaktoriálně, také se na něm podílí učení i dědičnost (Vágnerová, 2008, s. 768, 769).

1.3.1 Druhy agresivity

Destruktivní zaměření je typické pro agresivní chování. Důležité je rozlišovat různé druhy agresivity z pohledu společenské nebezpečnosti, tohle jde ruku v ruce s motivací aktuálními potřebami a podněty. Pro agresivitu neexistuje obecně přijatá definice. Rozdílný je pohled medicínský, psychologický nebo sociologický.

Zlostná agresivita: Je to reaktivní forma agresivního chování. V tomto případě jde spíše o impulsivní výraz afektu s minimální nebezpečností, pokud se však jedná o mstu, která je také reaktivní, jde o jednání, které je společensky nebezpečné. Patří sem

projevy nenávisti, zášti a cílené způsobování bolesti. To přináší vnitřní uspokojení.

Instrumentální agresivita: Tady se jedná vždy o prostředek k dosažení cíle. Jedná se o případy odvrácení škod a nebezpečí, cílem může být ochrana vlastní nebo ochrana blízkých. Pokud se však jedná, o aktivní jednání zaměřené na uspokojení potřeb je takové jednání hodnoceno pochopitelně negativně. Může stoupat na stupnici od prosazení pozornosti, úcty až k chladnému uspokojení.

Spontánní agresivita: Při tomto typu jednání není spolehlivě prozkoumána míra reaktivity a aktivity. Bez pochyby agresivní chování je patologií kdy způsobení bolesti přináší emocionální uspokojení, uspokojení potřeb, a někdy i potřeb, které jsou abnormální a patologické, příkladem může být sadismus (Fišer S., J. Škoda, 2009, s. 47, 48).

1.4 Vztah sestra a pacient

Od počátku setkání sestry s pacientem, je počátkem komunikace, která má rozhodující význam pro léčbu a další vývoj vztahu sestra pacient. I když v medicíně hraje nemoc hlavní úlohu, musíme stále myslet na to, že je to jen samostatně a nezávisle existující jev. V našem okolí nenalézáme samotnou nemoc, ale nacházíme nemocného člověka. Čím dříve si zdravotní personál začne tuto skutečnost uvědomovat, tím dříve bude schopen rozlišit přístup zaměřený na osobnost pacienta. Zvládat problematiku komunikace, napomáhá zdravotnímu personálu rozvíjet kvalitní vztah s pacientem, i s ošetrovatelským týmem. Lepší komunikační schopnosti přispějí významně ke zlepšení vzájemných vztahů v nejširším okolí na pracovišti, povedou ke zkvalitnění života pacienta a k celkovému uspokojení jeho potřeb (Sestra, str. 28, 2010). Podle Záškodné, Mlčáka (2009, str. 99) je v dnešní psychologii poukazováno na to, že empatie je úzce propojena s pravomocí jednotlivce porozumět jiným lidem a komunikovat s nimi. Vcítění zvyšuje snahu pomáhat druhým. Je nezbytnou součástí sociálních vztahů, kam patří i vztah zdravotníků a pacienta. Vstoupila do pomáhajících oborů, jako jsou pedagogika, ošetrovatelství a sociální práce.

Sestra pomáhá pacientovi s jeho biologickými potřebami, kdykoliv pacient něco potřebuje je nablízku sestra. Pomáhá pacientovi, aby důvěřoval lékaři, přičemž je toto součástí její profese. Pokud má systém lékař, sestra, pacient dobře pracovat měl by mířit ke společnému cíli a vztahy navzájem by měly být v souladu.

Sestra v tomto systému provádí expresivní funkci, což znamená, že tyto funkce jsou spojeny s vytvořením léčebného prostředí, jsou duševní oporou pomáhající pacientovi s přizpůsobením. Tato funkce je významná pro začlenění do sociálního uspořádání, ve kterém je pacient neoddelitelnou součástí. Pro úspěšné léčebné výsledky je důležité, aby spolupráce lékaře, sestry a pacienta byla vyvážená a propojená (S. Bártlová, S. Matulay, 2009, s. 46, 7).

1.5 Profesionální deformace

Pokud je člověk nemocný, bývá více citlivý a úzkostlivý na nepřiměřené projevy chování vůči sobě, podotýká Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011, str. 164). Zdravotníci, ať už lékaři nebo zdravotní sestry, si přestávají uvědomovat, že jejich chování pozorují i ostatní nemocní, kterých se přístup zdravotního personálu dotýká. Jejich chování může působit jako záměrná bezohlednost a určitá otrlost při práci zdravotníků. Zdravotníci mohou vidět pacienta jen jako případ, vymizel psychologický přístup a vytratila se lidskost a zájem o člověka. Vzniká zde citová netečnost a nezájem o pacienta. Takové chování můžeme charakterizovat jako profesionální deformaci. Kalvach a kol. (2011, str. 52) ji nazývá profesní slepotou. Komunikace mezi pacientem a sestrami může vykazovat chyby jako nálepkování, cejchování, zrádčovství, odmítání pozornosti, netrpělivost, zesměšňování, ponižování, opovržení, znevažování nebo podceňování.

Předpoklad získat důvěru ze strany pacienta je osobnost sestry. Pokud má sestra harmonickou, klidnou a sebevědomou osobnost, její vystupování je pohotové, důsledné a rozvážné, je provázeno lidskou účastí a ohledy, je její vystupování důvěryhodné. Důležitý je také, v neposlední řadě její verbální projev a vnější vzhled. Nejlépe se vyšší

odbornost uplatňuje za výše uvedených podmínek, než když je sestra nervózní, uspěchaná, povýšená, přezíravá, zkrátka projevuje-li se naprosto nevhodně. A pokud je k tomu ještě neupravená, má zmačkanou uniformu, nezíská si opravdovou důvěru pacienta.

Klasifikace osobnosti sester podle Hárdiho:

rutinní typ – sestra pracuje přesně a je přísná, chybí jí „lidský pohled“

herecký typ – sestra vystupuje důležitě a její projevy jsou přehnaně emocionální

nervózní sestra – je unavená, v časovém napětí, cítí se podhodnocena, vyhýbá se některým činnostem, má sklon k toxikománii

mužský typ – rozhodná, energická, sebevědomá a důsledná sestra, může být vedoucí pracovníci, školitelkou, bývá také despotická, agresivní

mateřský typ – ochotná, hodná sestra, ne vždy dodržuje správné postupy

specialistka – může mít pocit nadřazenosti díky své odbornosti. (internimedicina. 2007/12/09)

1.5.1 Syndrom vyhoření – Burn-out

Poprvé se zmiňuje o syndromu vyhoření americký psychiatr H. J. Freudenderger z USA v letech 1974–1975, který pracoval v agentuře pro alternativní zdravotní péči. Všiml si, že spoustu zaměstnanců této agentury prožívalo postupné citové vyčerpání, ztráceli motivaci a pracovní nadšení. Toto bylo doprovázeno různými psychickými a fyzickými potížemi, při tomto se projevilo, že se nejedná o abnormální chování několika členů pracovního kolektivu, ale o širší sociální souvislost. Burn-out je výsledek procesu, při němž se lidé velmi intenzivně zabývají nějakým úkolem, až se vytrácí entuziazmus z pracovní činnosti. V této souvislosti dochází k tělesnému i duševnímu vyčerpání, které většinou doprovází celková apatie ke svému okolí (Kontakt 2006, s. 136).

Syndrom vyhoření definujeme změnou chování pracovníka. Pokud se však někdo chová od počátku své pracovní kariéry, jako se chovají, pracovníci

se syndromem vyhoření, jedná se o stálý postoj a ne reakci na pracovní stres. Syndrom vyhoření může vzniknout velmi rychle, za několik týdnů až měsíců. U některých jedinců, jeho vznik předchází vysoké pracovní nasazení, během něhož se snaží dosáhnout co nejlepších výsledků a práci vykonávat co nejkompetentněji (O. Matoušek, 2003, s. 56).

Fáze vývoje syndromu vyhoření u zdravotní sestry:

prvním stádiem vývoje je nadšení – má vysoké cíle, angažuje se

druhým stádiem vývoje je stagnace – cíle se nedaří uskutečňovat

třetím stádiem vývoje je frustrace – vnímání pacienta je negativní, je zklamaná z pracoviště

čtvrtým stádiem vývoje je apatie – mezi ní a okolím převládá zášť, vyhýbá odborným rozhovorům

pátým stádiem vývoje je vlastní syndrom vyhoření – dosahuje stupně úplného vyčerpání, vytrácí se smysl práce, necitelnost, odosobnění.

Z posledního stupně plně rozvinutého syndromu vyhoření je cesta zpět, velmi obtížná. Šťastím je, když se podaří zastavit ve stadiu frustrace nebo apatie. Předpoklad k tomu, aby se syndromu vyhoření zabránilo, je ve fázi stagnace. Symptomy syndromu vyhoření působí nejen na jednotlivce samého, ale i na kvalitu jeho práce. Tento stav rozpozná často velmi pozdě (Urologie pro praxi, 2004, s. 265).

Symptomy vyhoření rozdělujeme, na psychické což může být ztráta odpovědnosti, deprese, myšlenky na sebevraždu, emocionální symptomy jako jsou nervozita, únava, agresivita a tělesné symptomy, které se projevují nespavostí, nechutí k jídlu, vysokým krevním tlakem (Kontakt 2006, s. 137).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat přístup sester k pacientům, kteří jsou pod vlivem alkoholu.
2. Zjistit s jakou problematikou se sestry setkávají při péči o pacienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta ovlivněným alkoholem.
2. Jaký je přístup sester k pacientům, kteří jsou pod vlivem alkoholu.

3 Metodika práce

3.1 Použité metody

Pro šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl prováděn formou rozhovoru. Byla zvolena technika polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru. Seznam otázek je uveden v příloze. V rozhovorech byla zachována anonymita dotazovaných sester. Bylo dotazováno 12 sester. Na úvod rozhovoru byly položeny otázky o délce praxe a nejvyšším dosaženém vzdělání. Další otázky se týkaly četnosti setkávání se s pacienty pod vlivem alkoholu, dále pak chování pacientů pod vlivem alkoholu, komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu, ošetrovatelská péče o pacienty pod vlivem alkoholu a nakonec se otázky týkaly syndromu vyhoření u sester pracujících s pacienty pod vlivem alkoholu. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a poté byly přepsány a nahrány na kompaktní disk, který je součástí bakalářské práce jako příloha. Výzkum probíhal v Nemocnici České Budějovice od 13. 3. 2015 - 19. 3. 2015.

3.2 Postup rozboru rozhovorů se sestrami

Při rozboru rozhovorů bylo použito metody otevřeného kódování, při kterém každá z dotazovaných sester byla označena číslem od jedné do dvanácti. Potom byly v rozhovoru očíslovány řádky, ve kterých byly zaznamenány odpovědi sester. Toto bylo provedeno z důvodu následného odkazování na číslem označené řádky. Metoda, která je nazvána „*papír a tužka*“ byla použita v textu k podtrhnutí důležitých informací. Například pokud byl zpracován rozhovor se sestrou 7, která odpovídala na položenou otázku v řádku 3, kód zapsání se značil 7/3. S tímto zároveň byl vytvořen seznam kódů v příloze. Dále pak byla data rozdělena do pěti kategorií- četnost, chování pacientů pod vlivem alkoholu, komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu, ošetrovatelská péče o pacienty pod vlivem alkoholu, syndrom vyhoření u sester pracujících s pacienty pod vlivem alkoholu. Kategorie - Četnost neměla žádnou podkategorii. Kategorie -

Chování pacientů pod vlivem alkoholu byla rozdělena na čtyři podkategorie (Nejčastější chování pacientů pod vlivem alkoholu, Slovní či fyzický útok od pacienta pod vlivem alkoholu, Rozpoznání hrozícího útoku od pacienta pod vlivem alkoholu, postup při napadení pacientem pod vlivem alkoholu). Kategorie- Komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu byla rozdělena do tří podkategorií (Komunikace, Seminář o komunikaci, Pocity při komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu). Kategorie - Ošetřovatelská péče o pacienty pod vlivem alkoholu byla rozdělena na tři podkategorie (Vadí vám něco na ošetřovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu, Změna ošetřovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu, Názor na ošetřovatelskou péči o pacienty pod vlivem alkoholu). Kategorie - Syndrom vyhoření u sester pracujících s pacienty pod vlivem alkoholu byly vytvořeny dvě podkategorie (Syndrom vyhoření, Výskyt syndromu vyhoření u dotazovaných sester).

3.3 Výzkumný soubor

Rozhovory byly vedeny v nemocnici na odděleních, kde se sestry nejčastěji setkávají s pacienty pod vlivem alkoholu. Bylo osloveno dvanáct sester, které pracují v nemocnici České Budějovice. V tabulce jsou uvedeny základní údaje o sestrách, se kterými byly rozhovory vedeny na odděleních, na kterých pracují - délka praxe, kdy nejkratší doba byla tři roky a nejdelší čtyřicet dva let. Oddělení kde sestry pracují - tři sestry pracují na traumatologické ambulanci, tři sestry na traumatologické JIP a dalších šest sester pracuje na interní JIP. Na dotaz nejvyšší dosažené vzdělání uvedly čtyři sestry vysokoškolské vzdělání (S1, S4, S5, S8), ostatní sestry uváděly středoškolské vzdělání (S2, S3, S6, S7, S9, S10, S11, S12).

4 Výsledky výzkumného šetření

Tabulka: Základní údaje dotazovaných sester

Respondent	Oddělení	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání
S 1	TRO - AMB	7 let	Vysokoškolské
S 2	TRO - AMB	10 let	Středoškolské
S 3	TRO – AMB	35 let	Středoškolské
S 4	Interní – JIP	10 let	Vysokoškolské
S 5	Interní – JIP	5 let	Vysokoškolské
S 6	Interní – JIP	8 let	Středoškolské
S 7	TRO – JIP	3 roky	Středoškolské
S 8	TRO - JIP	18 let	Vysokoškolské
S 9	TRO - JIP	6 let	Středoškolské
S 10	Interní - JIP	22 let	Středoškolské
S 11	Interní - JIP	42 let	Středoškolské
S 12	Interní - JIP	10 let	Středoškolské

Vlastní zdroj

4.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů

Výsledky z rozhovorů byly rozděleny do jednotlivých kategorií, které byly následně děleny do podkategorií.

Kategorie - Četnost

V kategorii četnost byly se sestrami vedeny rozhovory o tom, jak často, ošetřují na ambulancích a odděleních pacienty pod vlivem alkoholu. Několik z nich uvádělo, že se s nimi setkávají denně (S1 - S3, S10, S11). Další uváděly, že se setkávají s těmito pacienty často (S4, S6, S8, S9, S12). Menší počet setkání s pacienty pod vlivem alkoholu uváděly sestry (S5, S7) „Čistě opilí myslím tak třikrát až pětkrát do měsíce, s úrazy třeba z nehod je to samozřejmě častěji (S 7/3, 4).

Kategorie - Chování pacientů pod vlivem alkoholu

Kategorie chování pacientů pod vlivem alkoholu jak nejčastěji se tyto pacienti chovají při ošetrovatelské péči na ambulancích. Bylo vytvořeno pět podkategorií: Nejčastější chování pacientů pod vlivem alkoholu. Slovní či fyzický útok od pacienta pod vlivem alkoholu. Rozpoznání hrozícího útoku od pacienta pod vlivem alkoholu. Postup při napadení pacientem pod vlivem alkoholu. Přivolání pomoci.

Podkategorie - Chování pacientů pod vlivem alkoholu

Většina sester uvádí, že nejčastějším chováním u těchto pacientů je agresivita (S2, S4 - S6, S8 - S12) „Nespolupracují, jsou agresivní a nepřijímají léčbu, nedá se s nimi domluvit“ (S5/4, 5). (S1, S3, S7) uvádí, že je to různé, podle jejich stavu, ale i zde jsou pacienti agresivní. „Záleží na tom, jak jsou opilí, když je to tak do jedné a půl promile tak to celkem jde. Chovají se docela slušně, když je to víc promile, tak je to

samozřejmě agresivita“ (S7/5, 6, 7). Pacienti pod vlivem alkoholu vyvolávají ve zdravotnickém zařízení pozdvižení. Podle Edwardse (2004, str. 14 - 15) při malých dávkách alkoholu jsou veselí, výřeční a smějí se. Při vyšších dávkách jsou hluční, netaktní, nekritičtí, neposlouchají pokyny personálu, někdy jsou až agresivní.

Podkategorie - Slovní či fyzický útok od pacienta pod vlivem alkoholu

Při rozhovorech sestry uvedly, že slovně jsou napadány pravidelně (S1 - S12) „*Slovně nás napadají pokaždé, nepamatuji si, kdyby to tak nebylo“* (S5/6). Menší fyzický útok, který jak udávají je například odstrčení ruky, š'ouchnutí, nebo že se dotýčný brání končetinami at' už horními, nebo dolními, vůči oš'etřovatelské péči uvedlo několik sester (S1, S3, S5, S6, S9, S10). Větší fyzický útok, ke kterému pacienti použili například džbán nebo opravdu cíleně mířenou ránu se záměrem ublížit uvedly (S2, S4, S11) „*Nedávno mě napadl pacient, praštil mě džbánem do hlavy, takže jsem upadla. Měla jsem zablokovanou krční páteř a modřiny na kolenou, ale marodit jsem nešla“*(S 11/5, 6, 7). Tři sestry uvedly, že ještě fyzicky napadeny nebyly (S7, S8, S12).

Podkategorie - Rozpoznání útoku od pacienta pod vlivem alkoholu

V rozhovoru jsme se ptali, jestli sestry rozpoznají hrozící útok od pacientů pod vlivem alkoholu. Většina sester odpovídala, že hrozící útok rozpozná (S1 - S4, S6, S9, S10, S12) „*Řekla bych, že určitě ano za ty léta už to pozná, hlavně výraz očí někdy i z gest a ze slov“*(S6/7, 8). (S5, S7, S8, S11)uvedly, že hrozící útok nedokážou rozpoznat „*Ne vždycky s jistotou“* (S8/6).

Podkategorie - Postup při napadení pacientem pod vlivem alkoholu

Většina sester uvedla, že v první řadě volají sanitáře, lékaře a dále policii (S1 - S12). „*Volala bych, pokud bych mohla sanitáře, lékaře, policii a pak by se musela sepsat mimořádná událost“*(S8/15, 16).

Podkategorie - Přivolání pomoci

V kategorii přivolání pomoci jsme kladli otázku, zda by v případě napadení pacientem pod vlivem alkoholu přijaly možnost, mít na ambulancích nebo na odděleních signalizační tlačítko, které by přivolalo pomoc v případech, kdy jsou zaměstnanci v bezprostředním ohrožení ať už na životě nebo zdraví. Určitě ano odpověděly všechny dotazované sestry (S1 - S3, S5, S6, S10 - S12). „*Určitě. Já bych hrozně chtěla, aby to tady bylo, jako to mají v Praze v Motole na urgentu, že tam v recepci sedí ochranka. Tady končí sestřička na recepci v půl třetí. Kdyby sem v půl třetí, nastoupila ochranka, bylo by to mnohem bezpečnější*“ (S1/39, 40, 41, 42).

Kategorie - Komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu

V kategorii komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu, jsme zjišťovali, jak sestry komunikují s těmito pacienty. Byly vytvořeny tři podkategorie: Komunikace. Seminář o komunikaci. Pocity při komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu.

Podkategorie - Komunikace

Většina sester uvádí, že komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu je ve většině případů velmi těžká. (S1 - S3, S5, S7) hovořily o tom, že komunikují s těmito pacienty jenom minimálně. „*Komunikuji minimálně, sděluji jim to nejdůležitější, změřím vám tlak, naberu vám krev*“ (S5/12, 13). Některé sestry uvedly, že se s nimi snaží komunikovat po dobrém a v klidu, ale také dodávají, že to pokaždé nejde a dodávají, že komunikace je poté minimální (S6, S8 - S9). „*Snažím se po dobrém, v klidu, snažím se nezvyšovat hlas, protože je to značně dráždí, ale ne vždycky se udržím, někdy taky zvýším hlas. Většinou se s nimi moc nebavíme. Nemá to moc cenu, vyvolává to jen konflikty*“ (S6/9, 10, 11). Jedna ze sester uvádí, že s těmito pacienty moc komunikovat nejde. „*Ono s nimi nejde moc komunikovat po dobrým nebo, po zlým komunikujeme s nimi, ale někdy to nemá vůbec žádný efekt*“ (S10/8, 9). Ostatní sestry uvedly, že se snaží komunikovat slušně a zdvořile (S4, S11 - S12). „*Snažím se slušně,*

protože v jejich stavu se dokážou chytout i nevinného slůvka. Hlavně se snažím komunikovat normálně“ (S11/10, 11).

Podkategorie - Seminář o komunikaci

Semináře o komunikaci se zúčastnilo několik sester, ale zároveň udávají, že zmínka o komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu, byla zmíněna pouze okrajově (S1 - S3). *„Máme možnost, také jsem se semináře zúčastnila, něco málo by se snad dalo v praxi použít, ale podle mého názoru tu přednášku dělal člověk, který nebyl z praxe, protože takové ty řeči, snažte se ho uklidnit, to opravdu někdy není možné, dobré je třeba nevystartovat na pacienta, snažit se být v klidu, ale jak říkám někdy to opravdu nejde“.* (S2/13, 14, 15, 16, 17). Některé sestry uváděly, že se snad nějaký seminář o komunikaci konal, ale že se ho nezúčastnily (S4, S6, S7, S9, S10, S12). *„Myslím, že nějaký takový seminář proběhl, ale nezúčastnila jsem se ho“* (S10/10). (S5, S8, S11) uvádějí, že neví, že by se nějaký takový seminář konal. *„Nevím o tom, že by tato nemocnice pořádala něco takového“* (S5/14).

Podkategorie - Pocity při komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu.

Většina sester uvádí, že má strach o své zdraví (S1 - S3, S5, S6, S9, S10, S12). *„Většinou je to obava, aby mi nezpůsobili nějakou újmu na zdraví, protože je většina z nich závislých na alkoholu. A my je musíme vysvléct kvůli ošetření a některým vyšetřením. Cennosti ukládáme zvlášť, a proto jim prohledáváme kapsy a tam je samozřejmě obava, jestli v kapse nebude něco ostrého, nebo jehla. Mám strach samozřejmě, abych se něčím nenakazila (S3/24).* (S4) uvádí, že takovýto pacient by neměl být na intenzivní péči. *„Mám pocit, že takovýto pacient, nemá, co dělat na intenzivní péči myslím si, že by tu měl být celou noc sanitář, abychom měli ochranu před napadením. I když teď poslední dobou s nimi jezdí policie a ty tu čekají, dokud není dotyčný zajištěn a přikurtován pokud to je nutné. Ale v zásadě se jich bojím, třeba jedna příhoda pacient pod vlivem alkoholu tu měl ve věcech zbraň, naštěstí jí nepoužil a policie jí zabavila, než jsme ho propustili (S4/20).* (S7) uvedla, že pocity, nemá žádné, jen jí vadí práce okolo lidí, kteří jsou pouze opilí. Ostatní sestry uvedly, že práce

s těmito lidmi jim nevadí (S8, S11). „ *Já už tu pracuju takový léta, že mi práce s těmito lidmi nevadí*“ (S11/13).

Kategorie - Ošetřovatelská péče o péče o pacienty pod vlivem alkoholu

V kategorii ošetřovatelská péče o pacienty pod vlivem alkoholu, byly se sestrami vedeny rozhovory o tom, zda by něco změnilo na ošetřovatelské péči o tyto pacienty a jestli jim něco vadí na ošetřovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu. Byly vytvořeny tři podkategorie: Podkategorie: Co sestrám vadí na ošetřovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu. Podkategorie: Změna ošetřovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu. Podkategorie: Názor na ošetřovatelskou péči o pacienty pod vlivem alkoholu

Podkategorie - Co sestrám vadí na péči o pacienty pod vlivem alkoholu.

Zde sestry uváděly mnoho rozdílných názorů. (S1, S3) uváděly, že nejvíce jim vadí zneužívání zdravotní péče. „*Nejvíce mi vadí opakovaná péče o tyhle pacienty, kteří si sami volají záchrannou službu, aby byli v teple a nemuseli spát na ulici. Nejhorší je, že ta péče je kolikrát, úplně zbytečná a je na úkor opravdu nemocných lidí*“ (S3/37, 38, 39). Tři sestry uvedly, že jim vadí, když jsou pacienti pomočení, nebo jinak znečištěni. (S2, S4, S10). „*Skoro všechno, když ho přivezou je pomočený, pokálený, pozvracený, smrdí alkoholem, zkrátka vadí mi skoro všechno. Hlavně je zbytečná, jsem tu, abych se starala o nemocné lidi, a ne o ty, co se sami devastují*“ (S4/29, 30, 31). (S7) uvedla, že jí vadí opilí pacienti, co se přijdou vyspat do nemocnice. Dvě sestry uvedly, že jim vadí hlavně to, že leží vedle nemocných lidí, kteří potřebují klid. (S9, S11) „*Vadí, měli by se vozit na záchytku a neměli by ležet vedle nemocných lidí, kteří by měli mít klid*“ (S11/15, 16). (S5) uvedla, že jí na péči o pacienty pod vlivem alkoholu vadí všechno. (S6) uvádí, že jí vadí celkově péče o pacienty pod vlivem alkoholu. „*Vadí mi celkově ta péče o tyhle lidi a hlavně jsem nestudovala a nešla jsem dělat tuhle práci, abych se starala o opilce*“ (S6/20, 21). Další sestry uvedly, že jim na ošetřovatelské péči o tyto pacienty

nevadí nic. „Nemůžu říct, že by mi konkrétně něco vadilo, jsou to pacienti jako každý jiný. Nevadí mi nic“ (S8/13, 14).

Podkategorie - Změna ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu.

V této podkategorii byla sestřám položena otázka, zda by něco změnily na ošetrovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu. Pět z dotazovaných sester byla pro, aby si tito pacienti hradili kompletně péči z vlastních zdrojů (S1-S3, S7, S11). „Co můžete změnit, ale kdyby to šlo, měli by si tu péči hradit, strhnout jim to z důchodů, nebo dávek“ (S11/20, 1). (S4) by chtěla u nich na oddělení klecové lůžko. „Jo určitě napadá, myslím si, že by nebylo od věci mít klecové lůžko, protože, když je člověk přivázaný k posteli, jako že u nás většina je, tak u něho stoupá agresivita, kdežto kdyby byl v klecovém lůžku tak si kanylu samozřejmě může vytrhnout, ale může se poškrabat, když ho svědí nos, může se otočit v posteli, dát si ruku pod hlavu, když je zvyklý tak spát. Je to pro něj méně ponižující (S4/36). Jedna ze sester uvedla: „Rozhodně je nenutit do něčeho co nechtějí, pokud jsou tedy jenom opilí, zatěžuje to nás, zatěžuje to i je a jsou z toho zbytečné konflikty“ (S9/20, 21). Zbytek sester uvedl, že by pacienty pod vlivem alkoholu vůbec neměli přijímat do nemocnice (S5, S6, S8, S10, S12). „Myslím si, že se vůbec nic změnit nedá, to není v našich silách, snad jen to, aby je k nám nevozili, ale aby je dávali na záchytku“ (S12/16, 17).

Podkategorie - Názor na ošetrovatelskou péči o pacienty pod vlivem alkoholu.

V této podkategorii jsem zjišťovala názor sester na ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. (S2, S3, S5 - S7, S12) „Někdy je to opravdu zbytečná práce, kdy nás doslova využívají, všichni znají svoje práva, ale svoje povinnosti nezná ani jeden z nich. Neříkám, že všichni jsou ošetřeni zbytečně, ale většinou to tak je“ (S3/46, 47, 48). Tři sestry uvedly, že nezbývá nic jiného než se postarat. „Nezbývá nám nic jiného, než se o ně postarat, protože samozřejmě jsou taky, sice vlastní vinnou v ohrožení života a postarat se o ně musíme“ (S11/22, 23). (S4) uvedla, že je tato ošetrovatelská péče krajně nepříjemná a že nestudovala proto, aby se starala o opilé pacienty. Poslední dvě

sestry uvedly, že tato péče zcela jistě k něčemu je (S8, S9). „*Myslím, že je dobrá, alespoň nějaká observace, stalo se několikrát, že stav dotyčného se změnil k horšímu*“ (S9/22, 23).

Kategorie syndrom vyhoření

V kategorii syndrom vyhoření u sester pracujících s pacienty pod vlivem alkoholu, jsem se zabývala otázkou, zda u sester, které se často setkávají, s pacienty pod vlivem alkoholu hrozí větší riziko syndromu vyhoření a zda samy na sobě pozorují příznaky syndromu vyhoření. Byly vytvořeny dvě podkategorie: Syndrom vyhoření. Výskyt syndromu vyhoření u dotazovaných sester.

Podkategorie - Syndrom vyhoření

Jedenáct z dotazovaných sester uvedlo, že syndrom vyhoření u sester, které se setkávají s pacienty pod vlivem alkoholu, zcela určitě hrozí daleko více než u sester, které se s nimi ve své praxi nesetkávají (S1 - S3, S5 - S12). „*Myslím si, že ano, ta práce je povšechně náročná, ale opilci k dobré pohodě v práci moc nepřispívají*“ (S9/24 ,25). (S4) uvádí, že syndrom vyhoření hrozí u každého zdravotníka a že nezáleží na tom, o koho se sestry starají.

Podkategorie - Výskyt syndromu vyhoření u dotazovaných sester

V této podkategorii jsem se dotazovala sester, zda syndrom vyhoření už někdy na sobě pozorovaly (S1, S3, S5, S8, S9, S10, S12) uváděly, že syndrom vyhoření na sobě ještě nepozorovaly. „*Já mám tuhle práci ráda, takže syndrom vyhoření na sobě nepozoruji*“ (S10/27, 28). Dvě sestry uvedly, že občas na sobě syndrom vyhoření pozorují (S7,S11). „*Sama na sobě jsem ho už za tu letitou praxi pocítila, ale nikdy to nebylo vážné*“ (S11/24, 25). Zbylé sestry uvedly, že syndrom vyhoření na sobě pozorovaly, ale zachránila je mateřská dovolená (S2, S4, S6). „*Já než jsem šla*

na mateřskou, tak myslím, že jsem na sobě začala pozorovat mírně syndrom vyhoření, takže jsem odešla včas“ (S6/34, 35).

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu a jejími specifiky. Při našem výzkumu jsme zjistili, že sestry, které pracují na odděleních, kde jsem vedla rozhovory, dosáhly odlišného stupně vzdělání, také se lišila délka jejich praxe.

Dnes žijeme v době, která s sebou nese jev velmi časté konzumace alkoholu a to se odráží ve zvýšení počtu ošetřených pacientů pod vlivem alkoholu. Z našeho výzkumu vyplynulo, že se zkoumané sestry setkávají velmi často na svých odděleních i ambulancích s pacienty pod vlivem alkoholu. Například Táplová (2013, s. 69) uvádí ve své bakalářské práci, můžeme říci, že zdravotníci se denně setkávají se dvěma až třemi pacienty pod vlivem alkoholu. Některé ze sester v kategorii četnost uváděly, že s pacienty pod vlivem alkoholu se setkává denně, některé uváděly setkání časté a několik sester uvedlo, že se s těmito pacienty setkávají několikrát za měsíc.

Ve druhé kategorii jsme se zabývali chováním pacientů pod vlivem alkoholu, bylo vytvořeno pět podkategorií. V první podkategorii sestry uváděly, že nejčastějším chováním těchto pacientů je agresivita. Krahulcová (2009, s. 74) uvedla v bakalářské práci, že agrese pod vlivem alkoholu je velmi častá. Vztah množství alkoholu na agresi je nelineární, záleží, kdy a kde se alkohol pije, na psychickém stavu pacienta, toleranci alkoholu, hmotnosti pacienta. Agrese může vzniknout při intoxikaci nebo pak v deliriu. Několik sester uvádělo, že také záleží na jejich stavu a jak moc jsou pod vlivem alkoholu. Ve druhé podkategorii nás zajímalo, zda byly sestry napadeny ať už slovně, či fyzicky. Křivohlavý (2009, s. 197) uvádí, že vztah mezi alkoholem a agresivitou byl prokázán nejen v praxi, ale i v laboratoři. Lidé pod vlivem alkoholu si troufnou na stejně silného soupeře, případně i silnějšího, ale také na druhé straně zvyšuje jejich pocit nadřazenosti a agresivity vůči slabšímu člověku. Všechny sestry shodně udávaly, že od těchto pacientů jsou slovně napadány pravidelně. Menší fyzický útok, kterým je myšleno odstrčení ruky nebo šťouchnutí zažila polovina sester ze všech dotazovaných. Větší fyzický útok, ke kterému pacienti použili vybavení pokojů či ambulancí, uvedly tři sestry, další sestry uváděly, že doposud napadeny nebyly, jedna sestra uvedla,

že od fyzického napadení jí uchránil řidič zdravotnické záchranné služby, kdy pacientovi pod vlivem alkoholu zachytil ruku, kterou jí chtěl pacient udeřit do obličeje. V podkategorii rozpoznání útoku od pacienta pod vlivem alkoholu, většina sester uvedla, že hrozící útok poznají, hlavně z výrazu očí, gest nebo i slov. Při opilosti do 2,5 promile se zvyšují příznaky jako je zvýšená hovornost, celková uvolněnost a poruchy motorické koordinace, dále pak dochází k projevům agrese, zvyšuje se sebevědomí pacienta, který přestává dodržovat společenské normy (Pavlovský, 2009, s. 55). Čtyři sestry uvedly, že ne vždy s jistotou dokážou hrozící útok rozpoznat. V podkategorii postup při napadení pacientem pod vlivem alkoholu uvedly všechny sestry, že v první řadě si volají na pomoc sanitáře poté lékaře, pokud je k zastížení a dále pak policii a to až už městskou nebo státní. Pokud dojde, k napadení ošetrovatelského personálu se musí sepsat mimořádná událost. Přemilová (2010, s. 97) uvádí, že je důležité zaznamenat tyto situace jako mimořádnou událost, kvůli, případné právní ochraně sester. V podkategorii přivolání pomoci jsme zjišťovali, zda by sestry v případech, kdy se cítí ohrožené na životě, nebo zdraví uvítaly signalizační tlačítko, které by přivolalo pomoc bez toho, aby složitě telefonovali až už na policii nebo volaly bezpečnostní službu, která je přítomna nepřetržitě v areálu nemocnice. Jedna ze sester uvádí „*Určitě. Já bych hrozně chtěla, aby to tady bylo, jak o to mají v Praze v Motole na urgentu, že tam v recepci sedí ochranka. Tady končí sestřička na recepci v půl třetí. Kdyby sem v půl třetí, nastoupila ochranka, bylo by to mnohem bezpečnější*“.

V třetí kategorii jsme se zabývali komunikací s pacienty pod vlivem alkoholu, kdy jsme zjišťovali, jak sestry komunikují s pacienty pod vlivem alkoholu. V této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie, komunikace, seminář o komunikaci a pocity při komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu. V podkategorii komunikace nás zajímalo jaká je komunikace s pacienty pod vlivem alkoholu. V této podkategorii uvádí většina sester, že komunikace s těmito pacienty je velmi obtížná a komunikují s nimi jenom minimálně, pouze jim sdělují nejnnutnější informace. Můžeme obecně říci, že v ebrietě jsou vnímání a pozornost otupeny. K zásadám komunikace s těmito pacienty patří jasná srozumitelnost a konkrétnost, dále se snažíme zůstat klidní a neutrální při tomto jednání by mělo být riziko neadekvátních reakcí pacienta pod vlivem alkoholu

menší (Venglářová, 2006, s. 140, 141). Některé sestry uváděly, že se snaží s těmito pacienty komunikovat po dobrém, v klidu, ale také dodaly, že pokaždé to také nejde a potom je komunikace s nimi minimální. Jedna ze sester uvedla, že někdy také zvýší hlas, když už to opravdu jinak nejde, ale podotýká, že toto nemá moc cenu, protože to zbytečně vyvolává konflikty. Ostatní sestry uvedly, že se snaží komunikovat slušně a jako s každým jiným pacientem, protože pokud jsou, pod vlivem alkoholu dokážou se chytout i nevinného slůvka a konflikt je na světě. V podkategorii seminář o komunikaci jsme se ptali, zda mají možnost zúčastnit se nějakého semináře o komunikaci. Tři sestry se semináře zúčastnily, ale o komunikaci s pacientem pod vlivem alkoholu byla zmínka jenom okrajově. Podle názoru jedné sestry na tomto semináři přednášel člověk, který nebyl z praxe, protože rada „snažte se pacienta uklidnit“ většinou nefunguje a hlavně to není většinou ani dost dobře možné. Ale zase na druhou stranu rada „snažte se být v klidu a nevystartovat na pacienta“, který je, pod vlivem alkoholu je někdy účinná. Několik sester uvedlo, že nějaký seminář proběhl, ale nezúčastnily se ho. Tři sestry uvedly, že neslyšely o tom, že by se nějaký seminář o komunikaci konal. V podkategorii pocity při komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu jsme zjišťovali, jak se sestry cítí, když se starají o tyto pacienty. Zde většina sester uvádí, že mají strach o své zdraví, když pacienty připravují na vyšetření anebo na příjem musí pacienty vysvléct a přitom kolikrát nachází různé nože a jiné ostré předměty tady samozřejmě vyvstává obava, aby se neporanily a něčím se třeba nenakazily. Pak také je tu obava z fyzického napadení, protože ne všichni pacienti pod vlivem alkoholu se bez problému nechají vysvlécti a hned třeba zaútočí na sestry nebo jiný ošetřovatelský personál. Jedna ze sester uvedla, že pacienti, kteří jsou, pod vlivem alkoholu nemají být hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, uvádí, že se jich v zásadě bojí a pokud jsou hospitalizováni, u nich na oddělení by tam s nimi měl být celou noc sanitář. Také podotkla, že jednou našli ve věcech pacienta střelnou zbraň, kterou naštěstí nepoužil a jak také říká, v poslední době jezdí s těmito pacienty policie, která počká na místě, než mají pacienta zajištěného, takže příjmy pacientů pod vlivem alkoholu jsou nyní klidnější. Jedna ze sester uvádí, že nemá žádné pocity při ošetřovatelské péči o tyto pacienty, ale vadí jí práce okolo pacientů, kteří jsou

pod vlivem alkoholu. Další ze sester uvádí, že nemá ráda práci okolo těchto pacientů a podotýká, že nešla studovat obor všeobecná sestra, aby se starala o pacienty pod vlivem alkoholu. Poslední dvě sestry uvedly, že nemají problém s péčí o tyto pacienty.

Ve čtvrté kategorii jsme se zabývali ošetrovatelskou péčí o pacienty pod vlivem alkoholu. Tato kategorie byla rozdělena na tři podkategorie. První podkategorie je, co sestrám vadí na ošetrovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu. Druhá je změna ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu a třetí podkategorie názor na ošetrovatelskou péči o pacienty pod vlivem alkoholu. V podkategorii vadí vám něco na ošetrovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu, byly názory sester odlišné, dvě sestry uvedly, že jim vadí zneužívání zdravotní péče hlavně nejvíce pak opakovaná péče, pacienti pod vlivem alkoholu si sami volají záchrannou službu z důvodu toho, aby nemuseli spát venku a přečkali noc v teple, protože ví, že pokud jsou pod vlivem alkoholu tak je pošlou na protialkoholní záchytnou stanici, pokud tam však není místo, zůstanou v nemocnici v teple. Jsou to samozřejmě ve většině případů lidé bez domova. Tři sestry nadále uvedly, že jim nejvíce vadí, pokud jsou tito pacienti pomočení nebo pozvracení. Jedna z těchto sester uvádí, že je tato péče ve většině případů zbytečná. Také dále uvedla, že chodí do práce proto, aby se starala o nemocné lidi a ne o lidi co se sami „devastují“. Další sestry uváděly, že nejvíce jim vadí, že leží vedle nemocných pacientů, kteří potřebují klid. Poslední tři sestry uvedly, že na ošetrovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu jim nevadí nic, že je berou jako jiné pacienty.

V podkategorii změna ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu, jsme zjišťovali, zda by sestry něco chtěly změnit na ošetrovatelské péči o tyto pacienty. Pět z dotazovaných sester uvádělo, že by byly pro to, aby si poskytovanou péči hradili tito pacienti z důchodů nebo sociálních dávek. Jedna ze sester uváděla, že by chtěla mít na oddělení klecové lůžko, protože pokud jsou pacienti kurtováni k lůžku, jako že většina pacientů u nich na oddělení je, zvyšuje se u nich agresivita a je to i logické, protože se nemohou ani otočit, poškrábat, dát si ruku pod hlavu. Je zřejmé, že zavedený intravenózní žilní katétr si mohou vytáhnout i v klecovém lůžku, ale do jisté míry mají určitý komfort. Další ze sester uvedla „*Rozhodně je nenutit do něčeho co nechtějí, pokud jsou tedy jenom opilí*“. Protože jak dále uvedla, z tohoto plynou jenom další

konflikty, který všechen personál jenom zatěžuje. Posledních pět sester uvedlo, že si myslí, že se nedá změnit vůbec nic a takové pacienty vůbec neměli přijímat do nemocnice, protože by je měli vozit rovnou na protialkoholní záchytnou stanici.

V podkategorii názor na ošetrovatelskou péči o pacienty pod vlivem alkoholu jsme zjišťovali, jaký mají sestry názor na péči o tyto pacienty. Polovina sester uvedla, že je tato péče někdy opravdu zbytečná, kdy tito pacienti doslova, zneužívají péči, která je jim poskytována. Jedna z těchto sester udává: „*Všichni znají svoje práva, ale svoje povinnosti nezná ani jeden z nich*“. Ale také dodává, že ne všichni pacienti jsou ošetřeni zbytečně. Tři sestry uvedly, že i když ohrožují svůj život vlastní vinnou, musí se o tyto pacienty postarat. Jedna ze sester uvedla, že je tato péče krajně nepříjemná a nestudovala vysokou školu proto, aby se starala o pacienty pod vlivem alkoholu. Poslední dvě sestry se domnívají, že tato péče je zcela jistě k něčemu, protože již několikrát zažily, že se stav pacienta pod vlivem alkoholu změnil k horšímu.

Poslední kategorií byla syndrom vyhoření u sester pracujících s pacienty pod vlivem alkoholu. V této kategorii jsme se zabývali otázkou, jestli u sester, které se často setkávají s pacienty pod vlivem alkoholu, hrozí větší riziko syndromu vyhoření. Zde byly vytvořeny dvě podkategorie, syndrom vyhoření a výskyt syndromu vyhoření u dotazovaných sester. V podkategorii syndrom vyhoření jedenáct z dotazovaných uvedlo, že syndrom vyhoření u sester, které pracují s pacienty pod vlivem alkoholu, je riziko určitě vyšší. Syndrom vyhoření je důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou (Bartošíková, 2006, s. 41). Sestry si myslí, že tato práce je náročná sama o sobě, ale pacienti pod vlivem alkoholu k dobré pohodě v práci moc nepřispívají. Poslední sestra si myslí, že syndrom vyhoření hrozí u každého zdravotníka, ať už se starají o pacienty pod vlivem alkoholu, nebo jsou to pacienti, kteří pod vlivem alkoholu nejsou. Přemilová (2013, s. 98) „*Myslím si, že syndrom vyhoření je reálný problém. Přiklonila bych se spíše, k termínu „vyhořívání“ a to pozoruji vesměs na každé sestře. Jistě by bylo pro každou sestru velkým přínosem a povzbuzením, kdyby slyšela z úst svých nadřízených a klientů slova uznání a díky za náročnou práci*“. Poslední podkategorii je výskyt syndromu vyhoření u dotazovaných sester. V této podkategorii jsme se dotazovali sester, zda na sobě

pozorují nebo někdy v minulosti pozorovaly syndrom vyhoření. Zde sedm sester uvedlo, že syndrom vyhoření prozatím na sobě nepozorovaly, jedna z těchto sester uvedla, že má ráda svoji práci a tak syndrom vyhoření na sobě ještě nikdy nepozorovala. Dvě sestry uvádějí, že syndrom vyhoření na sobě už pozorovaly, ale nikdy to nebylo vážné. Poslední sestry uvedly, že syndrom vyhoření na sobě pozorovaly, ale zachránila je mateřská dovolená, kdy si doma odpočinuly, ale po nějaké době už se těšily do práce. Doporučená prevence syndromu vyhoření je postarat se o příjemný aktivně fyzický a příjemný život mimo roli pomáhajícího. Pokud se ztotožňujeme s myšlenkou starat se o druhé, měli bychom se umět dobře postarat o sebe (Bartošíková, 2006, s. 42).

Já již několik let pracuji na Protialkoholní záchytné stanici v Českých Budějovicích a denně se setkávám s pacienty pod vlivem alkoholu. Naši pacienti se chovají stejně, jak bylo zjištěno v našem výzkumu, někteří se chovají slušně a spolupracují s námi, ovšem ve většině případů i u nás se chovají agresivně. Převládá verbální agresivita, ale ani fyzické útoky nejsou výjimkou. Komunikace s pacienty, kteří jsou k nám přijímáni, je zpravidla minimální, protože většinou s námi komunikovat nechtějí. U každého příjmu je u nás přítomna policie, kvůli naší ochraně, protože ve službě je pouze sestra a sanitář a my také nejsme represivní složka jako sestry na ambulancích a odděleních. Také protože se občas vyskytnou pacienti, kteří jsou vybaveni různými zbraněmi, jako na příklad před nedávnem k nám byl přivezen pacient záchranou službou a měl u sebe velmi slušnou sbírku zbraní, která skýtala asi dvacet nožů, plynovou pistoli a mnoho dalších, které následně policie zabavila. Ze začátku, když jsem nastoupila, mi bylo některých pacientů líto, ale když jsem se s nimi začala setkávat pravidelně, tak mě lítost opustila. Samozřejmě někteří lidé se k nám dostanou pouze jednou za život většinou, ale převažují pacienti, kteří se vrací. Pocity při komunikaci s těmito pacienty mívám smíšené, většinou nevím, co se od nich dá čekat. Syndrom vyhoření zatím nepociťuji, jsem ve své práci spokojená.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče o pacienty pod vlivem alkoholu. Protože konzumace alkoholu v dnešní době stoupá, tudíž z tohoto faktu vyplývá, že se sestry na odděleních i v ambulancích setkávají stále častěji s pacienty pod vlivem alkoholu.

Stanovili jsme si dva cíle, pro jejich zjištění byl zvolen kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Následně byly rozhovory zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka papír. Cíl 1: Zmapovat přístup sester k pacientům, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Cíl 2: Zjistit, s jakou problematikou se sestry setkávají při péči o pacienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Oba cíle byly splněny.

V rámci našeho šetření byla stanovena výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta pod vlivem alkoholu? Výzkumná otázka č. 2: Jaký je přístup sester k pacientům, kteří jsou pod vlivem alkoholu? Na základě těchto výzkumných otázek, je možno stanovit následné odpovědi (tvrzení).

Sestry, ošetřující pacienty pod vlivem alkoholu jako specifika své práce spatřují v komunikaci s pacienty, práce s agresivními pacienty, spolupráci s policií

Sestry přistupují k pacientům pod vlivem alkoholu obezřetně, snaží se s nimi komunikovat v klidu, podávají pouze nejdůležitější informace, snaží se vyhnout fyzickému napadení, také zde hrozí větší riziko syndromu vyhoření, z důvodu větší psychické zátěže při ošetrovatelské péči o pacienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu.

Z výsledků vyplynulo, že ošetrovatelská péče o pacienty pod vlivem alkoholu je velice náročná na psychiku i fyzický stav sester, které se o tyto pacienty starají. Práce na ambulancích i na odděleních je sama o sobě dosti náročná, a pacienti pod vlivem alkoholu tuto náročnost ještě zvyšují. Mezi další, negativní hledisko práce s pacienty pod vlivem alkoholu, také patří, že svým chováním snižují vážnost povolání sester.

7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009, 141 s. ISBN 9788080633066.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 86 s. ISBN 8070134399.

ČERNÁ, R., KOŽÍKOVÁ, Z. Syndrom vyhoření (BURN-OUT SYNDROM) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 6, s. 265. ISSN 1213-1768.

EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula*. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: NLN. ISBN 80-7106-696-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

FÍŠAR, Zdeněk a Roman JIRÁK. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2001, 315 s. ISBN 8024700611.

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTO VÁ. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2007, 604 s. ISBN 9788090370890.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. ISBN 9788024714110.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KRAHULCOVÁ, Ivana, 2009, *Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi*, Zlín. Bakalářská práce (Bc.) UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. Ústav ošetrovatelství

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 8071787744.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

NEŠPOR, Karel, Česká televize, [on line] Čtvrtině 16letých se alkohol podepíše na vývoji mozku [cit. 2013-9] dostupné: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/242011-nespor-ctvrtine-16letych-se-alkohol-podepise-na-vyvoji-mozku/>>

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

PAVLOVSKÝ, Pavel. *psychiatria pre prax: patologická intoxikace*. solen, 2012, roč. 13, č.3. ISSN 1339-4258.
http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=magazine_info&magazine_id=2

PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 226. ISBN 978-80-247-2618-2.

POPOV, Petr. Problematika alkoholu v ČR z hlediska adiktologie. *Problematika alkoholu v ČR z hlediska adiktologie*. 2013, roč. 9, č. 9. ISSN 1214-8881

PROKELOVÁ Pavla, Darja Jarošová, *Kontakt: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity = Scientific acta Faculty of Social and Health Studies*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 1999- . ISSN 1212-4117

PŘEMILOVÁ, Zdeňka, 2010, *Problematika práce všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu*, České Budějovice. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

ŘEKNI DROGÁM NE- ŘEKNI ANO ŽIVOTU [on line] [cit. 2009] Dostupné z: <http://www.drogy.cz/alkohol/kap-alkohol-kratka-historie.html>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŤÁPALOVÁ, Jana Bc., 2013, *Chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu*, Zlín. Diplomová práce (Mgr.) UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. Fakulta humanitních studií.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006, 144 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHOVÁ Veronika, Dagmar Škočová, *Boj s profesionální deformací* [on line] 2007 ISSN 569–570 Dostupné z <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2007/12/09.pdf>

ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdenek MLČÁK, 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-306-6.
zdravotních sester. *Urologie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 6, s. 265. ISSN 1213-1768.

ZACHAROVÁ, Eva, *Sestra* [on line] *Specifika komunikace sestry a pacienta* [cit. 2007-10] Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-komunikace-sestry-a-pacienta-v-klinicke-praxi>>, ISSN 453-224

ZIKMUND, Jaroslav, [on line] *Stanovení hladiny alkoholu v organismu člověka*. Dostupné z:< <http://www.zikmund.org/alkohol/stanoveni.htm>>

8 Klíčová slova

Alkohol

Intoxikace

Abúzus

Agrese

Komunikace

Ošetrovatelská péče

Syndrom vyhoření

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1- Přístroj na měření alkoholu Dräger Alcotest 7410

Příloha 2- Přístroj na měření alkoholu Dräger Alcotest 6510

Příloha 3- Pomůcky k odběru krve na alkohol

Příloha 4- Seznam otázek k rozhovorům

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

Příloha 1- Přístroj na měření alkoholu Dräger Alcotest 7410



Zdroj vlastní

Příloha 2- Přístroj na měření alkoholu Dräger Alcotest 6510



Zdroj vlastní

Příloha- 3 Pomůcky k odběru krve na alkohol



Zdroj vlastní

Příloha 4 SEZNAM OTÁZEK K ROZHOVORU

Otázky k hloubkovému polostrukturovanému rozhovoru

- Jak dlouho pracujete na této ambulanci?
- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jak často se setkáváte s pacienty pod vlivem alkoholu?
- Jaké je nejčastější chování pacientů pod vlivem alkoholu?
- Byla jste někdy slovně nebo fyzicky napadena?
- (Měla jste někdy pracovní úraz v souvislosti s pacientem pod vlivem alkoholu?)
- Rozpoznáte hrozící útok od ošetřovaných pacientů pod vlivem alkoholu?
- Jak komunikujete s těmito pacienty?
- Je možnost zúčastnit se nějakého semináře o komunikaci s těmito pacienty?
- Jaké máte pocity při komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu?
- Jaký je další postup po ošetření těchto pacientů?
- Existuje něco, co vám vadí na ošetřovatelské péči o pacienty pod vlivem alkoholu?
- Jak postupujete, pokud dojde k napadení pacientem pod vlivem alkoholu?
- Bylo by pro vás přínosem signalizační zařízení, kterým si můžete přivolat pomoc?
- Napadá vás něco, co byste změnila z vašeho pohledu na ošetřovatelské péči o tyto pacienty?
- Jaký je váš názor na ošetřovatelskou péči o tyto pacienty a syndrom vyhoření u zdravotních sester, které je ošetřují?