

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**VYBRANÉ AKUTNÍ INTOXIKACE
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Bakalářská práce

KAROLÍNA PŘÍHODOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Dana Vaňharová

Praha 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Daně Vaňharové, vedoucí mé bakalářské práce, za čas a ochotu, kterou mi věnovala při konzultacích, za pomoc, odborné vedení a za podnětné připomínky, jimiž mě nasměrovala. Zároveň děkuji své rodině za vytvoření podmínek potřebných k napsání mé bakalářské práce a za nekonečnou toleranci, kterou mě obklopila. Dále děkuji všem, kteří mi byli ochotni přispět cennými radami i zapůjčením studijních materiálů. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým přátelům, za jejich nezměrnou podporu, trpělivost a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

PŘÍHODOVÁ, Karolína. *Vybrané akutní intoxikace v přednemocniční neodkladné péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Dana Vaňharová. Praha. 2014. 100 s.

Tématem bakalářské práce je Vybrané akutní intoxikace v přednemocniční neodkladné péči. Teoretická část blíže charakterizuje návykové látky a je rozdělena na tři základní části. Práce se věnuje definici intoxikace, kategorizaci návykových látek, jejich účinkům, zábranám působení jejich účinků a léčebným postupům. V další části popisujeme návykové látky, a to včetně jejich historie, psychologických a fyzických důsledků jejich užívání. Třetí velká kapitola sestává z detailně popsanych, v dnešní době nejužívanějších návykových látek. Poslední pasáž teoretické části charakterizuje uživatele návykových látek a popisuje také zdravotní péči včetně rozboru finanční náročnosti této problematiky.

Nosnou částí bakalářské práce je její praktická část, která zpracovává a vyhodnocuje dotazníkové šetření. Otázky v dotazníku jsou zaměřeny na problematiku a charakteristiku častých výjezdů k intoxikovaným pacientům a poukazují i na jejich stále vzrůstající tendenci. Praktická část se dále zabývá často nesnadným ošetřením problematických pacientů a s tím spojeným potřebným výcvikem a schopnostmi zdravotnických záchranářů. Závěr práce pak přináší samotné shrnutí výsledků průzkumného šetření, vyplývajících z jeho zpracování a vyhodnocení.

Klíčová slova

Akutní intoxikace. Návyková látka. Přednemocniční neodkladná péče. Antidotum.

ABSTRACT

PŘÍHODOVÁ, Karolína. *Selected Acute Intoxicatin in Pre - hospital Emergency Care*. Nursing College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Dana Vaňharová. Prague. 2014. 100 pages.

The main topic of the bachelor thesis is Selected acute intoxications in pre - hospital emergency care. Its theoretical part describes addictive substances and is focused on three basic parts. The introduction deals with the definition of intoxication and addictive drugs group division, their effects, drug effect prevention and medical procedures. In the next part we describe the addictive substances including their history and psychological and physical consequences of their use. The third major chapter individually describes today's most popular addictive substances. The last passage of the theoretical part is focused on characteristics of drug users and their health care, including pointing out the financial side of this issue.

The bearing part of the thesis is the practical part, in which questionnaires were processed and evaluated. The questions in the questionnaire are focused on the issue of rising problematic of trips to intoxicated patients and their characteristics. Also, it deals with the capabilities of paramedics that are needed for the difficult treatment of these often problematic patients. The conclusion of the thesis are results arising from processing and evaluating the survey.

Keywords

Acute intoxication. Addictive substance. Pre-hospital emergency care. Antidote.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	18
1 AKUTNÍ INTOXIKACE.....	20
1.1 DEFINICE INTOXIKACE.....	20
1.2 DĚLENÍ OTRAVNÝCH LÁTEK.....	21
1.2.1 LÁTKY DRÁŽDIVÉ.....	21
1.2.2 LÁTKY PŮSOBÍCÍ NA CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	21
1.2.3 NEUROTOXICKÉ LÁTKY	22
1.2.4 HEPATONEFROTOXICKÉ LÁTKY	22
1.2.5 KREVNÍ JEDY.....	22
1.3 PŘÍČINY INTOXIKACE ORGANISMU	22
1.4 CESTY VSTUPU OTRAVNÝCH LÁTEK DO ORGANISMU.....	23
1.5 POŠKOZENÍ ORGANISMU OTRAVNÝMI LÁTKAMI.....	23
1.6 OBECNÉ PŘÍZNAKY INTOXIKACÍ	24
1.7 OPATŘENÍ PŘI INTOXIKACÍCH.....	25
1.7.1 PŘERUŠENÍ EXPOZICE.....	26
1.7.2 DEKONTAMINACE POSTIŽENÉHO.....	26
1.7.3 ELIMINAČNÍ METODY	26
1.7.4 ANTIDOTA	27
1.8 POSTUPY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI U INTOXIKACÍ	27
1.8.1 ANAMNÉZA	27

1.8.2	ZAJIŠTĚNÍ INTOXIKOVANÉHO PACIENTA V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI.....	28
2	NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	30
2.1	HISTORIE ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	30
2.2	NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ A ZÁVISLOST	31
2.2.1	IDENTIFIKACE ZÁVISLOSTI.....	31
2.2.2	KŘÍŽOVÁ A POLYMORFNÍ ZÁVISLOST	32
2.2.3	ODVYKACÍ SYNDROM.....	32
2.2.4	FLASHBACK.....	32
2.3	LÉČENÍ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ	33
2.4	RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	33
2.5	ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY SOUVISEJÍCÍ S UŽÍVÁNÍM DROG	34
2.5.1	HEPATITIDY TYPU A, B, C	34
2.5.2	HIV A AIDS.....	35
2.5.3	ABSCESSY	36
2.5.4	CHRONICKÉ RÁNY.....	36
3	NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ SKUPINY NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	37
3.1	ALKOHOL	37
3.1.1	INTOXIKACE ALKOHOLEM.....	38
3.1.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO ALKOHOLEM V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	39
3.1.3	TERAPIE PACIENTA INTOXIKOVANÉHO ALKOHOLEM V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ.....	39
3.2	METANOL, ETYLENGLYKOL.....	40
3.2.1	INTOXIKACE METANOLEM A ETYLENGLYKOLEM.....	40

3.2.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO METANOLEM ČI ETYLENGLYKOLEM V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI.....	41
3.2.3	TERAPIE PACIENTA INTOXIKOVANÉHO METANOLEM NEBO ETYLENGLYKOLEM V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ	41
3.3	OPIOIDY A OPIÁTY	41
3.3.1	INTOXIKACE OPIÁTY A OPIOIDY.....	41
3.3.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO OPIÁTY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	42
3.3.3	TERAPIE PACIENTA INTOXIKOVANÉHO OPIÁTY V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ	43
3.3.4	NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ OPIÁTY V ČESKÉ REPUBLICĚ..	43
3.4	STIMULANČNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	44
3.4.1	INTOXIKACE PSYHOSTIMULANCIÍ	44
3.4.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO PSYHOSTIMULANCIÍ V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI.....	44
3.4.3	NEJČASTĚJI UŽÍVANÁ PSYHOSTIMULANCIA.....	45
3.5	HALUCINOGENY.....	46
3.5.1	INTOXIKACE HALUCINOGENY	47
3.5.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO HALUCINOGENY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	47
3.5.3	NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ HALUCINOGENY	48
3.6	KANABINOIDY.....	49
3.6.1	INTOXIKACE KANABINOIDY.....	50
3.6.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO KANABINOIDY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	50
3.7	BENZODIAZEPINY	50
3.7.1	INTOXIKACE BENZODIAZEPINY.....	50
3.7.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO BENZODIAZEPINY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI.....	51
3.8	BARBITURÁTY	51

3.8.1	INTOXIKACE BARBITURÁTY	52
3.8.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO BARBITURÁTY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	52
3.8.3	TERAPIE PACIENTA INTOXIKOVANÉHO BARBITURÁTY V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ.....	52
3.9	TRICYKlickÁ ANTIDEPRESIVA	53
3.9.1	INTOXIKACE TRICYKlickÝMI ANTIDEPRESIVY	53
3.9.2	ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA INTOXIKOVANÉHO TRICYKlickÝMI ANTIDEPRESIVY V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	54
3.9.3	TERAPIE U PACIENTA INTOXIKOVANÉHO TRICYKlickÝMI ANTIDEPRESIVY V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ.....	54
4	UŽIVATELÉ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A ZDRAVOTNÍ PÉČE	56
4.1	FINANCOVÁNÍ PROTIDROGOVÉ POLITIKY	56
5	METODIKA PRÁCE.....	57
6	PRŮZKUM	59
7	DISKUZE.....	12
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	15
	ZÁVĚR.....	98
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	99
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

TIS	toxikologické informační středisko
EKG	elektrokardiogram
SpO₂	saturace krve kyslíkem
GCS	Glasgow coma scale
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
HIV	human imunodeficiency virus
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
CAGE	screeningový dotazník závislosti na návykových látkách
THC	tetrahydrocannabinol
QRS	komplex kmitů na EKG, který zobrazuje depolarizaci komor

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Jaký je Váš věk?
Tabulka 2	Jaká je délka Vaší praxe?
Tabulka 3	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
Tabulka 4	Jakou průměrnou četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky byste udali z celkového množství Vámi ošetřených pacientů?
Tabulka 5a	Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.
Tabulka 5b	Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.
Tabulka 6	Pokud jste zvolili v otázce číslo 5 možnost jiné, uveďte jaké?
Tabulka 7	U které genderové skupiny lidí se setkáváte s užitím návykové látky častěji?
Tabulka 8a	Uveďte věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.
Tabulka 8b	Uveďte věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.
Tabulka 9	Se kterými typy otrav se při výkonu Vašeho povolání setkáváte nejčastěji?
Tabulka 10a	S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.
Tabulka 10b	S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.
Tabulka 11	Pokud jste v otázce číslo 10 možnost jiné, prosím uveďte jaké:
Tabulka 12	Má na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům vliv roční období?
Tabulka 13	Ve kterém ročním období se s pacienty, kteří jsou intoxikováni návykovou látkou, setkáváte častěji?
Tabulka 14	Ovlivňuje četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou denní doba?

- Tabulka 15 Pokud jste v otázce číslo 14 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 15. V jakém časovém horizontu vyjíždíte k intoxikovaným pacientům častěji?
- Tabulka 16 Určete dny, kdy je frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům čtenější?
- Tabulka 17 Domníváte se, že je způsob ošetření ovlivněn chováním pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek?
- Tabulka 18 Domníváte se, že pacienti, kteří jsou pod vlivem návykové látky negativně ovlivňují Váš profesionální přístup k pacientovi?
- Tabulka 19 Máte pocit marnosti práce při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?
- Tabulka 20 Domníváte se, že četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou, má určitou tendenci?
- Tabulka 21 Pokud jste v otázce číslo 20 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 21. Určete prosím, jaká je podle Vašeho názoru četnost výjezdů k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek.
- Tabulka 22 Domníváte se, že se pacienti intoxikovaní návykovou látkou vyznačují agresivním chováním?
- Tabulka 23 Pokud jste zvolili u otázky číslo 22 možnost jiným způsobem chování, uveďte prosím, s jakým chováním se obvykle setkáváte:
- Tabulka 24 Domníváte se, že je problém s umístováním pacientů intoxikovaných návykovou látkou do zdravotnických zařízení?
- Tabulka 25 Máte při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek obavy o své zdraví?
- Tabulka 26 Domníváte se, že Vám zaměstnavatel vytváří vhodné podmínky pro aktivní ochranu Vašeho zdraví při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?
- Tabulka 27a Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.
- Tabulka 27b Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.

Tabulka 28	Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervizí jako prevenci syndromu vyhoření?
Tabulka 29	Příznaky intoxikací podle místa působení
Tabulka 30	Stádia intoxikace alkoholem

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Jaký je Váš věk?
- Graf 2 Jaká je délka Vaší praxe?
- Graf 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
- Graf 4 Jakou průměrnou četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky byste udali z celkového množství Vámi ošetřených pacientů?
- Graf 5a Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí
- Graf 5b Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.
- Graf 6 Pokud jste zvolili v otázce číslo 5 možnost jiné, uveďte jaké?
- Graf 7 U které genderové skupiny lidí se setkáváte s užitím návykové látky častěji?
- Graf 8a Uveďte věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.
- Graf 8b Uveďte věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.
- Graf 9 Se kterými typy otrav se při výkonu Vašeho povolání setkáváte nejčastěji?
- Graf 10a S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.
- Graf 10b S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.
- Graf 11 Pokud jste v otázce číslo 10 možnost jiné, prosím uveďte jaké:
- Graf 12 Má na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům vliv roční období?
- Graf 13 Ve kterém ročním období se s pacienty, kteří jsou intoxikováni návykovou látkou, setkáváte častěji?
- Graf 14 Ovlivňuje četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou denní doba?

- Graf 15 Pokud jste v otázce číslo 14 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 15. V jakém časovém horizontu vyjíždíte k intoxikovaným pacientům častěji?
- Graf 16 Určete dny, kdy je frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům čtenější?
- Graf 17 Domníváte se, že je způsob ošetření ovlivněn chováním pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek?
- Graf 18 Domníváte se, že pacienti, kteří jsou pod vlivem návykové látky negativně ovlivňují Váš profesionální přístup k pacientovi?
- Graf 19 Máte pocit marnosti práce při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?
- Graf 20 Domníváte se, že četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou, má určitou tendenci?
- Graf 21 Pokud jste v otázce číslo 20 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 21. Určete prosím, jaká je podle Vašeho názoru četnost výjezdů k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek.
- Graf 22 Domníváte se, že se pacienti intoxikovaní návykovou látkou vyznačují agresivním chováním?
- Graf 23 Pokud jste zvolili u otázky číslo 22 možnost jiným způsobem chování, uveďte prosím, s jakým chováním se obvykle setkáváte:
- Graf 24 Domníváte se, že je problém s umístováním pacientů intoxikovaných návykovou látkou do zdravotnických zařízení?
- Graf 25 Máte při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek obavy o své zdraví?
- Graf 26 Domníváte se, že Vám zaměstnavatel vytváří vhodné podmínky pro aktivní ochranu Vašeho zdraví při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?
- Graf 27a Pokud jste v otázce číslo 28 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 29. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.
- Graf 27b Pokud jste v otázce číslo 28 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 29. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.

Graf 28 Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervizi jako prevenci syndromu vyhoření?

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ARO	oddělení v nemocnici zabývající se anesteziologií a resuscitací
Aspergilóza	onemocnění vyvolané plísněmi druhu Aspergillus
Bronchodilatace	rozšíření průdušek
Endokardotida	zánět nitroblány srdeční
Endotracheální intubace	invazivní zabezpečení dýchacích cest
Gastrointestinální systém	žaludečně střevní soustava
Glykémie	hladina cukru v krvi
Halucinace	vjem bez vnějšího podnětu
Hepatonefrotoxické	toxické pro játra a ledviny
Hyperkapnie	nedostatek přísunu kyslíku a odsunu oxidu uhličitého
Hypertenze	zvýšený krevní tlak
Hypertermie	stav zvýšené teploty organismu
Hyperventilace	prohloubené dýchání
Cholinergní blokáda	blokáda parasimpatiku
Kardiální systém	srdeční systém
Leukoencefalopatie	skupina mozkových chorob postihujících bílou hmotu
Meningitida	infekční zánět mozkových a míšních plen
Mióza	zúžení zornice
Mydriáza	rozšíření zornice
Neurotoxické	toxický pro nervový systém
Obsese	nutkavá myšlenka
Osteomyelitida	zánět kostní dřevě
Per os	ústy
Polymorfní	mnohotvárný
Respirační systém	dýchací systém
Schizofrenie	rozštěp mysli, psychická porucha
Somnolence	snížená bdělost, kvantitativní porucha vědomí
Sopor	kvantitativní porucha vědomí
Tachykardie	zrychlená srdeční činnost
Tachypnoe	zvýšená dechová frekvence
Transplacentárně	procházející přes placentu

ÚVOD

Domníváme se, že téma akutní intoxikace je stále více aktuální. Od dob pádu předchozího režimu, otevřením hranic a možnosti směnivosti měny, se do České republiky začaly dostávat ilegální drogy. S nimi přišly zdravotní problémy uživatelů. Počty závislých na návykových látkách každým rokem narůstají, přestože poslední roky již ne tak výrazně. V roce 2012 byl odhadovaný počet 41 300 uživatelů drog. Problémy drogových uživatelů se netýkají jen jejich zdravotní stránky, ale mají dopad i finanční a sociální. Uživatelé návykových látek představují vysoké společenské riziko a vznikající závislosti se dotýkají každého z nás. Ať už se s drogově nebo jinak závislými přímo stýkáme při výkonu svých povolání nebo v běžném životě, rodinách a vztazích. Alarmující jsou především čísla poukazující na množství uživatelů závislých na legálních návykových látkách, například alkohol. Volba tohoto tématu byla ovlivněna stále častějším setkáváním se s pacienty závislými na droze v praxi.

Cestou konkrétně zvoleného tématu jsme chtěli poukázat na problematiku návykových látek včetně jejich sociální následků. Hlavním cílem jsme především chtěli upozornit, že většina nelékařských zdravotnických pracovníků je nedostatečně proškolená a nepřipravená na práci s pacienty ve stavech akutní intoxikace. A také na pacienty s jinými poraněními, jejichž stav je ovlivněn návykovou látkou. Často se nejedná pouze o ošetřování fyzického stavu pacienta, ale je třeba počítat i s možnými psychickými poruchami zapříčiněnými návykovou látkou. Nežádá, i pokud se jedná o prostou agresi. Dále jsme chtěli varovat před riziky spojenými s ošetřováním pacienta ovlivněného návykovou látkou jako je reálné nebezpečí přenosu infekčních chorob při nedostatečném použití ochranných pomůcek a také před rizikem napadení.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na části věnující se definici intoxikace, otravným látkám a jejich dělením. Následují kapitoly obsahující příčiny intoxikací, cesty vstupu otravné látky do organismu, poškození organismu, jejich příznaky, následná opatření a postupy v přednemocniční péči. Teoretická část bakalářské práce se zabývá historií návykových látek a závislostí, která je s tématem návykové látky velmi úzce spojena, stejně jako

zdravotní důsledky. V dalších kapitolách se pojednává o jednotlivých návykových látkách, počtech jejich uživatelů a terapii v přednemocniční péči.

Praktická část je realizována pomocí anonymních dotazníků, ve kterých byli dotazováni nelékařští zdravotničtí pracovníci, konkrétně pak zdravotničtí záchranáři. Dotazník je tvořen otázkami zaměřenými na četnost setkání s pacienty pod vlivem návykové látky, charakteristiku výjezdů k intoxikovaným pacientům, charakteristiku pacientů ovlivněných návykovou látkou a jejich poranění. Dalšími otázkami je průzkum ohledně připravenosti zdravotnických záchranářů na výjezdy k intoxikovaným pacientům, možností přípravy a supervize.

Bakalářská práce by měla sloužit jako upozornění na nedostatky v přednemocniční neodkladné péči při ošetřování problematických pacientů. Domníváme se, že tyto nedostatky se týkají nejen zdravotnických záchranářů, ale také jejich zaměstnavatelů, kteří neumožňují či nenabízejí dostatečné proškolení svým zaměstnancům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Akutní intoxikace

Akutní intoxikace jsou významným společenským i medicínským problémem, který v současné době stále narůstá. Léčba intoxikovaných pacientů je náročná nejen po stránce medicínské, ale i finanční.

1.1 Definice intoxikace

Intoxikace neboli otrava je stav, kdy do organismu pronikly patologicky působící látky. Projevem otravy jsou chorobné změny v organismu člověka. Probíhající změny v organismu jsou pro jednotlivé, konkrétní škodlivé látky obvykle typické. Jednoznačně mohou pacienta přímo ohrozit na jeho životě.

Škodlivé látky neboli jedy lze hodnotit jako anorganické nebo organické látky, jejichž účinkem může být vyvolána v lidském organismu chemická či fyzikálně chemická reakce. Vliv látek způsobujících intoxikace organismu je obecně řazeno do dvou základních kategorií. Jedná se o stav akutní nebo chronický.

Akutní intoxikace je náhle vzniklý stav vyvolaný škodlivou látkou. Jejím vlivem může být zásadně ovlivněno pacientovo vědomí. Somnolentní či soporozní stav může vyústit až v komatózní stav postiženého. Následně jsou přímo ohroženy jeho základní životní funkce.

Chronická otrava vzniká následkem dlouhodobého působení škodlivé noxy. Zde je velmi důležité rozlišení náhodného působení škodliviny od abúzu a problému, který je s tímto stavem bezprostředně spojen. Hovoříme o závislosti jedince na určitý druh škodlivé látky. Účinky jsou devastující pro celý organismus uživatele a mají jednoznačně vliv na poškození všech systémových soustav.

Intoxikace se rozdělují dle způsobu vniknutí do organismu na endogenní a exogenní. Endogenní intoxikace jsou otravy vyvolané otravnou látkou vznikající přímo v organismu a týká se především orgánů přirozeně detoxikačních jako jsou játra či ledviny. Stavy, které se řadí mezi endogenní intoxikace jsou například diabetické koma, jaterní selhání a uremické koma.

Intoxikace exogenní jsou způsobené otravnou látkou, která do organismu vnikla z vnějšího prostředí. Lze sem zařadit jakoukoli látku, jež není tělu vlastní a dostala se do těla skrze některou z přirozených vstupních bran jako je kůže, trávicí trakt a jiné. (Ševela, 2011)

1.2 Dělení otravných látek

Otravné látky jsou rozdělovány podle účinků ovlivňující lidský organismus na látky dráždivé, látky působící na centrální nervový systém, neurotoxické, hepatonefrotoxické a krevní jedy.

1.2.1 Látky dráždivé

Dráždivé látky působí především na senzitivní nervová zakončení sliznic horních cest dýchacích a očí. Mezi dráždivé látky lze zařadit většinu látek užívaných jako bojové. Mají za úkol nepříteli na jistou dobu vyřadit z aktivní činnosti tím, že postižený slzí, kýchá, kašle, dusí se a zvrací. Tyto látky zasaženého jedince neohrožují přímo na životě ani jej neusmrcují.

1.2.2 Látky působící na centrální nervový systém

Otravné látky s působením na centrální nervový systém se rozdělují podle účinku na ty, které tlumí jeho činnost a na látky stimulační. Látky, které působí tlumivě, způsobují poruchy vědomí pacienta ve smyslu otupělosti až po hluboké bezvědomí. Řadí se sem například alkoholy, glykoly, barbituráty, benzodiazepiny, opioidy, nebarbiturátová sedativa, hypnotika, antihistaminika, antihypertensiva, oxid uhličitý a další.

Látky stimulující centrální nervový systém způsobují hyperaktivitu postiženého. Typickým obrazem je zrychlená psychoaktivita, ale i zrychlený fyzický obraz jako tachykardie, hypertenze, hypertermie a jiné. Mezi tyto látky se řadí především halucinogeny, kanabinoidy, amfetminy, kokain, etanol, diethylamid kyseliny lysergové, meskalin, anticholinergika, oxid uhelnatý či digitálistové preparáty.

1.2.3 Neurotoxické látky

Neurotoxické látky jsou látky, které jsou toxické pro periferní nervový systém a dráždí centrální nervovou soustavu. Nejčastějším projevem bývají křeče, avšak v případech těžkých otrav je příčinou smrti akutní dechová nedostatečnost vzniklá ochrnutím dechových svalů.

1.2.4 Hepatonefrotoxické látky

Jedná se o látky vyřazující z činnosti současně játra i ledviny. Typickým příkladem látky způsobující hepatonefrotoxický syndrom je otrava muchomůrkou hlíznatou.

1.2.5 Krevní jedy

Krevní jedy poškozují vyvrálé krevní elementy nebo působí patologicky na vlastní krvetvorbu. Důsledkem je selektivní negativní vliv na centrální nervový systém, kardiální systém, dýchací systém a trávicí trakt. Řadí se sem například benzen, aminoderiváty, olovo, cytostatika a jiné.

1.3 Příčiny intoxikace organismu

Příčiny intoxikací jsou buď náhodné, nebo vědomé. Mezi náhodné otravy můžeme řadit požití otravné látky zvláště dětmi a seniory, kdy dojde k požití látky záměnou, např. jar místo šťávy. Jako další podskupina náhodných otrav jsou pracovní úrazy a nemoci z povolání. Mezi riziková zaměstnání patří například působení v hasičském záchranném sboru nebo se jedná o pracovníky v chemické a potravinářské výrobě.

Vědomé příčiny mají často fatální následky. Hlavní skupinou jsou sebevraždy neboli vědomé úmysly skončit se životem. U sebevražedných pokusů se často zneužívají látky jako benzodiazepiny a antidepresiva, tedy léky často předepsané lékařem. Obvykle bývají požití zároveň s alkoholem. Za vědomou příčinu se též považuje závislost a abúzus návykových látek. Do vědomých příčin se řadí, protože narkoman si je zpravidla plně vědom následků užívání drogy. Poslední vědomou skupinou jsou kriminální činy, kdy pachatel úmyslně podá oběti otravnou látku za účelem jejího poškození či zabití.

1.4 Cesty vstupu otravných látek do organismu

Působení otravné látky je podmíněno jejím vstupem do organismu. Otravné látky mohou být různého složení a skupenství. Nacházíme je ve skupenství pevném, plynném nebo kapalném. A je tedy nutné rozlišit jejich možné cesty vstupu do organismu.

Nejčastější cestou vstupu je podání látky per os a její postup celým trávicím traktem. Do této skupiny můžeme zařadit jak pevné látky jako jsou tablety, tak například alkohol, který je ve formě kapalné. Další možností vstupu jsou dýchací cesty, takzvané inhalační otravy. Zde se jedná zvláště o inhalaci plynných látek jako takových, například oxid uhličitý či inhalaci těkavých látek v podobě rozpouštědel. Poslední významnou bránou vstupu je parentální podání, nejčastěji nitrožilně. Látky podávané nitrožilně jsou ze skupiny vědomě zneužívaných látek a řadí se sem tvrdé drogy. Méně častým způsobem intoxikace je vstup přes kůži, či spojivkovým vakem.

1.5 Poškození organismu otravnými látkami

Na základě výběru vstupní brány dochází k poškození lokálnímu. Jedná se o poškození pouze v místě užití, které se nadále nešíří. Naopak pokud dochází k poškozením celkovým, znamená to, že otravná látka se šíří krevním řečištěm či lymfatickými cestami do celého organismu a hrozí jeho následné selhání. Třetím způsobem poškození je kombinace působení lokálního i celkového.

Lokální poškození není zpravidla způsobeno samotným účinkem otravné látky. Roli hraje výběr vstupní cesty. Toto místo je poškozeno mechanickým či chemickým působením na tkáň. U látek šňupaných nosem dochází k porušení nosní sliznice a například k tvorbě polypů. Látky podávané nitrožilně často dráždí svým chemickým složením místo vpichu a vyvolávají svědění, pálení a zarudnutí. Ale především dochází vzhledem k opakovanému podávání k mechanickému poškozování žíly a jejího okolí. Následně dochází ke vzniku hematomů, abscesů až gangrén. K celkovému poškození organismu dochází zvláště chronickým užíváním noxy. Zpravidla jsou poškozeny životně důležité orgány a sekundárně ostatní orgány a tkáně. Jelikož zneužívané látky jsou toxické, působí zvláště na játra, ledviny a centrální nervový systém. V souvislosti s chronickým užíváním noxy dochází zákonitě k poškození a celkovému selhání organismu.

1.6 Obecné příznaky intoxikací

Klinické příznaky u intoxikací bývají většinou nespecifické, doprovázené poruchami základních životních funkcí. Znamky otravy jsou závislé na typu, dávce, koncentraci, místě vstupu a době expozice otravné látky. Rozhodující bývá i věk a celkový zdravotní stav postiženého. Příznaky intoxikací jsou obsáhlé a velmi různorodé i vzhledem k dnešnímu trendu polymorfní závislosti. Proto jsou typické příznaky velmi zkrácené a ztrácejí při diagnostice svůj význam. Pro ilustraci uvádím v tabulce číslo 29 specifikace jednotlivých příznaků podle místa působení.

Tabulka 29 Příznaky intoxikací podle místa působení

Místo působení	Příznaky
Centrální nervový systém	Kvantitativní změny vědomí – od somnolence, přes sopor po hluboké kóma. Kvalitativní změny vědomí – poruchy spánku, amence, delirium, iluze, halucinace, poruchy myšlení.
Gastrointestinální systém	Zvracení, nevolnost, průjmy a bolesti břicha.
Respirační systém	Hypoventilace, bronchospasmus, chraptot, pískoty, vrzoty, asfyxie.
Kardiovaskulární systém	Hypertenze, hypotenze, tachykardie, bradykardie, arytmie, dysrytmie, srdeční zástava.
Termoregulace	Hypotermie, hypertermie
Metabolismus	Iontová dysbalance, metabolická acidóza, hypoglykémie, hyperglykémie.
Exkreční orgány	Selhávání ledvin, oligurie až anurie, selhávání jater, encefalopatie.
Kůže a pokožka	Zarudnutí, hematom, ischemie, nekróza, gangréna.
Muskulární systém	Záškuby, ochablost, křeče, tremor.

Zdroj: Ševela, 2011, s. 29 2 33

1.7 Opatření při intoxikacích

Hlavním cílem v přednemocniční péči je okamžité zabránění dalšímu působení otravné látky na organismus postiženého a zajištění jeho základních životních funkcí. Poskytování první pomoci u intoxikací vyžaduje pro poskytovatele první pomoci přísné dodržování předpisů zahrnujících bezpečnost a ochranu při práci, tedy zejména použití

ochranných rukavic, ochranného oděvu, ochranné masky a jiné pomůcky podle druhu otravné látky.

1.7.1 Přerušení expozice

Přerušení expozice je nejdůležitějším krokem při jakýchkoliv intoxikacích. Tyto kroky jsou vykonávány v přednemocniční péči s pomocí dalších složek integrovaného záchranného systému, například spolupráce s policií s možností detekce drog testem ze slin či moče. Spočívají například ve vynesení postiženého ze zamořeného prostředí, pokud se jedná o intoxikaci jedovatými plyny.

1.7.2 Dekontaminace postiženého

V případě zásahu pokožky je třeba okamžitě oplachovat proudem vody, předchází tomu odstranění kontaminovaných, otravnou látkou zasažených oděvů. Při kontaminaci sliznice je vhodné použít fyziologický roztok. U perorálních otrav se jedná o vyprázdnění žaludku, k čemuž často dochází spontánním zvracením. Zvracení lze vyvolat také podrážděním zadní stěny hltanu či je možné podávat adsorpční uhlí do 30 minut při dávkování 1 g/1 kg hmotnosti postiženého. Další možností je výplach žaludku, který se provádí do 30 až 60 minut po požití otravné látky. Kontraindikacemi výplachu jsou otravy kyselinami, louhy, organofosfáty, ropnými produkty a stav bezvědomí u postiženého.

1.7.3 Eliminační metody

Eliminační metody jsou postupy, které nahrazují funkci ledvin a pomáhají odstranit z lidského těla otravnou látku. Nejběžnějšími způsoby, kterými toho lze dosáhnout jsou hemodialýza, hemoperfuze a forsírovaná diuréza. Hemodialýzu lze provádět u otrav látkami rozpustnými ve vodě, které jsou vylučovány ledvinami. Jedná se například o alkohol, antibiotika, barbituráty, salicyláty a houby.

Hemoperfuze se využívá u otrav jedy, které mají vyšší molekulovou hmotnost a váží se na plazmatické bílkoviny. Patří mezi ně antidepresiva, antipyretika, hypnotika, organofosfáty, metanol nebo fridex.

Forsírovaná diuréza je metoda využívající vysokého přívodu tekutin, při kterém se podává velké množství krystaloidů spolu s diuretiky a adsorpčním uhlím. To má schopnost na sebe navázat řadu toxických látek. Cílem je vyloučení otravných látek ledvinami v co nejkratší době

1.7.4 Antidota

Antidota jsou protilátky sloužící k inaktivaci otravné látky v organismu postiženého. Svá antidota mají bohužel jen některé z nich a lze jich využít pouze tehdy, jde - li o otravu najisto určenou jedovatou látkou. Antidota dělíme na specifická a nespecifická.

Specifická antidota jsou látky působící přesně opačným mechanismem než otravná látka nebo brání účinku jiné látky. Specifická antidota mají opiáty a je jím naloxon, benzodiazepiny mají antidotum anexate.

Nespecifická antidota jsou látky, které působí nevyhraněně na všechny škodlivé noxy. Nespecifické antidotum mají organofosfáty, kterým je atropin. Kyslík je nespecifickým antidotem oxidu uhličitého a oxidu uhelnatého. U otrav alkoholem se používá glukóza s vitamínem C, u metanolu se využívá etanolu. Negativním účinkům paracetamolu zabraňuje acetylcystein, sab simplex tlumí účinky pěnnotvorných látek. Dalším nespecifickým antidotem je fyzostigmin využívaný u otrav antidepresivy, avšak jeho užití je velmi sporné. (Ševela, 2011)

1.8 Postupy v přednemocniční péči u intoxikací

Při diagnostice intoxikace je velice důležitá náležitá anamnéza. Je třeba zjistit, zda postižený mohl požit či si aplikovat otravnou látku, ale zároveň je nezbytné vyloučení jakékoli jiné příčiny stávajícího stavu.

1.8.1 Anamnéza

Anamnézou rozumíme co možná nejpřesnější získávání informací přímou cestou od pacienta či nepřímou cestou od rodinných příslušníků, popřípadě svědků události. Je důležité se systematicky vyptat na veškeré údaje jako osobní data, současná

onemocnění postiženého, včetně obtíží psychiatrických. Myslíme především na deprese či jiné náročné životní situace postiženého. Nezapomínáme se důsledně dotazovat ani na pokus o sebevraždu nebo léčbu závislosti. Je třeba odebrat rodinnou a sociální anamnézu, zjistit možné problémy v rodinných vztazích, ale i úroveň bydlení. Alergickou a farmakologickou anamnézu zjišťujeme vzhledem k současnému trendu nadužívání léků. Je třeba dotázat se na abúzus alkoholu, drog a kouření. Je nutné počítat s tím, že mnozí pacienti budou zapírat či údaje upravovat podle svého a podceňovat vzniklou situaci. Pokud je poškozeným vysloveno podezření na intoxikaci, je třeba pátrat po formách aplikace drogy, množství, dávkách a po časovém údaji posledního užití. V neposlední řadě je nutné zajistit a uschovat veškeré látky včetně obalů, které se v okolí zdají být podezřelé a mohou posloužit k dalšímu rozpoznání důvodu nastalého zdravotního stavu pacienta. Zde je možné využít toxikologického informačního střediska, dále jen TIS, které je schopno podat veškeré informace o první pomoci při jakékoliv intoxikaci.

TIS existuje od roku 1961 a od roku 1963 poskytuje informace pro lékařskou i laickou veřejnost. Disponuje 500 000 hesly a je celorepublikově k dispozici 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu. (www.tis-cr.cz)

1.8.2 Zajištění intoxikovaného pacienta v přednemocniční péči

Mezi standardně prováděná vyšetření nejen při intoxikacích patří glykémie, elektrokardiogram, dále jen EKG a saturace krve kyslíkem, dále jen SpO₂. Zjišťuje se hodnota krevního tlaku, tepová frekvence, prokrvení periferie, tělesná teplota, dechová frekvence, kvalita dýchání a s tím související barva okrajových částí těla. Dále se vyhodnocuje Glasgow coma scale, dále jen GCS. GCS klasifikuje hloubku bezvědomí, reakci na oslovení a přítomnost obranných reflexů. Je třeba pátrat po známkách poranění, protože s intoxikacemi a poruchami vědomí bývají často spojená poranění hlavy. Neurologické vyšetření se provádí hodnocením zornic. Dále je možné se orientovat podle zápachu dechu po kouři, alkoholu nebo hořkých mandlích.

Obecný postup při intoxikacích v přednemocniční neodkladné péči:

- Zajištění základních životních funkcí
- Uvolnění a zajištění průchodnosti dýchacích cest, prevence aspirace

- Zabránění dalšího působení otravné látky
- Zajištění žilního vstupu
- Rychlý a šetrný transport do zdravotnického zařízení

Všechny postižené, u kterých předpokládáme intoxikaci otravnou látkou, je třeba neodkladně hospitalizovat. A to i v případě, že v danou chvíli jedinec nevykazuje žádné změny ve zdravotním stavu. Pozdní nástup klinických příznaků se může objevit vzhledem k možnosti požití látek s prodlouženým účinkem. Látky, které mají typicky delší období pro klinické projevy příznaků, jsou například paracetamol, tricyklická antidepresiva nebo aspirin. Další riziko vzniká při podání antidot, kdy může dojít k obnovení působení otravné látky a hrozí opětovné selhávání základních životních funkcí.

Hospitalizace nemocného by měla trvat nejméně do doby, kdy je znám výsledek toxikologického vyšetření. Všechny nastalé intoxikace, při kterých došlo u nemocného k porušení vědomí, jsou důvodem k hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Selhávání základních životních funkcí je důvod k umístění nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Intoxikace se sebevražednými úmysly je kategorickým důvodem k indikaci léčby na psychiatrickém oddělení. Avšak za podmínky, že pacient je při plném vědomí a se stabilizovanými životními funkcemi.

2 Návykové látky

2.1 Historie zneužívání návykových látek

Zneužívání návykových látek existuje od nepaměti. Mezi nejstarší používané návykové látky patří alkohol, konopí, mák, koka a efedrin. Moderní dějiny návykových látek se píší od 19. století. Například v roce 1858 byl izolován kokain, v roce 1887 syntetizován amfetamin, v roce 1898 heroin a v roce 1938 diethylamid kyseliny lysergové, dále jen LSD. Od začátku 20. století se začínají vytvářet potřebné zákazy potírající drogy a drogové závislosti.

Prudký nárůst problémů s návykovými látkami ve střední a východní Evropě nastal v roce 1990. Západní země prožily největší příval už v letech šedesátých a sedmdesátých 20. století. Před rokem 1990 byla většina zdrojů drog v České republice z domácí výroby, pěstovala se zde marihuana, vyráběl hydrocodon – opiát užívaný pod názvem braun a pervitin. Po roce 1990 se poměry v České republice díky nastalým společenským událostem rychle změnily. Přestože dále dominovala domácí produkce, stále častěji se nabídka zvyšovala o dovážené produkty. Jednalo se hlavně o heroin. Drogy se rychle šířily, vznikaly nové a větší okruhy uživatelů a experimentátorů. Po roce 1994 došlo ke zlomu díky výhodné peněžní měně a nastala invaze kvalitního a levného heroínu z dovozu. Tím začal stoupat počet uživatelů. Pervitin přestal být drogou číslo jedna na českém trhu. Ve velkých městech vznikla otevřená drogová scéna s velkým finančním obratem a s tím začala i drogová kriminalita. Drogy se staly snadno dostupné, počty uživatelů stále rostly a klesala věková hranice.

V posledních letech výrazně vzrostlo užívání marihuany, extáze a jiných tanečních drog, užívá se kokain, LSD. Počty uživatelů heroínu a pervitinu již tolik nestoupají, přesto však v roce 2012 mezi nejčastější drogy patřily stimulanty a to především pervitin, kanabinoidy, halucinogenní houby, extáze, amfetaminy, kokain, alkohol, subutex, megafon, rohypnol a další benzodiazepiny. Trendem a velkým problémem současné doby je kombinace látek, například benzodiazepiny s alkoholem, pervitin s alkoholem nebo pervitin se subutexem. Dále vznikají nové drogy, například

v minulém roce bylo v České republice zachyceno celkem 18 nových syntetických drog. (Kalina, 2003)

2.2 Návykové chování a závislost

Závislost je soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, u nichž užívání některé látky má u daného jedince přednost před jakýmkoli jiným jednáním. Závislost je touha, často velmi silná, užívat látky, které ovlivňují lidské prožívání. Čím je prožitek intenzivnější, tím více roste i touha po opakování zážitku. Touhu užívat některou z psychoaktivních látek si jedinec uvědomuje i přes to, že ji nemusí svému okolí zprvu přiznávat. Často se snaží užívání kontrolovat, nebo ho i zastavit. Ve většině případů, bohužel neúspěšně. Závislost vyvolávají zejména drogy se stimulačním nebo tlumivým účinkem. Podle druhu drogy a jejímu působení se užívání drog stává vytoužené. Důvody jsou různé, jedná se o kompenzování negativních zážitků konzumenta nebo touha po experimentu něčeho nového. Charakteristická je neschopnost přerušit tohoto jednání i přes negativní důsledky, které si daný jedinec uvědomuje. Přesto, že dokáže své jednání přerušit, dochází obvykle po určitém čase k opětovné touze užít návykovou látku. Závislost je vyústěním abúzu, který se stal jedinou a tou nejdůležitější činností, která zajišťuje pocity plného uspokojení. Jedná se o proces pozvolný související s danou, konkrétní látkou. Závislý jedinec má tendence zkreslovat realitu, považuje zkreslené skutečnosti za zcela reálné. (Kalina, 2003)

2.2.1 Identifikace závislosti

"Závislost je stav, kdy dojde v průběhu jednoho roku alespoň ke třem z těchto fenoménů:

- silná touha po dané látce
- problémy v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství požití látky
- tělesný odvykací stav
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek užívané látky tak, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami

- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- pokračování v užívání látky přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků" (Nešpor, 2005)

2.2.2 Křížová a polymorfní závislost

Jedná se o kombinování a konzumaci více než jedné psychoaktivní látky ve stejnou nebo jinou dobu. Jedná se o spotřebu nejen ilegálních návykových látek, ale i legálních látek jako například alkoholu a tabáku. Různé látky mohou být pak užívány současně nebo jedna z nich může být dominantní. Jedná se i o užívání, které se vyznačuje častější konzumací nebo užitím většího množství látky. Uživatelé se uchylují k možnostem kombinování v případech nedostupnosti jejich obvyklé látky, kdy ji nahrazují nebo doplňují látkou jinou s podobným účinkem.

(www.drogy – info.cz)

2.2.3 Odvykací syndrom

Odvykací syndrom neboli syndrom z odnětí drogy, je stav, který následuje po odnětí látky, kterou daný jedinec dlouhodobě a pravidelně užíval. Pravidelným užíváním drogy dochází k vytvoření nové rovnováhy v těle. Přerušением dodávky drogy je tento stav narušen projevujícími se závažnými abstinenciálními příznaky. Tyto příznaky se mohou projevovat jak poruchami psychickými tak somatickými. Mezi psychické řadíme úzkost, neklid, únavu, agresivitu, apatii, spavost, podrážděnost, halucinace a další. Mezi fyzické abstinenciální příznaky patří průjemy, křeče, nevolnost, pocení, bolesti svalů, nechutenství. (Kalina, 2003)

2.2.4 Flashback

Jev, který se označuje jako flashback je náhlé znovuprožití psychotického účinku drogy, aniž by jedinec drogu znovu užil. K tomuto stavu může dojít několik dnů, měsíců, ale i let po poslední aplikaci drogy. Nejčastěji k němu dochází po požití halucinogenu, kanabinoidu nebo pervitinu. (www.sananim.cz)

2.3 Léčení drogových závislostí

Cílem léčby drogových závislostí je přerušení vědomého poškozování zdraví přijímáním škodlivé látky, ale také odstranění závislosti a to úplné a trvalé. Přístup v léčbě drogových závislostí je a musí být komplexní, zahrnující jak psychologický přístup, tak i přístup s pomocí farmaceutických výrobků. Mezi léčebné postupy patří detoxikace, detoxifikace, substituční léčba a prevence relapsů. Detoxikace se týká přednemocniční péče u předávkování, odstranění účinků otravné látky a využití antidot. Další postupy se využívají většinou v ambulantní léčbě specializovaných pracovišť pro drogově závislé. Léčba probíhá formou detoxifikace, což je postupné snižování návykové látky s velmi pomalým průběhem. Pomalý průběh je cílený pro riziko vzniku odvykacího syndromu. Substituční léčba spočívá v nahrazování původní drogy jinou, bezpečnější látkou s pomalejším nástupem a delší dobou účinku. Principem je opět předejití vzniku odvykacího syndromu. Poslední, nejčastější podoba léčby je prevence relapsů. Zde se využívá látek, které mají schopnost snižovat touhu po návykové látce a to buď využitím látky snižující pozitivní prožitek, nebo podáním látky, která má naopak schopnost proměňovat účinek návykové látky v nepříjemný. Na tyto podoby léčby navazuje poradenství, sociální pomoc a psychoterapie. Léčbu lze zvolit ambulantní či rezidenční s následnou péčí a postupným doléčováním, které má konzumentovi pomoci v návratu do běžného plnohodnotného života.

V České republice bylo v roce 2012 v registru žádostí o léčbu nahlášeno celkem 8 955 léčených uživatelů nealkoholových drog. Počty žadatelů o léčbu klesly poprvé od roku 2008, z toho 67 % žádostí je od mužů v průměrném věku 28 let. Nejčastěji užívanou drogou, která je důvodem k podání žádosti o léčbu, je užívaná látka pervitin. Celkem bylo hospitalizováno 9 124 pacientů, nejpočetnější skupinou byli pacienti detoxifikovaní alkoholem, 55 % uživatelů. U hospitalizací nealkoholovými drogami převažovali kombinace látek, a to 55 %, stimulancia ve výši 34 % a opiáty v poměrně malém zastoupení 7 %. (www.sananim.cz)

2.4 Rizikové faktory vzniku závislosti na návykových látkách

Mezi rizikové faktory vzniku závislosti na návykové látce v raném věku se může vést odlišnost jedince, handicap, trauma z dětství, chuť experimentovat v závislosti na

prostředí, snadná dostupnost návykových látek, neznalost a nedostatečná prevence. Ale k obecně nejčastějším souvislostem s užíváním návykových látek patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy v rodině a v osobních vztazích, problémy s bydlením až bezdomovectví. Často se to týká populačních menšin, Romů, bezdomovců, migrantů nebo přistěhovalců. Například mezi bezdomovci je zaznamenáno téměř 100 % užívání alkoholu.

2.5 Zdravotní důsledky související s užíváním drog

V souvislosti s užíváním návykových látek je třeba myslet na nebezpečí s tím spojená, infekční onemocnění jako virus HIV, hepatitida A, hepatitida B, hepatitida C a tuberkulóza. Incidence virem HIV mezi injekčními uživateli drog je v České republice pod 1%. Počty hlášených případů hepatitidy C za rok 2012 mírně stoupl, ale výskyt hepatitidy B naopak lehce klesl. Dalším rozšířeným infekčním onemocněním je syfilis, jeho počty poslední dva roky klesají. Ale zvyšují se počty nakažených kapavkou u komerčních poskytovatelů sexu. Bohužel se v posledních letech hlásí o slovo i tuberkulóza a to především v sociálních skupinách občanů žijících bez přístřeší.

2.5.1 Hepatitidy typu A, B, C

Hepatitida neboli žloutenka typu A se přenáší dotykem s jakoukoli věcí, která byla kontaminována infikovanou osobou. Inkubační doba je 2 – 7 týdnů. Klinickými příznaky jsou bolesti břicha, snížená chuť k jídlu, horečka, nevolnost, tmavá moč, světlá stolice a nažloutlá pleť. Prodělání hepatitidy typu A s užíváním drog je rizikové vzhledem k možnému selhání jater a následné smrti. Proti hepatitidě typu A se lze nechat očkovat.

Hepatitida typu B je přenosná výhradně kontaktem s infekčními tělesnými tekutinami. U drogových uživatelů se jedná především o přenos krví, pohlavním stykem, používání sdílených prostředků k aplikaci drogy, ale i půjčováním kartáčku na zuby. Hepatitida typu B je velmi infekční choroba s inkubační dobou 1 – 6 měsíců s příznaky jako jsou bolesti hlavy a svalů, nechutenství, nevolnost, zvracení, tmavá moč a světlá stolice. Proti hepatitidě typu B se taktéž lze bránit očkováním.

Hepatitida typu C je velmi těžké virové onemocnění s asymptomatickým průběhem. Jedná se o nejvíce rozšířené infekční onemocnění mezi drogovými uživateli. Přenáší se stejně jako hepatitida typu B tělesnými tekutinami. Inkubační doba je 1 – 6 měsíců. Klinickými příznaky jsou žlutá kůže a oční bělmo, tmavá moč, světlá stolice, nechutenství, nevolnost, zvracení, únava, ale ve většině případů se nerozvinou. Pacient nemocný hepatitidou typu C je ohrožen cirhózou jater, chronickou formou hepatitidy typu C, karcinomem jater, jejich selháním a následnou smrtí. Očkování v tomto případě není možné. Prevence je u všech typů hepatitid stejná. Spočívá v dodržování hygienických pravidel, mytí rukou, používání prezervativu při pohlavním styku, dodržování pravidel při injekčním užívání drog, to znamená, užívání vlastních prostředků a důkladná dezinfekce místa vpichu.

2.5.2 HIV a AIDS

Human immunodeficiency virus, dále jen HIV, je virus napadající skupiny bílých krvinek chránících lidský organismus. HIV je příčinou onemocnění Acquired immunodeficiency syndrome, dále jen AIDS. Virus HIV bývá většinou v těle přítomen po mnoho let, než se rozvine v samotný AIDS. Jedná se o skupinu lidských retrovirů, které jsou schopny v lidském organismu dlouhodobě přežít v napadených buňkách. Jedná se například o CD4 lymfocyty. Díky jejich porušené funkci, později k zániku, dochází v organismu k výraznému narušení imunitního systému.

HIV se přenáší tělesnými tekutinami podobně jako u hepatitid, pohlavním stykem transplacentárně, nebo kojením. Příznaky se mohou projevit až po mnoha letech a to ztrátou hmotnosti, bledou pleť, nechutenstvím, bolestmi hlavy, pocením hlavně v noci, krácením dechu a vřídky v obličejí, takzvaným Kaposiho sarkomem. Většina nemocných se vzhledem ke snížené imunitě špatně potýká s běžnými virózami, které jsou pro zdravého člověka neškodné. Hovoříme o oportunní infekci. Prevencí onemocnění je dodržování osobní hygieny, používání vlastních injekčních prostředků. HIV je onemocnění nevyléčitelné, ale je možné jeho průběh významně ovlivnit zodpovědným chováním a dodržováním lékařských doporučení. Samozřejmě je abstinence od návykových látek, které organismus velmi negativně ovlivňují a velmi výrazně zatěžují.

2.5.3 Abscesy

Absces je ohraničené hnisavé ložisko, které vzniká po zanesení infekce injekční aplikací. Vzniká v jakémkoli orgánu, vyvolává místní i celkové příznaky. Vývojově může přecházet z akutního do chronického stádia. Projevuje se lokálně začerváním, ztepláním, otokem a bolestmi infikovaného místa. Mezi celkové příznaky abscesu řadíme nechutenství, hubnutí, horečku, ale i anemii. Velkým rizikem u konzumenta drog je rozšíření infekce do celé končetiny, jako důsledek aplikace drog. Projevuje se zvětšením mízních uzlin a může dojít až k rozvinutí septického stavu.

2.5.4 Chronické rány

Dalšími zdravotními komplikacemi, které postihují drogově závislé, jsou chronické rány, například bércové vředy a flegmóny. Dále jsou to horečnaté stavy, zimnice, infikované řezné rány, omrzliny a popáleniny. Ty velmi často souvisí s bezdomovectvím a typickým životním stylem této komunity. Díky prostředí, ve kterém lidé bez přístřeší žijí, nechybí výskyt svrabu, vši, muněk a pokousání štěnicemi. Velmi často jsou tito konzumenti ohroženi onemocněním kardiálního systému, především pak endokarditidou. Tato onemocnění jsou ze strany drogově závislých osob přehlížena, neřeší je, nevyhledávají lékařskou pomoc. Proto mohou vést ke komplikaci nejzávažnější, úmrtí jedince.

3 Nejčastěji zneužívané skupiny návykových látek

Nejčastěji zneužívané skupiny návykových látek jsou alkohol, opioidy a opiáty, stimulancia, halucinogenní amfetaminy, kanabinoidy, benzodiazepiny, barbituráty a antidepressiva. Návykové látky lze rozdělit podle různých kritérií. Látky řazené mezi drogy jsou rozdělovány na měkké a tvrdé. Mezi měkké drogy se řadí marihuana, hašiš, kofein, diethylamid kyseliny lysergové, dále jen LSD a další psychedelika. Mezi tvrdé drogy patří nikotin, pervitin, opioidy, kokain nebo toluen. V České republice se návykové látky dělí podle legislativy na látky legální, kam patří alkohol, nikotin a kofein. Nelegálními látkami jsou stimulanty, kanabinoidy, extáze, amfetaminy, kokain a jiné. Další skupinou jsou zneužívaná léčiva, nejčastěji jsou jimi antidepressiva, sedativa a hypnotika.

3.1 Alkohol

Alkohol, chemicky ethylalkohol vzniká kvašením jednoduchých cukrů obsažených v ovoci a řadí se mezi legální návykové látky. Vyšší koncentrace se dosahuje pomocí destilace. Při nedokonalých chemických procesech dochází ke vzniku směsi etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metanolem. Metanol je silný nervový jed a je obsažen v rozpouštědlech a mrazuvzdorných tekutinách.

Závislost vzniká nadměrným, dlouhodobým užíváním alkoholu s narušenou kontrolou nad jeho užíváním, která může vyústit syndromem odvykání. Léčba alkoholismu může mít několik cest. Předně se jedná o psychoterapii, krátkou intervenci nebo senzitivaci, což znamená léčbu farmakologickou. Podstatou léčby je vždycky snaha o docílení abstinence.

Česká republika se dlouhodobě řadí mezi největší spotřebitele alkoholických nápojů. Podle screeningové škály dotazníku CAGE se rizikové pití alkoholu týká 17% populace, škodlivé nebo problémové pití registrujeme 8,2% populace. CAGE je dotazník původně vyvinutý pro lékaře ke zjišťování problémů s alkoholem. Vznikl v roce 1984 v USA. V dnešní době se jedná o písemnou formu dotazníku s diagnostickým rozhovorem. ([www.drogy – info.cz](http://www.drogy-info.cz))

Pravidelná konzumace alkoholických nápojů sebou nese vysoké riziko zdravotních potíží a riziko vytvoření návyku a závislosti. (Kalina, 2003, www.vlada.cz)

3.1.1 Intoxikace alkoholem

Známky užívání alkoholu vznikají bezprostředně po jeho požití a mají vliv na centrální nervový systém. Míra účinku alkoholu závisí na jeho množství, formě, užití a na současném zdravotním stavu konzumenta. Jiný vliv alkoholu je zaznamenán u chronických konzumentů, kdy ani 3 – 4 g alkoholu/1 kg hmotnosti nemusí být život ohrožující. Existují čtyři stádia intoxikace alkoholem. Pro přehlednost uvádím v tabulce číslo 30.

Tabulka 30 Stádia intoxikace alkoholem

Stádium	Příznaky	Dávka na 1 kg hmotnosti
Excitační	Lehká opilost, euforie, pacient je schopen chůze.	1,5 g alkoholu
Hypnotické	Opilost středního stupně, nekoordinovaná řeč, pacient je agresivní nebo plačtivý, má nejistou chůzi.	1,6 – 2,0 g alkoholu
Narkotické	Výrazné známky opilosti, řeč je setřelá, konzument není schopen chůze ani stoje, upadá do spánku, trpí nevolností, zvrací.	2,0 – 3,0 g alkoholu
Asfyktické	Těžká alkoholová intoxikace, poruchy vědomí, pacient upadá do bezvědomí, útlum dechové centra, selhávání základních životních funkcí.	3,0 g alkoholu a výše

Zdroj: Ševela, 2011, s. 131, 132)

V roce 2012 došlo k 317 úmrtím způsobených předávkováním alkoholem. Tato čísla od roku 1994 stoupají a k výraznému nárůstu došlo především u žen. V České společnosti překvapivě stále stoupá přijatelnost konzumace alkoholu, na rozdíl

od klesající přijatelnosti kouření tabáku. Alkohol se podílí na vzniku řady onemocnění, jako jsou cirhóza, fibróza a záněty jater, jícnové varixy, karcinom jícnu, žaludku, tenkého střeva a rektu. Způsobuje poruchy endokrinního systému, poškození pankreatu, poškození plodu v těhotenství a avitaminózu.

3.1.2 Zajištění pacienta intoxikovaného alkoholem v přednemocniční péči

Při intoxikacích alkoholem velmi často dochází k pádům v důsledku nekoordinovanosti chůze. Je vždy třeba myslet na možný úraz hlavy a nepodcenit možné komplikace ve smyslu nitrolebního krvácení. K dekontaminaci dochází ve většině případů samovolným zvracením.

Dalším krokem je pečlivé posouzení základních životních funkcí, zvolení vhodné polohy pacienta vzhledem k možné aspiraci žaludečního obsahu při zvracení a zajištění tepelného komfortu z důvodu častých hypotermií. Ve 3. a 4. stádiu intoxikace alkoholem je nutné zajistit periferní žilní katetr a podat krystaloidní roztoky společně s 5% glukózou a vitamínem C.

Velmi často se lze setkat s agresivním pacientem. Agrese pacienta by se měla zmírnit už samotným podáním glukózy. Pokud ke zklidnění nedojde, je možné podat diazepam. Zajištěný pacient se transportuje dle stavu na metabolickou jednotku, jednotku intenzivní péče nebo na anesteziologicko - resuscitační oddělení. V případě ošetřování agresivního pacienta je na místě také ochrana zasahujícího zdravotnického týmu. Ze sdělovacích prostředků jsou nám známé velmi smutné kauzy, kdy byli zdravotničtí záchranáři nebo členové záchranného integrovaného systému napadeni a poškozeni na vlastním zdraví.

3.1.3 Terapie pacienta intoxikovaného alkoholem v nemocničním zařízení

V nemocničním zařízení se především provádí laboratorní vyšetření krve pro zjištění koncentrace alkoholu v krvi. Z eliminačních metod lze využít hemodialýzu a peritoneální dialýzu, která se využívá především u dětí. Další prostředkem eliminace je metoda hemoperfuze.

Nejpříznivější prognózu mají chroničtí pijáci s vysoko vytvořenou tolerancí k alkoholu. Naopak ke smrtelným otravám dochází při požití velkého množství alkoholu za co nejkratší dobu. Špatná prognóza bývá u lidí žijících bez přístřeší, kteří se sice řadí mezi chronické uživatele, ale velmi často dochází k úmrtím z jiných příčin, například hypotermie.

3.2 Metanol, etylenglykol

Metanol vzniká při nedokonalých chemických procesech, většinou při nelegální výrobě pálenky. Etylenglykol je dvojmocný alkohol, který je součástí různých rozpouštědel a nemrznoucích směsí. V obou případech při perorálním požití dochází k velmi rychlému vstřebávání, kdy se první příznaky poruch centrálního nervového systému se objevují do 30 minut po požití látky. Smrtelná dávka u etylenglykolu je 1,5 ml/1 kg, u metanolu 50 ml/1 kg. Nejčastější příčinou požití bývají nejčastěji náhody, nepozornost a záměny. Od září 2012 do poloviny července 2013 došlo v České republice k výskytu hromadných otrav metanolem, který byl přítomen v nelegálním tvrdém alkoholu. Smrtných bylo 47 případů.

3.2.1 Intoxikace metanolem a etylglykolem

Nejtypičtějšími příznaky otravy metanolem a etylglykolem bývají prudké bolesti hlavy, zvracení, křeče, poruchy vidění a vědomí. Tyto stavy mohou vyústit až v kóma

U metanolu mohou centrálně nervové účinky nastoupit se zpožděním 12 – 36 hodin po požití. Obvyklým příznakem je Kussmalulovo dýchání. Při intoxikaci metanolem v dávce vyšší než 500mg/l je ohrožen pacientův zrak vznikem akutní papilitidy optického nervu. U etylenglykolu jsou v počátečních 3 – 4 hodinách příznaky velmi podobné intoxikaci alkoholem. Dále se rozvíjí hyperventilace, křeče, bolesti břicha, zvracení, arytmie, plicní edém. Přítomnost oxalátových krystalů v moči vede k selhání ledvin. (Ševčík et al, 2000)

3.2.2 Zajištění pacienta intoxikovaného metanolem či etylenglykolem v přednemocniční péči

Metanol a etylenglykol mají své antidotum a tím je alkohol. Alkohol se po zajištění periferního žilního katetru podává bolusově v dávce 10 ml 10 % alkoholu v 5 procentní glukóze během 30 minut. Poté se udržuje v dávkách 1 – 2 ml 10 % alkoholu v 5 % glukóze. Je třeba zajistit a monitorovat základní životní funkce pacienta. Transport pacienta je směřován na metabolickou jednotku nebo podle závažnosti poškození aktuálního zdravotního stavu na jednotku intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační oddělení.

3.2.3 Terapie pacienta intoxikovaného metanolem nebo etylenglykolem v nemocničním zařízení

Jedinou možnou a vhodnou eliminační metodou u otrav metanolem či etylenglykolem je hemodialýza trvající v případech těžkých ledvinových selhání 6 až 8 týdnů. Pro příznivý vývoj bez následků je nutná prevence všech možných komplikací v průběhu otravy a dlouhodobé sledování pacienta.

3.3 Opioidy a opiáty

Opioidy jsou skupinou alkaloidů působících na organismus prostřednictvím opioidních receptorů různě v organismu. V medicíně jsou používány jako silné léky na tlumení bolesti nebo nacházejí své uplatnění v léčbě kašle. Opiáty jsou podskupinou opioidů, které dělíme na opioidní agonisty, které vyvolávají typické tlumivé účinky. Do této skupiny patří morfin a kodein. Dále jsou to opioidní antagonisté využívání jako antidota. Typickým antidotem je naloxon. Třetí skupinou jsou opioidy nazývané se částečně opioidní antagonistí s dauálním účinkem, je jím například buprenofin. Další základní dělení opioidů je na přirozené, syntetické a polosyntetické.

3.3.1 Intoxikace opiáty a opioidy

Opiody mají tlumivý účinek na centrální nervový systém. Jsou schopné potlačovat lokalizační, psychickou a emocionální složku bolesti. Tlumí kašlací reflex, dráždí zónu pro zvracení a tlumí dýchací centrum. Při vyšších dávkách hrozí zástava dechu.

Intoxikace rozdělujeme na akutní a chronické. Při akutních otravách opiáty se objevují subjektivní příznaky ve smyslu nevolnosti, hučení v uších, pocit tepla v obličeji a neschopnost koncentrace. Typickým příznakem je svědění kůže po celém těle. Mezi objektivní příznaky patří mióza, hypotermie, bradykardie, hypotenze, cyanóza a retence moči.

U chronických intoxikací převažují příznaky psychické ve smyslu lenosti, poklesu vůle, potence, obvyklé bývají deprese, pseudohalucinace, nespavost, únava, podrážděnost a apatie. Opiáty i opioidy mají velké riziko vzniku návyku psychického i somatického. Velmi návykový je heroin, kdy se závislost vytváří během několika týdnů. Pravidelní uživatelé se postupem času dostávají na dávky, které by prvouživatelé usmrtili mnohočetně. Léčba závislosti na opiátech patří k nejzávažnějším a používají se dva způsoby. Existuje terapie vedoucí k abstinenci a terapie substituční za pomoci náhradního preparátu jako je například metadon či buprenorfin. Obvyklými zdravotními komplikacemi spojenými s návykovým užíváním opiátů je endokarditida, bakteriální meningitida, osteomyelitida, aspergilóza a transverzální myelitida. Při inhalaci heroínu vzniká spongiformní leukoencefalopatie.

V České republice je odhadem kolem 41 tisíc problémových uživatelů drog. Z toho je přes 10 tisíc uživatelů opiátů/opioidů. V menší míře se také vyskytuje užívání surového opia a narůstá zneužívání analgetik obsahující opiáty. Nejčastějšími zneužívanými analgetiky jsou například fentanyl, morfinu a kodeinu. V meziročním sčítání v roce 2012 došlo k nárůstu případů smrtelných předávkování opiátů a opioidů oproti roku 2011, kdy z celkových 190 úmrtí na předávkování nelegálními drogami zemřelo 6 osob na intoxikaci opiáty a opioidy. (Ševela, 2011, www.vlada.cz)

3.3.2 Zajištění pacienta intoxikovaného opiáty v přednemocniční péči

Terapie u akutních intoxikací opiáty spočívá v zajištění základních životních funkcí. Kóma a poruchy dechu lze zvrátit použitím specifického antidota – naloxonu či intrenonu, které je možné podat po zavedení periferního žilního katetru v dávce 0,2 – 0,4 mg/1 kg hmotnosti. Vzhledem ke krátkému poločasu rozpadu naloxonu, který je 15 – 30 min, bývá nutné dávku antidota zopakovat. U pacientů s poruchou vědomí je třeba podat 100 mg Thiaminu s 50 ml 40 % glukózy a v případě přítomnosti křečí je vhodné i opakovaně podat diazepam

U terapie naloxonem je třeba mít na paměti, že může vyvolat akutní syndrom z odnětí drogy, ten může vést až k laryngospasmu. V případě, že u pacienta lze tušit pravidelné užívání opiátu, podává se dávka nižší a to 0,1 – 0,2 mg/1 kg nebo jiný preparát. Tím je buprenosfin, známější pod názvem subutex.

3.3.3 Terapie pacienta intoxikovaného opiáty v nemocničním zařízení

Pacient po akutní intoxikaci opioidy by měl být sledován nejméně 24 hodin z důvodu hrozby vzniku nekardiálního plicního edému. Při intoxikaci metadonem by hospitalizace měla být prodloužena na 36 – 48 hodin. Vývoj onemocnění svědčící pro dobrou prognózu spočívá v časném podání antidota a v prevenci komplikací během probíhající otravy.

3.3.4 Nejčastěji užívané opiáty v České republice

Heroin

Heroin byl syntetizován v roce 1874 a dlouhé roky byl považován za lék, u kterého nehrozí možnost vzniku závislosti. Nejčastějším způsobem užití je intravenózní aplikace, ale lze ho i kouřit, šňupat nebo inhalovat z hliníkové folie. Dávkování začíná dávkou v rozsahu 100 mg denně, ale velmi rychle vystoupá až na 1 a více gramů denně. Závislost vzniká do několika týdnů a to jak psychická tak somatická. Odvykací syndrom vzniká již po 10 hodinách po poslední dávce a s tím roste riziko předávkování. V roce 2012 bylo v České republice spotřebováno odhadem 0,8 tun heroinu. (www.vlada.cz)

Braun

Braun je česká droga. Jedná se o směs derivátů kodeinu vyráběnou z léků obsahujících kodein. Vzhledově se jedná o hnědou tinkturu, která se aplikuje nitrožilně. Účinky a důsledky jsou obdobné jako u heroinu, pouze potenciál závislosti je nižší.

Metadon

Metadon je syntetický opioid, který má velmi pomalý nástup účinku a nižší potenciál závislosti oproti heroinu. Vyrábí se legálně pro lékařské účely a používá se jako substituční léčba u uživatelů drog.

3.4 Stimulační návykové látky

Stimulační látky neboli psychostimulancia jsou látky s budivým efektem na centrální nervový systém. Nejznámější stimulační látkou je kofein, který je obsažen v kávě a čaji. Zástupcem nelegálních psychostimulancií je pervitin, amfetamin a kokain. Mezi psychostimulancia se řadí i extáze, která však nemá typické účinky. Psychostimulancia jsou látky zvyšující psychomotorické tempo a bdělost. Účinky se projevují urychlením myšlení, zkracují spánek, zahánějí únavu, vyvolávají příjemné pocity, euforii a snižují chuť k jídlu. Negativními účinky bývají úzkost, agresivita a přeceňování vlastních schopností.

3.4.1 Intoxikace psychostimulancií

Klinickými příznaky intoxikace psychostimulancií jsou zvýšený krevní tlak a tepová frekvence, bronchodilatace, křeče a mydriáza. Na otravu stimulancií je třeba myslet při palpitacích, bolestech na hrudi či jiných jevech neodpovídajících pacientově věku. Při odeznívání účinku nastupuje stav podobný takzvané kocovině, celkové vyčerpání, únava, slabost, bolesti kloubů. Po delším užívání následuje i několikadenní spánek a konzumace velkého množství potravin.

3.4.2 Zajištění pacienta intoxikovaného psychostimulancií v přednemocniční péči

Terapie v přednemocniční péči se týká zajištění a monitorování základních životních funkcí včetně elektrokardiogramu, na kterém můžeme registrovat hypertrofii levé komory. Zbytnění levé srdeční komory bývá typické pro chronické uživatele psychostimulancií, protože stimulační látky zvyšují krevní tlak, tepovou frekvenci a zbytnění levé srdeční komory je jejich následkem. Vzhledem k hrozbě vzniku plicního edému je nutné řádně pečovat o dýchací cesty, případně podat diuretika. U otrav stimulancií je typickým obrazem zrychlení celého organismu a s tím spojené riziko srdečních i mozkových příhod. Hypertenze většinou odpovídá na podání benzodiazepinů, při křečích je možné podat diazepam v dávce 5 – 10 mg a jeho podání lze i opakovat. Dalším léčebným postupem je symptomatická léčba.

Vždy je nutné pamatovat u pacienta intoxikovaného stimulancií na možný rozvoj toxické psychózy v podobě paranoidních myšlenek, změn nálad, sluchových a zrakových halucinací, které se velmi těžko odlišují od schizofrenie. Opět je velmi důležité nezapomenout na možné kombinování stimulancií s alkoholem či tabákem. Pacient je ohrožen rizikem náhlého úmrtí z důvodu potence psychomotorické stimulace a deprese levé srdeční komory.

3.4.3 Nejčastěji užívaná psychostimulancia

Kokain

Kokain je alkaloid jihoamerického keře *Erythroxylon koka*. Chemicky byl kokain izolován v roce 1859 Sigmundem Freudem pro vědecké účely k využití jako lokální anestetikum. Původně se kokain používal na léčbu závislosti morfinem.

Užívání kokainu se odráží ve změně funkce všech tělesných orgánů. Způsobuje hypertenzi, tachykardii, koronární spasmus, hypertrofii levé komory při chronickém užívání, dysrytmie až srdeční selhání. Dýchání je utlumeno a pacient je v ohrožení zástavy dechu. Při inhalačním užívání kokainu vzniká bronchospasmus a plicní edém. Neurologickými příznaky jsou anxieta, agitace, poruchy vědomí, bolesti hlavy, tonicko-klonické křeče, status epilepticus, kóma, euforie a mydriáza.

V České republice patří počty uživatelů kokainu k těm nižším. Dalo by se říci, že na české drogové scéně patří k okrajovým drogám. Přesto se uvádí, že bylo spotřebováno 0,7 tun kokainu. (www.vlada.cz)

Pervitin

Pervitin je budivý amin, který byl objeven v roce 1887. Jeho prvním zástupcem byl amfetamin. Na možnost vytvoření návyku se přišlo až po roce 1939.

Pervitin je chemicky metamfetamin, který má silnější účinky než kokain. V čisté formě má vzhled bílého prášku, je bez zápachu a má hořkou chuť. Na černém trhu bývá zabarven dožluta nebo dofiialova, vyrábí se z efedrinu za pomoci louhu a červeného fosforu. Tato stimulační látka byla v 70. – 90. letech nejpopulárnější ilegální pouliční drogou v naší republice.

Pervitin je možný užívat ústy, šňupáním a nitrožilně, což je u nás nejčastější způsob. Obvyklá dávka je 50 – 250 mg, ale neobvyklá není ani dávka 1 gram. Účinek při nitrožilní aplikaci je téměř okamžitý. Při šňupání lze působení očekávat do 5 až 10 minut, ústy asi do 1 hodiny. V moči je jeho přítomnost laboratorně prokazatelná až čtrnáct dní po jeho užití.

Pervitin jednoznačně ovlivňuje motoriku i psychiku konzumenta. Po jeho užití nastupuje euforie, snižuje únavu, zvyšuje výkonnost celého organismu a navozuje nechutenství. Způsobuje motorický neklid a vznikají pohybové stereotypie, takzvaná vykroucenost. U akutní intoxikace jsou dominantní bolesti v krajině čelní, úzkost, neklid, hyperaktivita, mydriáza, tachykardie, hypertenze, arytmie, hyperpyrexie, křeče, delirium, bolest na hrudi a riziko vzniku bezvědomí. (www.drogy2info.cz)

U pacientů chronicky užívajících psychostimulancia jsou prokázány změny na mozku. Opakované Intoxikace pervitinem způsobují demenci, panikaření, a poruchy spánku. Somatickými projevy jsou nevolnost, zvracení, nereagující mydriatické zornice, krvácení v plicích, játrech či slezině vzhledem k poruše koagulace.

V České republice bylo v roce 2012 odhadnuto 30 700 uživatelů pervitinu, což je asi 35 % z celkového počtu uživatelů návykových látek. Přibývá i případů úmrtí na předávkování pervitinem. Za rok 2012 se v České republice spotřebovalo kolem 5,9 tun pervitinu. (www.vlada.cz)

3.5 Halucinogeny

Halucinogeny mají dlouhou historii v náboženství i lékařství. Dnes se do skupiny halucinogenních drog řadí stovky látek. Název halucinogeny byl zaveden až v roce 1954. Česká republika patřila ke špičce ve světě ve výzkumu jejich účinků. Zejména s LSD a psilocybinem se experimentovalo u léčby neuróz, poruch osobností a psychóz. V sedmdesátých letech ale bylo používání LSD zakázáno. Halucinogeny nepatří mezi látky s typickým potenciálem závislosti, protože při jejich užívání nehrozí výskyt syndromu odvykání. V České republice se v roce 2012 spotřebovalo kolem 75 800 dávek LSD. V roce 2012 se na druhé místo v nejčastěji užívaných drogách dostaly hned po kanabinoidech halucinogenní houby. Tím nahradily extázi, která si léta hájila druhé

místo. Halucinogeny se dělí na přírodní a syntetické. Mezi přírodní halucinogeny rostlinného původu se řadí durman, mezkalin a psylobicin. Halucinogeny, které řadíme mezi látky živočišného původu, mají svého zástupce v bufeteninu. Jako u většiny návykových látek mají i halucinogeny skupiny vyráběné synteticky. Jedná se o skupiny halucinogenů poloumělých a umělých. Řadí se sem LSD a fencyklidin, kterému se přezdívá andělský prach. Halucinogeny jsou jako psychoaktivní drogy děleny podle účinků na psychedelika, disociační halucinogeny a delirogeny. Psychedelika jsou látky, které odhalují skrytá, ale reálná hlediska mysli. Disociačními účinky psychoaktivních látek se blokuje vědomí, aby dávalo signály jiným částem mozku. Delirogeny jsou pravé halucinogeny, které mají účinek na běžné vnímání.

3.5.1 Intoxikace halucinogeny

Nástup i účinky požití halucinogenů jsou závislé na množství užití látky, její čistotě, individuální vnímavosti, prostředí a způsobem její aplikace. Nástup bývá opožděný, a to i o jednu hodinu v závislosti na dávce. V důsledku opožděného nástupu často dochází k intoxikacím příliš vysokou dávkou halucinogenu.

U nižších dávek se vyskytují iluze a halucinace, výraznější vnímání prostoru a barev, sklon k ornamentalizaci, pocity euforie, dobrá nálada. Opakem bývá úzkost, pocit nepohody a deprese. U vyšších dávek se objevují intenzivní halucinace bez možnosti jejich ovlivnění vůlí, což může na uživatele působit velmi negativně. Tento stav se nazývá bad trip. Dalšími příznaky jsou poruchy myšlení, vztahovačnost, paranoia, poruchy paměti, pozornosti a úsudku.

Klinickými příznaky intoxikace halucinogeny jsou mydriáza, hypertenze, tachykardie, zarudnutí kůže, slzení, slinění, nevolnost, zvracení, hyperreflexie, abdominální křeče, tachypnoe a hypertermie. U otrav lysohlávkou dominuje nevolnost, zvracení a křeče žaludku. Další klinické příznaky jsou závislé na druhu příměsi.

3.5.2 Zajištění pacienta intoxikovaného halucinogeny v přednemocniční péči

Základním ošetřením u otrav halucinogeny je především ochrana dýchacích cest, vzhledem k útlumu dýchacího centra a centrálního nervového systému. U pacientů

při vědomí lze zvrátit stav použitím specifického antidota – naloxonu. Hypertenzi, která bývá způsobena silným rozrušením doprovázeným pohybovou aktivitou, je možné řešit benzodiazepiny. U stavů intenzivních halucinací a jiných psychických výjevů je důležité pacienta umístit do tmavého, tichého prostředí a pokusit se o jeho zklidnění.

Znovu je nutné nezapomínat na možné interakce s jinými látkami. Například ve spojení s alkoholem může dojít k akutní psychóze s fatálními následky ve smyslu možného ohrožení vlastního života nebo poškození zdraví svého okolí. U otrav halucinogeny je vysoké riziko vzniku schizofrenie.

3.5.3 Nejčastěji užívané halucinogeny

Diethylamid kyseliny lysergové

LSD je chemicky diethylamid kyseliny lysergové, který se nejčastěji na našem trhu vyskytuje ve formě tripů nebo krystalů. Tripem se rozumí papírový čtvereček s potiskem napuštěný účinnou látkou. LSD se v obou formách užívá perorálně, rozpouštěním pod jazykem. Další možností je nitrožilní aplikace nebo se dá kouřit.

Psylobicin

Psylobicin je velmi halucinogenní, psychicky aktivní látka obsažená v halucinogenních houbách nazývaných lysohlávky. Lysohlávky se v České republice běžně vyskytují a patří u nás k nerozšířenějším přírodním drogám. Množství aktivní látky v houbě se nedá odhadnout a intoxikace přináší velká rizika. Užívají se perorálně nebo se v sušené formě dají kouřit.

Extáze

Extáze není typickým halucinogenem. Chemicky se jedná o metylendioxyamfetamin, který patří do skupiny halucinogenních amfetaminů. V posledních letech si tato droga držela druhé místo v nejčastěji užívaných nelegálních drogách v České republice. V roce 2012 spadla v žebříčku nejčastěji užívaných drog na třetí místo a byla nahrazena halucinogeny houbami. Přesto bylo spotřebováno 62 300 tablet extáze. Účinky má podobné jako stimulancia s tím, že pacient vyhledává společnost a má větší potřebu komunikace. Vzhledem k neznámému množství účinné látky a možných dalších příměsí v jedné tabletě je zde velká hrozba smrti již po jedné

tableť. Extáze je typická párty droga, která konzumentovi poskytuje pocit nekončícího přísunu energie bez příchodu varovného signálu z vyčerpání. Konzument se tím stává ohrožen dehydratací a stavem celkového vyčerpání. Tato droga se doporučuje nikdy nekombinovat s jinými toxickými látkami a dodržovat pitný režim. (www.drogovaporadna.cz)

3.6 Kanabinoidy

Původ konopí je pravděpodobně v centrální části Asie, ale vzhledem ke své nenáročnosti roste prakticky všude. Konopí lze klasifikovat jako psychedelickou drogu, přesto však psychedelikem není pro své spíše sedativní účinky. První zmínky o zneužívání kanabinoidů se objevují v třicátých letech dvacátého století. Po roce 1989 se užívání konopí stalo velmi módní záležitostí.

Účinnou látkou v konopí je tetrahydrocannabinol, dále jen THC, která navozuje euforii, uvolnění a má i analgetický účinek. Jednou z forem konopí je marihuana, která obsahuje asi 5 – 10% THC. Nejčastěji se užívá kouřením sušených listů rostliny nebo se zpracovává jako součást pokrmů. Hašiš je formou konopí, která je připravována z pryskyřice a obsahuje 20 – 50% THC. Analogem THC je například dronabidol nebo nabuleno, jejichž účinků je využíváno mimo jiné v léčbě proti bolesti.

Účinek po vykouření drogy bývá do několika sekund až minut. Při požití v potravě bývá účinek o něco pomalejší. Mezi nejčastější projevy intoxikace kanabinoidy patří výrazné sucho v ústech, pocit hladu, euforie, výbuchy smíchu, ponoření se do vlastních myšlenek a fantazií, zkreslené vnímání času a výrazné překrvení spojivek.

V současnosti patří kanabinoidy k nejčastěji užívaným drogám, které ve svém životě alespoň jednou zkusilo 27,9% obyvatel v České republice. Z toho v posledním roce užilo konopí 9,2% dotázaných. V roce 2012 se odhadem spotřebovalo 11,6 tun konopných drog. Na kanabinoidy nevzniká somatická závislost, ale u 8 – 10% vzniká závislost psychická.

3.6.1 Intoxikace kanabinoidy

Při užití vyšších dávek THC se vyskytují příznaky jako paranoia, anxieta, agresivita, zkreslené vnímání reality, akutní psychózy, obsese či halucinace. Mezi projevy chronického užívání se řadí poruchy s krátkodobou pamětí, poruchy řeči, motoriky, sinusová tachykardie, mydriáza a jiné.

3.6.2 Zajištění pacienta intoxikovaného kanabinoidy v přednemocniční péči

Ve většině případů otrav kanabinoidy není nutná žádná terapie. Pacienta je vhodné uklidnit, uložit na klidné a tiché místo. Léčba je vzhledem k častým interakcím s alkoholem symptomatologická.

3.7 Benzodiazepiny

Intoxikace benzodiazepiny jsou druhé nejčastěji hlášené intoxikace. Jedná se o 20% ze všech hlášených stavů intoxikací. Prvenství má pervitin, který dosahuje 25 %. Benzodiazepiny jsou nejčastěji používanými a zneužívanými psychotropními léky. Prvním komerčně užívaným benzodiazepinem byl chlordiazepoxid popsán v roce 1957. Od té doby byly objeveny další tři tisíce druhů, z toho 28 se běžně užívá v medicíně. Nejčastěji zneužívaná jsou benzodiazepinová anxiolytika a benzodiazepinová hypnotika. Benzodiazepinová anxiolytika jsou svým účinkem velmi podobná účinkům alkoholu. Prakticky všechna benzodiazepinová anxiolytika vedou k návyku a při chronickém užívání dochází k závislosti. Řadí se sem Diazepam, Seduxen, Neurole, Lexaurin, Valium, Rivotril, Oxazepam. Účinky hypnotik jsou uklidňující. Řadí se sem Rohypnol, Dormicum a Nitrazepam.

3.7.1 Intoxikace benzodiazepiny

Benzodiazepiny mají hypnotické, sedativní, anxiolytické, amnestické, svalově konvulzivní i antidepressivní účinky. Důležitým poznatkem je, že předávkování benzodiazepiny je relativně bezpečné pro jejich rozsáhlou terapeutickou šíři. Benzodiazepiny způsobují útlum centrálního nervového systému, poruchy vědomí až kóma, útlum dechového centra, hypotenze a bradykardie. Je třeba si dát pozor na velmi časté kombinování s jinými otravnými látkami, nejčastěji s alkoholem

3.7.2 Zajištění pacienta intoxikovaného benzodiazepiny v přednemocniční péči

U intoxikací benzodiazepiny je většinou postačující podpůrná terapie. Dominuje zde podpora a zajištění základních životních funkcí. Nezbytná je péče o dýchací cesty. Pokud to vyžaduje zhoršení zdravotního stavu, provedeme endotracheální intubaci s umělou plicní ventilací. Podání aktivního uhlí pacientovi intoxikovanému benzodiazepiny je ideální do jedné hodiny po požití léků v dávce 1 g/1 kg hmotnosti pacienta. Podpoření krevního oběh postačuje zajištěním periferního žilního katetru a aplikací krystaloidů. Podání antidot, anexatu velmi rychle a kompletně zvrátí účinky benzodiazepinů. Úvodní dávka anexatu je 0,3 mg nitrožilně a je možné dávku opakovat až do výše 2 mg. U dětí se začíná úvodní dávkou 0,001 mg/1 kg tělesné váhy a lze pokračovat do 0,2 mg. Účinek nastupuje do 1 – 5 minut po podání antidota, ale má krátkou dobu trvání účinku, do 1 hodiny. Anexate by neměl být používán při otravě benzodiazepiny současně s tricyklickými antidepresivy.

Dlouhodobé užívání benzodiazepinů vede k psychické i somatické závislosti i u pacientů, kterým lék ordinuje lékař. V případě, že uživatel má k dispozici svoji pravidelnou dávku, nemusí se závislost nijak projevit. Pokud tedy nepřekročí svoji toleranci vůči původně léčivu. Při chybění léku se objevuje odvykací syndrom. Pacient trpí nespavostí, psychickým neklidem, agresivitou, může dojít ke zhoršení vidění a v krajních případech se může vyvinout i epileptický záchvat.

3.8 Barbituráty

Barbituráty se jako sedativa a hypnotika používají od roku 1903, kdy byl na trh uveden barbital. Barbituráty se dělí podle doby účinku na krátce působící a déle působící barbituráty. Krátce působící barbituráty mají uplatnění při sedaci a také v úvodu do celkové anestezie. Řadí se sem například thiopental a pentobarbital. Barbituráty s déle trvajícím účinkem už mají menší hypnotický účinek a využívá se jich jako antikonvulziv. Do této skupiny patří fenobarbital nebo mefobarbital. Další skupinou jsou analgetika a spasmolytika s obsahem barbiturátů. Užívají se k léčbě nespavosti nebo jako antiepileptika. Ke zneužívání barbiturátů dochází většinou perorálním způsobem.

3.8.1 Intoxikace barbituráty

Otravy barbituráty velmi připomínají otravy alkoholem. U těžších otrav dochází ke kvantitativním poruchám vědomí od somnolence až po kóma se snížením či vymizením šlachových reflexů. Zornice bývají ze začátku miotické, později může dojít k hypoxické paralytické mydriáze.

Respirační potíže nastupují velmi brzy, dochází k bradypnoi nebo povrchní tachypnoi s rozvojem Cheyn 2 Stokesovým dýcháním, hypoxií a hyperkapnií. Dalšími příznaky jsou hypotenze, hypotermie, rhabdomyolýza. Může dojít k hypoglykémii. Otravy barbituráty mají charakteristické projevy na kůži ve formě vezikulárních až bulózních plošných útvarů vyskytujících se na místech pozičního zatížení. Komplikací u otrav barbituráty bývá oběhové selhání, akutní selhání ledvin, bronchopneumonie a praveno plicní absces vznikající po aspiraci zvratků. Dále může dojít k mozkovému edému. Příčinou náhlého úmrtí bývá zpravidla zástava dechu a oběhu.

3.8.2 Zajištění pacienta intoxikovaného barbituráty v přednemocniční péči

Terapií u otrav barbituráty je zavedení agresivní podpůrné léčby, nutné k zabránění nevratného poškození mozku z důvodu nedostatku kyslíku. Je nutné zajistit periferní žilní katetr a objemovou náhradu roztoky krystaloidů a koloidů. Taktéž je nezbytné zajištění dýchacích cest a v případě nutnosti zahájit umělou plicní ventilaci. U intoxikací barbituráty je obvyklou komplikací hypotermie, kterou je potřebné v přednemocniční péči řešit Nespecifickým antidotem u otrav barbituráty je aktivní uhlí, které se podává v dávce 1 g/1 kg hmotnosti. Vzhledem ke snížené motilitě střev se doporučuje aktivní uhlí podávat opakovaně v dávkách 0,5 – 1 g/1 kg hmotnosti v intervalech 4 – 6 hodin.

3.8.3 Terapie pacienta intoxikovaného barbituráty v nemocničním zařízení

U otrav barbituráty se do 4 – 8 hodin po požití provádí gastrická laváž. Je možné využít také eliminační metody. Vhodná je například forsírované diuréza u dlouhodobě působících barbiturátů. Hemodialýzu využíváme v případě dlouhotrvajícího komatu.

Pozitivní účinky má i použití hemoperfuze. Je důležité laboratorní monitorování ledvinných funkcí.

Prognózu zhoršuje délka expozice, množství požití látky, přítomnost komplikací a jejich včasné zaléčení. Častými komplikacemi bývá poziční trauma, rhabdomyolýza či septické stavy.

3.9 Tricyklická antidepresiva

Tricyklická antidepresiva jsou nejstarším typem léků k řešení deprese. Jedná se o thymoleptika, které zabraňují poklesu katecholaminů mající vliv na vznik depresivních stavů. K většině otrav tricyklickými antidepresivami dochází ze sebevražedných důvodů. Vzhledem k rychlému a úplnému vstřebávání do organismu je incidence mortality vysoká. Antidepresiva se předepisují pacientům s klinickými depresemi i pacientům méně klinicky depresivním, ale vyžadující medikamentózní léčbu. Předepisují se také mnoha seniorům, kde původem deprese je osamělost a opuštěnost. Tricyklická antidepresiva mají poměrně vysoký potenciál závislosti vznikající do několika měsíců.

První ze skupiny tricyklických antidepresiv byl v roce 1959 objeven imipramin. Tricyklická antidepresiva se velmi rychle a dobře vstřebávají do organismu a je téměř nemožné je z těla pacienta odstranit. Smrt po otravě tricyklickými antidepresivami způsobené požitím letální dávky nastává do několika hodin. Do této skupiny látek se řadí například Citalec, Seropram, Prozac, Zoloft, Prothiaden, Amitriptylin a jiné.

3.9.1 Intoxikace tricyklickými antidepresivy

Obvykle ordinovaná dávka tricyklických antidepresiv bývá 2 – 4 mg/1 kg hmotnosti. Vzhledem k tomu, že mají nízký terapeutický účinek, lze závažné poruchy vědomí pozorovat již při dávce 5 mg. Dalšími klinickými projevy jsou dysrytmie, objevující se po 20 mg a více. Za smrtelnou dávku je považován 1 g účinné látky. Při předávkování tricyklickými antidepresivami dochází k vysoké toxicitě kardiovaskulárního systému a z příznaků dominuje hypotenze a dysrytmie. Také jsou

přítomny atrioventrikulární blokády, cholinergní blokáda, snížený výkon srdce a tachykardie.

Dalšími příznaky otravy tricyklickými antidepresivy jsou kóma, záchvaty křečí, často objevujících se až 5 hodin po otravě, hypertermie, snížení motility střevní vedoucí k rozvoji ileu. Bývá přítomna mydriáza, snížené reflexy a vlhká kůže.

3.9.2 Zajištění pacienta intoxikovaného tricyklickými antidepresivy v přednemocniční péči

Vzhledem k nízkým terapeutickým účinkům tricyklických antidepresiv a použití fyzostigminu jako antidota je z důvodu jeho závažných kardiotoxických vedlejších účinků velmi sporné, je léčba v přednemocniční péči především symptomatická. Vyvolávání zvracení není vhodné z důvodu atonie žaludku. Provedení výplachu žaludku má význam do 24 hodin po požití vzhledem ke snížené střevní peristaltice. Po výplachu žaludku následuje podání adsorpčního uhlí, které má schopnost na sebe navázat veškerá tricyklická antidepresiva. Adsorpční uhlí podáváme v dávce 50 g/1 kg hmotnosti a jeho podání lze opakovat v intervalech 4 – 6 hodin, pokud se nezačne vyvíjet ileus.

3.9.3 Terapie u pacienta intoxikovaného tricyklickými antidepresivy v nemocničním zařízení

U otrav tricyklickými antidepresivy lze využít eliminační metody, avšak se sporným účinkem. Výhodnou metodou se jeví hemoperfuze pro dobrý terapeutický efekt snížení kardiotoxicity. Další možností je použití intravenozního podání hydrogenuhličitanu sodného, který má příznivý účinek na ventrikulární dysrytmii, hypotenzi a rozšířený QRS komplex na EKG. Monitorování základních životních funkcí by mělo trvat rozhodně do doby vymizení všech závažných projevů intoxikace tricyklickými antidepresivy.

Klinické příznaky po požití tricyklických antidepresiv se objevují již během prvních pár hodin po požití a výrazně se prohlubují. Pokud je otrava tricyklickými antidepresivy smrtelná, dochází k tomu do několika hodin. Veškerá úmrtí se odehrávají nejpozději do 24 hodin po požití. Naděje na přežití pacienta intoxikovaného

tricyklickými antidepresivy stoupá s dobou od požití otravné látky. Vzhledem k malým účinkům veškerých možných a použitých léčebných manévru, dochází u velmi závažných otrav k úmrtí bez ohledu na vynaloženou snahu o vyléčení pacienta.

4 Uživatelé návykových látek a zdravotní péče

Zdravotní péče u uživatelů návykových látek byla a je velmi obtížná. U drogově závislých se stále častěji vyskytují komorbidní onemocnění, které souvisejí s délkou užívání návykových látek. Narůstají počty úmrtí a přidružené zdravotní problémy. Uživatelé návykových látek se potýkají s komplikovanou životní situací, kvůli které se jim nedostává odpovídající zdravotní péče. Vina je velmi často na straně samotných uživatelů. Ti do doby, kdy lze bolesti a problémy přebít drogou, pomoc včas nevyhledají.

A stejná vina je na straně sociálních i zdravotních zařízení, které jsou někdy neochotné či nechtějí s problémovými pacienty pracovat. Překážka často spočívá v nepřipravenosti a nedostatečného proškolení nejen zdravotnického personálu, který nedokáže s problémovými pacienty pracovat. Existuje řada zdravotnických zařízení specializujících se na ošetřování drogově závislých osob, ale v tomto případě mnohdy nerážíme na problém přetížení a kapacitní poddimenzovanosti. Trendem dnešní doby je řešení stále častějších a závažnějších chorob u uživatelů návykových látek, které se stává začarovaným kruhem. A bez koordinované pomoci nelze úspěšně pomáhat. (www.sananim.cz)

4.1 Financování protidrogové politiky

V roce 2012 činili výdaje z rozpočtů státní samosprávy a správy na protidrogovou politiku celkem 587,3 milionu korun. Na financování se podílí státní rozpočty výši 59,1 %, místní rozpočty krajů se podílí 30,0 % a obce poskytují 11,0 %. V roce 2012 vzrostly výdaje o 4,2 %. Z Evropského fondu byly čerpány prostředky ve výši zhruba 100 milionů korun.

Hlavním zdrojem financování léčby drogově závislých jsou prostředky ze zdravotního pojištění, které například v roce 2011 činily 1 563 milionů korun. Na léčbu alkoholových závislostí bylo vydáno 1 110 milionů korun a na drogové závislosti 453 milionů korun. (www.mvcr.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika práce

Námět na průzkumný problém

Námětem na průzkumný problém byla úroveň znalostí, povědomí, orientace, zájem o zlepšení postupů v oblasti ošetřování a komunikace s problémovými pacienty u pracovníků přednemocniční neodkladné péče.

Cíl a hodnota průzkumu

Cílem průzkumného šetření je zjistit míru vzdělanosti zdravotnických pracovníků v oblasti ošetřování a komunikace s problémovými pacienty. Konkrétně se jedná o pacienty intoxikované návykovou látkou. Dále je cílem průzkumného šetření zjištění trendů v oblasti uživatelů návykových látek.

Zkoumaný soubor

Průzkum byl prováděn cíleně. Základní soubor tvořilo 50 respondentů ve věkovém rozmezí 21 – 61 let. Respondenti byli vybráni z řad zdravotnických záchranných služeb.

Zkoumaná oblast

Vybrané kraje zdravotnických záchranných služeb České republiky:

- ZZS Hlavního města Prahy
- ZZS Středočeského kraje
- ZZS Libereckého kraje

Časové rozmezí

Průzkumné šetření bylo prováděno v období 1. 2. 2014 – 28. 2. 2014.

Metody a techniky

Při průzkumném šetření bylo použito dotazníkové metody. Dotazník byl strukturovaný. Byla použita kombinace uzavřených a otevřených otázek. Dotazník

obsahuje 28 položek. Byl rozdán v počtu 50 paré, návratnost dotazníků byla 80 %. Tedy bylo zpracováno 40 dotazníků.

Průzkumný tým

- Průzkum byl prováděn individuálně
- Zpracovatelem byla Karolína Příhodová, DiS.

Zpracování

Získaná data byla zodpovědně vyříděna a zpracována kvantitativní metodou, vyjádřena v absolutních a relativních číslech. Jednotlivé položky byly zpracovány do grafů a tabulek s procentuálním vyjádřením.

Organizační zabezpečení

Zvolený časový prostor pro získávání dat byl 1 měsíc. Průzkumné šetření bylo financováno z vlastních prostředků průzkumníka.

Hypotézy

Hypotéza 1 – Předpokládáme, že většina zdravotnických záchranářů není dostatečně proškolená v oblasti ošetřování problematických pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky.

Hypotéza 2 – Předpokládáme, že výjezdy zdravotnických záchranářů k pacientům pod vlivem návykové látky mají zvyšující se tendenci.

Hypotéza 3 – Předpokládáme, že umístování pacientů pod vlivem návykové látky do zdravotnického zařízení je obtížné.

6 Průzkum

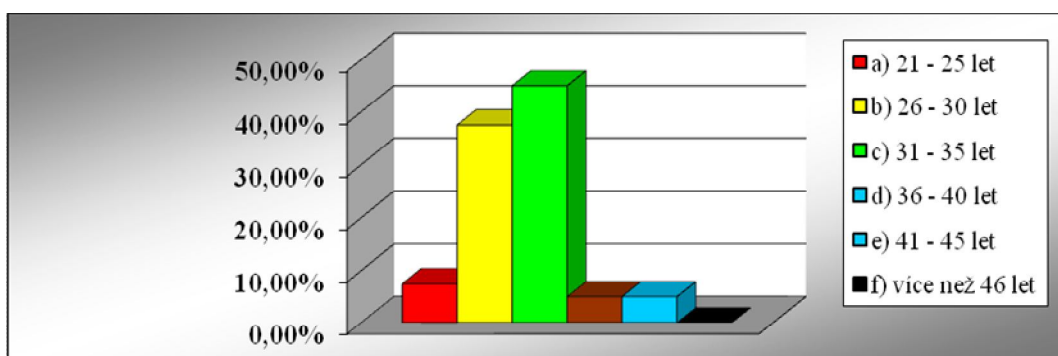
Položka 1 – Jaký je Váš věk?

- a) 21 – 25 let c) 31 – 35 let e) 41 – 45 let
b) 26 – 30 let d) 36 – 40 let f) více než 46 let

Tabulka 1 Jaký je Váš věk?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) 21 - 25 let	3	07,50
b) 26 - 30 let	15	37,50
c) 31 - 35 let	18	45,00
d) 36 - 40 let	2	05,00
e) 41 - 45 let	2	05,00
f) Více než 46 let	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 1 Jaký je Váš věk?



V dotazníkové položce 1 odpovědělo 18 zdravotnických záchranářů, tj. 45,00 %, ve věku 31 – 35 let, 15 jich bylo ve věku 26 – 30 let, tj. 37,50 %, 3 respondenti ve věku 21 – 25 let, tj. 07,50 %, 2 ve věku 36 – 40 let, tj. 05,00 %, 2 ve věku 41 – 45 let, tj. 05,00 %, a nikdo tj. 0 % ve věku vyšším než 46 let. Celkem odpovědělo 100,00 % dotázaných.

Celkem lze tedy vyhodnotit položku 1 tak, že ve zdravotnických záchranných službách pracují nejčastěji zdravotničtí záchranáři ve věku 31 – 35 let.

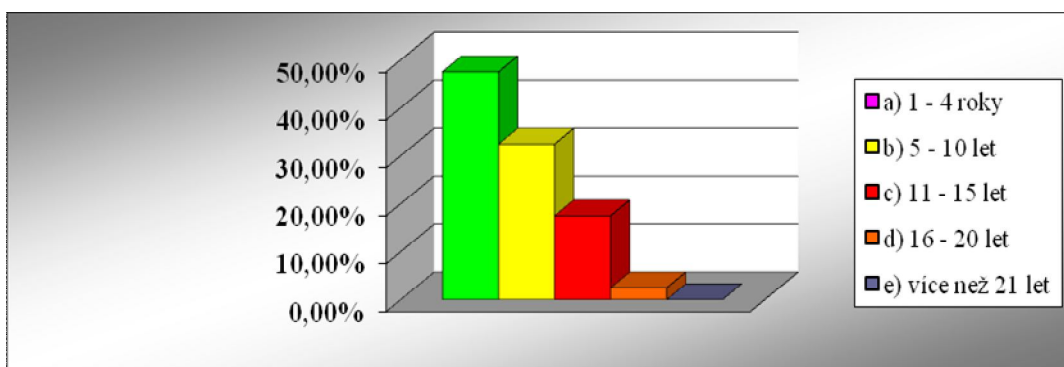
Položka 2 – Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 1 – 4 roky c) 11 – 15 let e) Více než 21 let
b) 5 – 10 let d) 16 – 20 let let

Tabulka 2 Jaká je délka Vaší praxe?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) 1 - 4 roky	19	47,50
b) 5 - 10 let	13	32,50
c) 11 - 15 let	7	17,50
d) 16 - 20 let	1	2,50
e) Více než 21 let	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 2 Jaká je délka Vaší praxe?



Na dotazníkovou položku 2 odpovědělo 19 zdravotnických záchranářů, tj. 47,50 %, že délka jejich praxe v zdravotnické záchranné službě činí 1 – 4 roky, 13 z nich, tj. 32,50 %, má odpracováno mezi 5 – 10 lety praxe, 11 – 15 let má praxi 7 z dotázaných zdravotnických záchranářů, tj. 17,50 %. Pouze 1 z respondentů, tj. 02,50 %, má praxi v rozmezí 16 – 20 let. Více než 21 let praxe neudává nikdo, tj. 00,00 %, z dotázaných. Celkem odpovědělo 100 % respondentů.

Položku 2 lze vyhodnotit tak, že nejčastější délka praxe v zdravotnických záchranných službách se pohybuje mezi 1 – 4 roky.

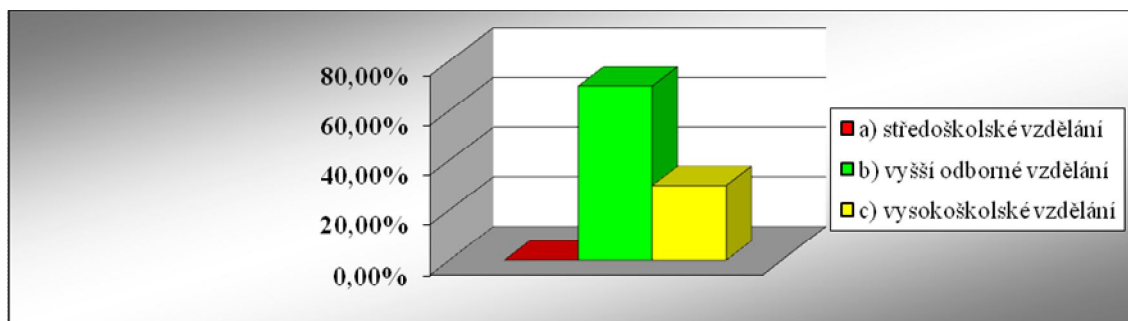
Položka 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské vzdělání b) Vyšší odborné vzdělání c) Vysokoškolské vzdělání

Tabulka 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Středoškolské vzdělání	0	00,00
b) Vyšší odborné vzdělání	28	70,00
c) Vysokoškolské vzdělání	12	30,00
Celkem	40	100,00

Graf 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Na dotazníkovou položku 3 odpovědělo 28 dotázaných zdravotnických záchranářů, tj. 70,00 %, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Vysokoškolským vzděláním disponuje 12 z respondentů, tj. 30,00 %. Středoškolské vzdělání neudal nikdo tj. 00,00 % z dotázaných. Celkem odpovědělo 100,00 % dotázaných.

Položkou 3 lze dojít k závěru, že nejčastějším dosaženým vzděláním u pracovníků zdravotnických záchranářských služeb je vzdělání vyšší odborné.

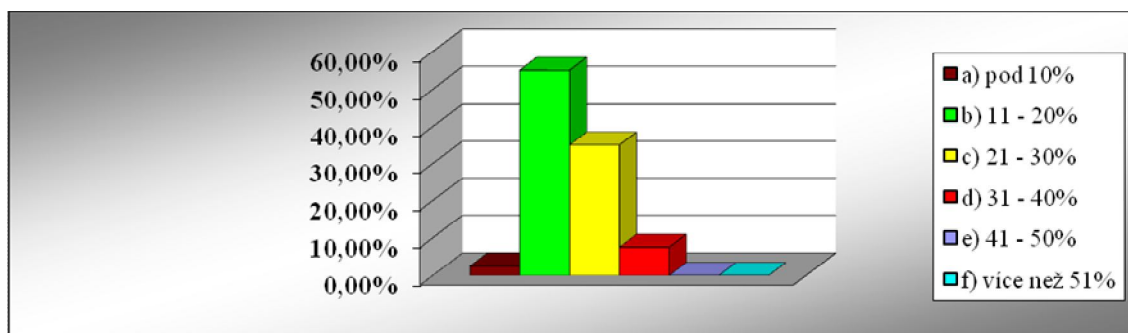
Položka 4 – Jakou průměrnou četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky byste udali z celkového množství Vámi ošetřených pacientů?

- a) Pod 10% c) 21 – 30% e) 41 – 50%
 b) 11 – 20% d) 31 – 40% f) Více než 51%

Tabulka 4 Jakou průměrnou četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky byste udali z celkového množství Vámi ošetřených pacientů?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) pod 10%	1	02,50
b) 11 - 20%	22	55,00
c) 21 - 30%	14	35,00
d) 31 - 40%	3	07,50
e) 41 - 50%	0	00,00
f) Více než 51%	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 4 Jakou průměrnou četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky byste udali z celkového množství Vámi ošetřených pacientů?



V dotazníkové položce 4 zvolilo 22 respondentů, tj. 55,00 %, odpověď, že četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky se pohybuje mezi 11 – 20 %, 14 tj. 35,00 % označilo 21 – 30 % výjezdů, 3 dotázaní, tj. 07,50 %, udalo 31 – 40 % a 1 ze zdravotnických záchranářů, tj. 02,50 %, označilo četnost výjezdů pod 10 %. Celkem odpovědělo 100,00 % dotázaných.

Položku 4 je možné shrnout následovně. Výjezdy k pacientům pod vlivem návykové látky jsou v poměru k výjezdům k pacientům, kteří nejsou intoxikováni, nejčastěji pohybují v rozmezí 11 – 20 %.

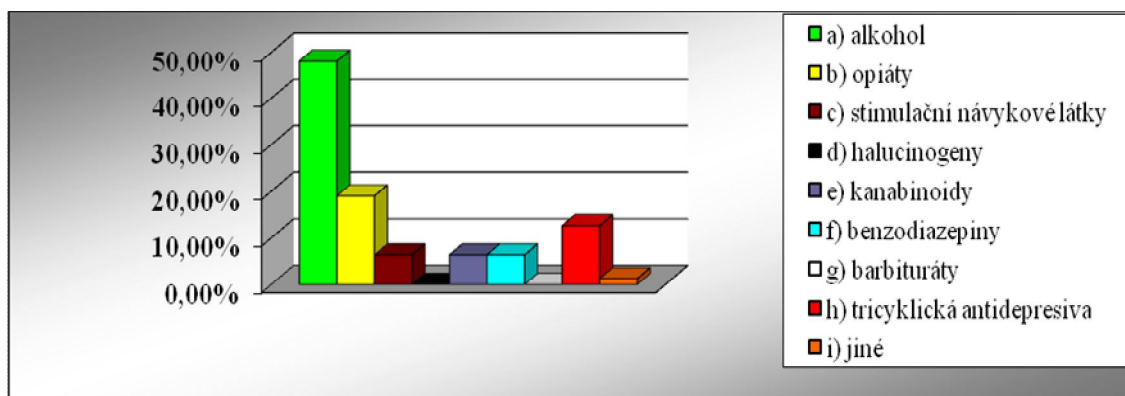
Položka 5 – Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.

- a) Alkohol c) Stimulační e) Kanabinoidy h) Tricyklická
 b) Opiáty návykové látky f) Benzodiazepiny antidepressiva
 d) Halucinogeny g) Barbituráty i) jiné

Tabulka 5a Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Alkohol	38	48,10
b) Opiáty	15	18,99
c) Stimulační návykové látky	5	06,33
d) Halucinogeny	0	00,00
e) Kanabinoidy	5	06,33
f) Benzodiazepiny	5	06,33
g) Barbituráty	0	00,00
h) Tricyklická antidepressiva	10	12,66
i) Jiné	1	01,27
Celkem	79	100,00

Graf 5a Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí



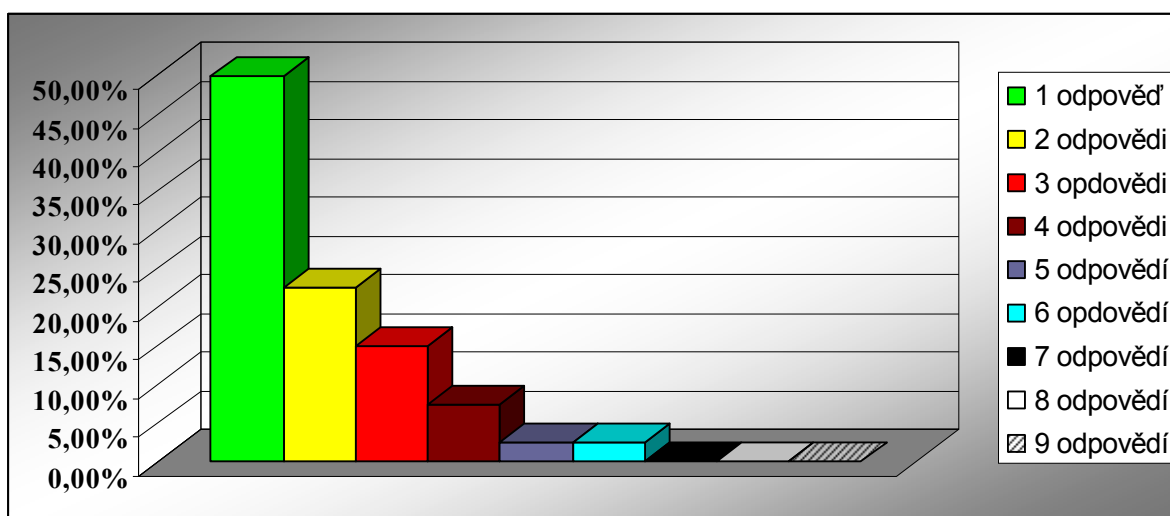
V dotazníkové položce 5 zvolilo možnost alkohol 38 z dotázaných, tj. 48,10 %. Druhou nejčastější skupinu, se kterou se respondenti při výkonu svého povolání setkávají, označilo 15, tj. 18,99 %, a byla jí možnost opiáty. Na třetím místě se umístila tricyklická antidepressiva, která označilo 10 respondentů, tj. 12,66 %. Odpověď stimulační návykové látky, kanabinoidy a benzodiazepiny zvolilo 5 dotázaných,

tj. 06,33 %, tj. 06,33 %. V pouhém jednom případě tj. 01,27 % byla uvedena možnost jiné. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Tabulka 5b Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet odpovídajících</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
1 odpověď	20	50,00
2 odpovědi	9	22,50
3 odpovědi	6	15,00
4 odpovědi	3	07,50
5 odpovědi	1	02,50
6 odpovědi	1	02,50
7 odpovědi	0	00,00
8 odpovědi	0	00,00
9 odpovědi	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 5b Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.



V položce 5 měli respondenti možnost uvést více odpovědí. Z celkového počtu 40 dotázaných 20 respondentů, tj. 50,00 %, zvolilo 1 odpověď, 2 odpovědi zvolilo 9, tj. 22,50 % respondentů, 3 odpovědi označilo 6 respondentů, tj. 15,00 %, 4 odpovědi zvolili 3 dotázaní, tj. 07,50 %, 5 a 6 odpovědí najednou označilo po 1 z dotázaných, tj. 02,50 %.

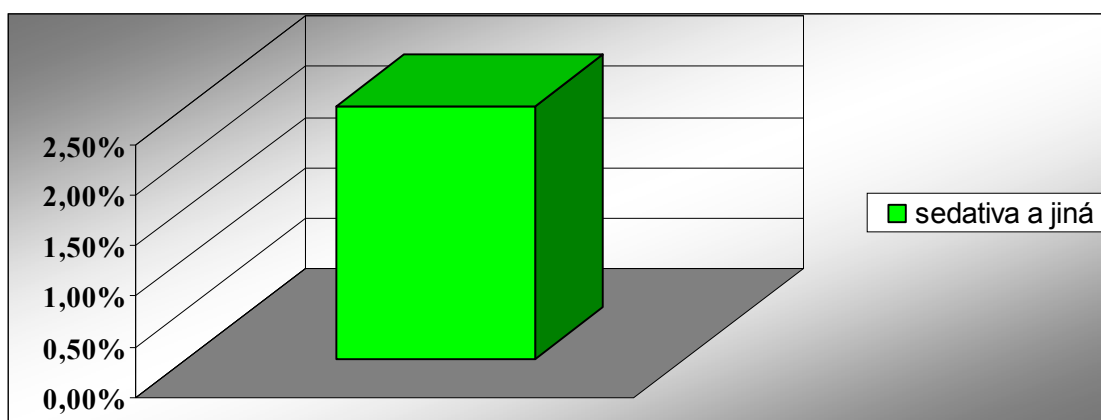
Tuto položku lze vyhodnotit tak, že celkem jasně převažují při výjezdech k intoxikovaným pacientům setkání s pacienty, kteří požili alkohol.

Položka 6 – Pokud jste zvolili v otázce číslo 5 možnost jiné, uveďte prosím jaké:

Tabulka 6 Pokud jste zvolili v otázce číslo 5 možnost jiné, uveďte jaké?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
Sedativa a jiná hypnotika	1	02,50
Celkem	40	100,00

Graf 6 Pokud jste zvolili v otázce číslo 5 možnost jiné, uveďte jaké?



V položce 6 měli respondenti možnost rozvést svoji zvolenou možnost jiné u položky číslo 5. Tuto možnost zvolilo pouhých 02,50 %, tedy 1 dotázaný, který uvedl jako další možnost sedativa a jiná hypnotika. Celkem odpověděly 02,00 % respondentů.

Z této položky vyplynula jedna z dalších možností, se kterou se zdravotníci záchranáři, při svých výjezdech setkávají a tou jsou sedativa a jiná hypnotika.

Položka 7 – U které genderové skupiny lidí se setkáváte s užitím návykové látky častěji?

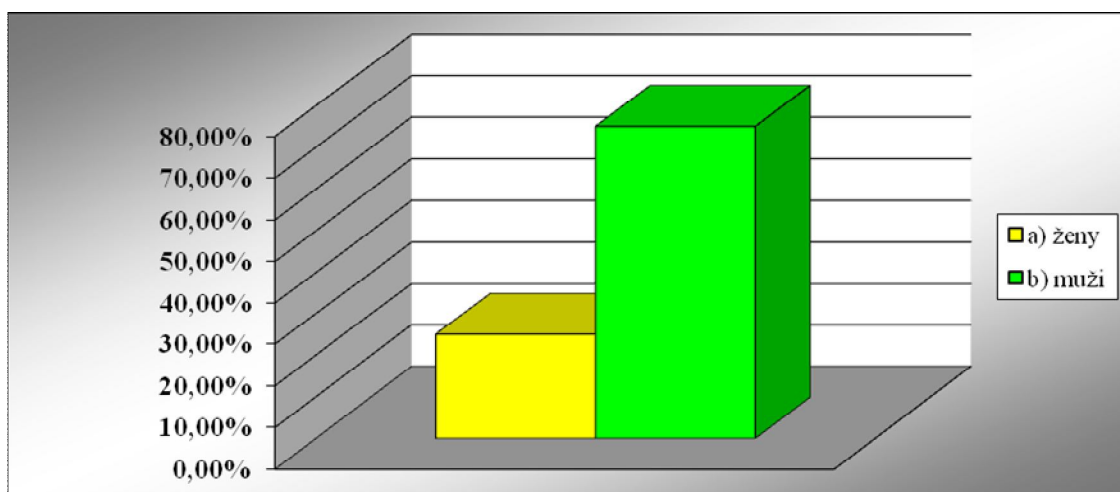
a) Ženy

b) Muži

Tabulka 7 U které genderové skupiny lidí se setkáváte s užitím návykové látky častěji?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ženy	10	25,00
b) Muži	30	75,00
Celkem	40	100,00

Graf 7 U které genderové skupiny lidí se setkáváte s užitím návykové látky častěji?



Na dotazníkovou položku 7 odpovědělo 30 z dotázaných, tj. 75,00 %, výběrem možnosti muži a 10, tj. 25,00 %, zvolilo odpověď ženy. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Z výsledku položky 7 jasně vyplývá, že častějšími pacienty pod vlivem návykové látky, se kterými se zdravotničtí záchranáři v přednemocniční péči setkávají, jsou muži.

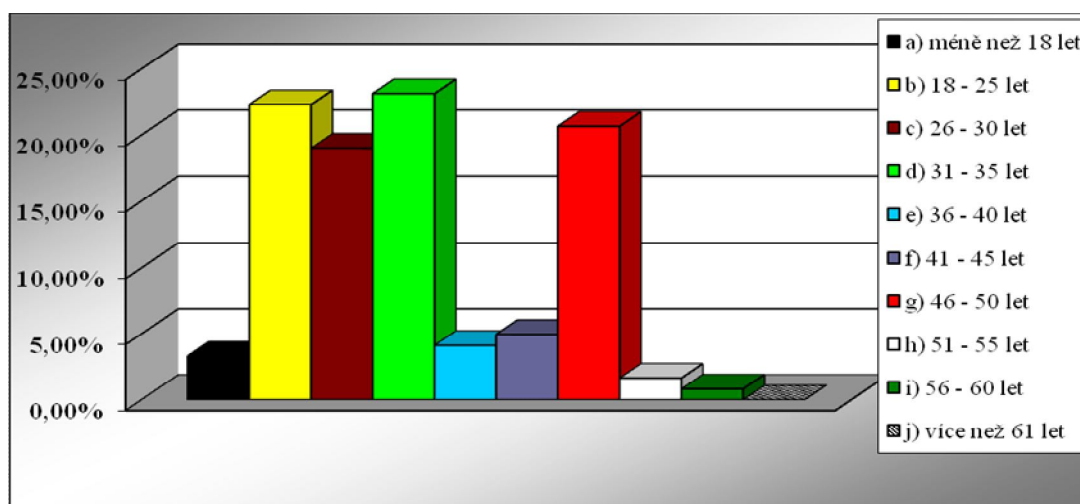
Položka 8 – Uved'te věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.

- | | | |
|--------------------|----------------|--------------------|
| a) méně než 18 let | d) 31 – 35 let | h) 51 –55 let |
| b) 18 – 25 let | e) 36 – 40 let | i) 56 –60 let |
| c) 26 – 30 let | f) 41 – 45 let | j) Více než 61 let |
| | g) 46 – 50 let | |

Tabulka 8a Uved'te věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) méně než 18 let	4	03,31
b) 18 - 25 let	27	22,31
c) 26 - 30 let	23	19,01
d) 31 - 35 let	28	23,14
e) 36 - 40 let	5	04,13
f) 41 - 45 let	6	04,96
g) 46 - 50 let	25	20,66
h) 51 - 55 let	2	1,65
i) 56 - 60 let	1	00,83
j) více než 61 let	0	00,00
Celkem	121	100

Graf 8a Uved'te věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.



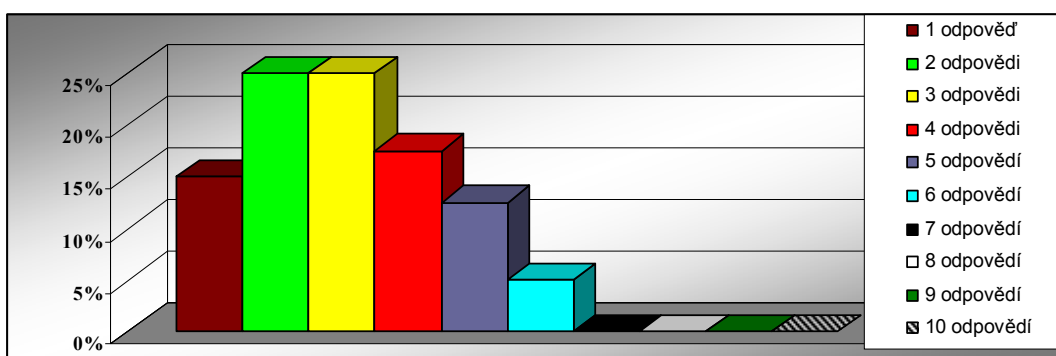
Na dotazníkovou položku 8 odpovědělo 28 zdravotnických záchranářů, tj. 23,14 %, že nejčastější věkovou skupinou jsou pacienti mezi 31 – 35 rokem. Dále 27 respondentů, tj. 22,31 %, uvedlo odpověď 18 – 25 let, 25, tj. 20,66 %, označilo

odpověď 46 – 60 let a 23, tj. 19,01 %, označilo možnost 26 – 30 let. Nižšími procenty byly vykázaný odpovědi 41 – 45 let, kterou zvolilo 6 respondentů, tj. 04,96 %, odpověď 36 – 40 let označilo 5, tj. 04,13 %, méně než 18 let zvolili 4, tj. 03,31 %, 51 – 55 let označili 2, tj. 01,65 % a 56 – 60 let zvolil 1, tj. 00,83 %, z dotázaných. Možnost více než 61 let neoznačil nikdo, tj. 00,00% z dotázaných respondentů. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Tabulka 8b Uved'te věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet odpovídajících</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
1 odpověď	6	15,00
2 odpovědi	10	25,00
3 odpovědi	10	25,00
4 odpovědi	7	17,50
5 odpovědi	5	12,50
6 odpovědi	2	05,00
7 odpovědi	0	00,00
8 odpovědi	0	00,00
9 odpovědi	0	00,00
10 odpovědi	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 8b Uved'te věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.



V této položce měli respondenti možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 40 respondentů 10, tj. 25,00 %, označilo 2 odpovědi, 10, tj. 25,00 %, dotázaných zvolilo 3 možnosti, 7 respondentů, tj. 17,50 %, zvolilo 4 odpovědi, 6 respondentů, tj. 05,00 % zvolilo 1 odpověď, 5 respondentů, tj. 12,50 %, označilo 5 odpovědí a 2, tj. 05,00 % označili 6 odpovědí.

Celkem z této položky vyplývá, že nejčastějšími intoxikovanými pacienty, ke kterým zdravotníci záchranáři vyjíždí, jsou lidé ve věku 31 – 35 let.

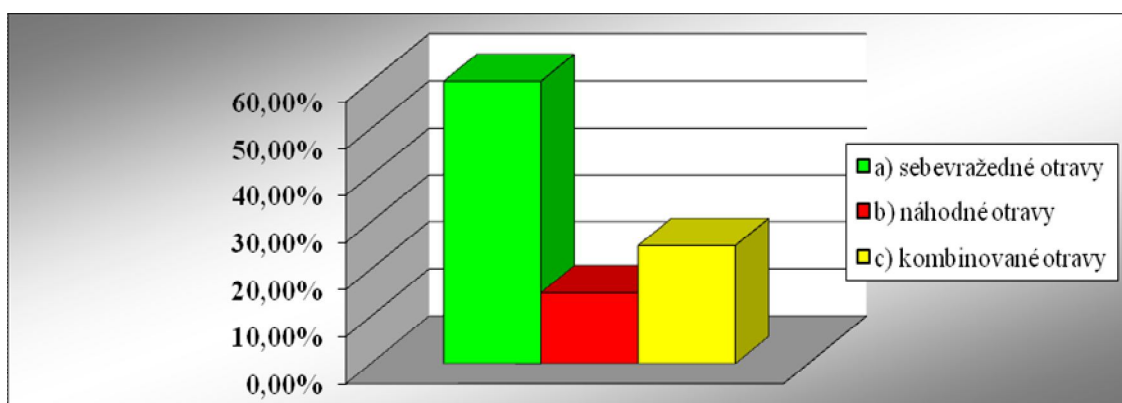
Položka 9 – Se kterými typy otrav se při výkonu Vašeho povolání setkáváte nejčastěji?

- a) Sebevražedné otravy b) Náhodné otravy c) Kombinované otravy

Tabulka 9 Se kterými typy otrav se při výkonu Vašeho povolání setkáváte nejčastěji?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Sebevražedné otravy	24	60,00
b) Náhodné otravy	6	15,00
c) Kombinované otravy	10	25,00
Celkem	40	100,00

Graf 9 Se kterými typy otrav se při výkonu Vašeho povolání setkáváte nejčastěji?



Na dotazníkovou položku 9 odpovědělo 24 dotázaných respondentů, tj. 60,00 %, zvolením možnosti sebevražedné otravy, 10 zvolilo odpověď kombinované otravy, tj. 25,00 %, kdy dochází k nenáhodné otravě u pacientů pravidelně užívajících návykovou látku a 6 zdravotnických záchranářů, tj. 15,00 %, označilo možnost náhodné otravy. Odpovědělo 100,00 % z dotázaných.

Celkem tedy lze položku 9 shrnout tak, že většina pracovníků zdravotnických záchranných služeb se nejčastěji setkává se sebevražednými otravami.

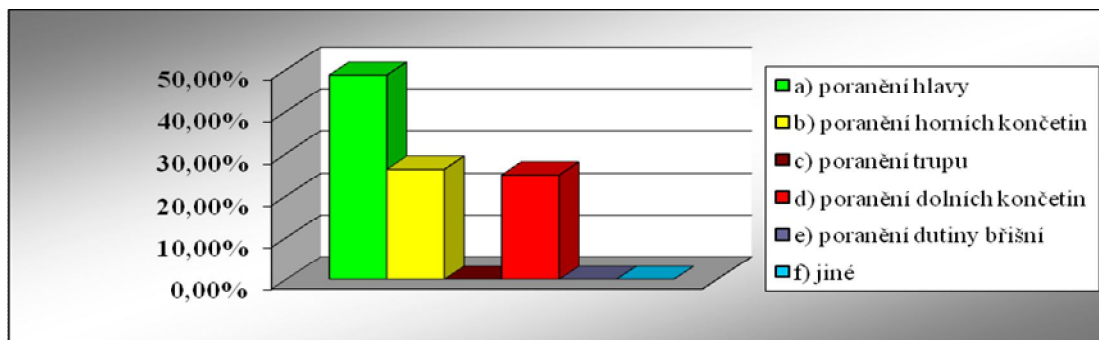
Položka 10 – S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| a) Poranění hlavy | c) Poranění trupu | e) Poranění dutiny břišní |
| b) Poranění horních končetin | d) Poranění dolních končetin | f) jiné |

Tabulka 10a S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Poranění hlavy	37	48,68
b) Poranění horních končetin	20	26,32
c) Poranění trupu	0	00,00
d) Poranění dolních končetin	19	25,00
e) Poranění dutiny břišní	0	00,00
f) Jiné	0	00,00
Celkem	76	100,00

Graf 10a S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.

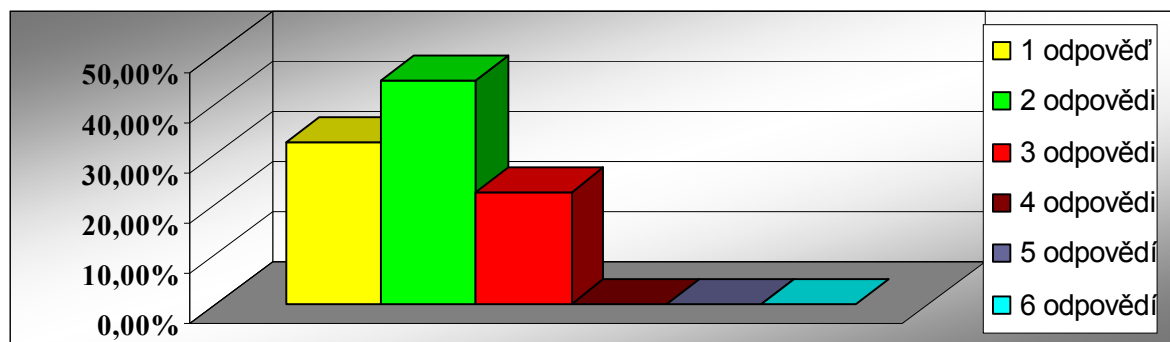


V případě dotazníkové položky 10 zvolilo 37 respondentů, tj. 48,68 %, odpověď poranění hlavy, 20 dotázaných, tj. 26,32 %, se domnívá, že mezi nejčastější poranění se řadí možnost poranění horních končetin a 19, tj. 25,00 %, udalo možnost poranění dolních končetin. Odpovědi poranění trupu, dutiny břišní a jiné nebyli zvoleny žádným, tj. 00,00 %, z oslovených respondentů.

Tabulka 10b S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet odpovídajících</i>	<i>Relativní počet v %</i>
1 odpověď	13	32,50
2 odpovědi	18	45,00
3 odpovědi	9	22,50
4 odpovědi	0	00,00
5 odpovědi	0	00,00
6 odpovědi	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 10b S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.



V této položce měli dotázaní zdravotničtí záchranáři možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 40 dotázaných označilo 18 respondentů, tj. 45,00 %, 2 odpovědi, 13 respondentů, tj. 32,50 %, 1 odpověď, a 9 respondentů, tj. 22,50 % zvolilo 3 odpovědi.

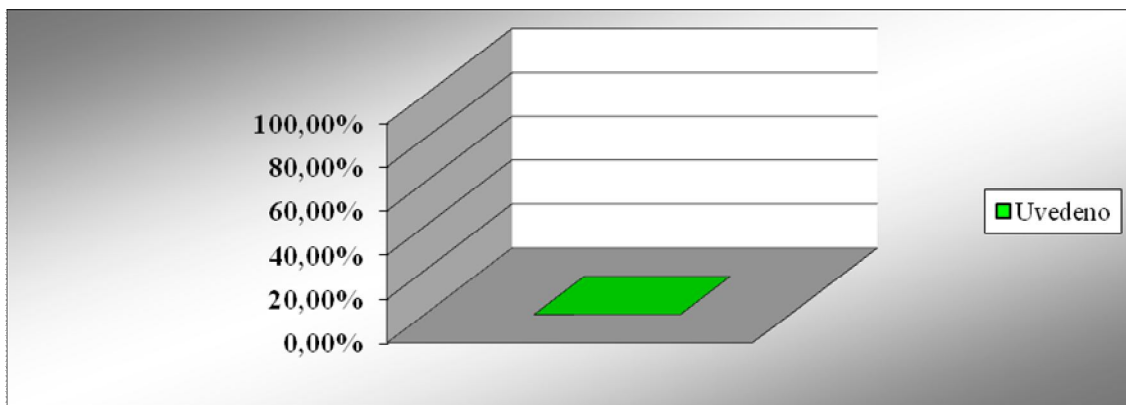
Položku 10 je možné vyhodnotit tak, že nejvíc četnou komplikací u pacientů intoxikovaných návykovou látkou jsou úrazy hlavy.

Položka 11 – Pokud jste zvolili v otázce číslo 10 možnost jiné, prosím uveďte jaké:

Tabulka 11 Pokud jste v otázce číslo 10 možnost jiné, prosím uveďte jaké:

<i>Odpověď</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
Uvedeno	0	00,00
Celkem	0	00,00

Graf 11 Pokud jste v otázce číslo 10 možnost jiné, prosím uveďte jaké:



V dotazníkové položce 11 měli respondenti v případě, že zaškrtnli v položce 10 odpověď jiné, možnost uvést, které. Vzhledem k tomu, že v položce 10 neodpověděl nikdo, tj. 00,00 %, dotázaných zvolením možnosti jiné, je v položce 11 uvedeno 00,00 % jiných možných odpovědí.

Celkem lze tedy položku 11 shrnout tak, že nikdo z dotázaných zdravotnických záchranářů se nedomnívá, že by se setkával s jinými druhy poranění, než jaká jsou uvedena v možnostech položky 10.

Položka 12 – Má na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům vliv roční období?

a) Ano

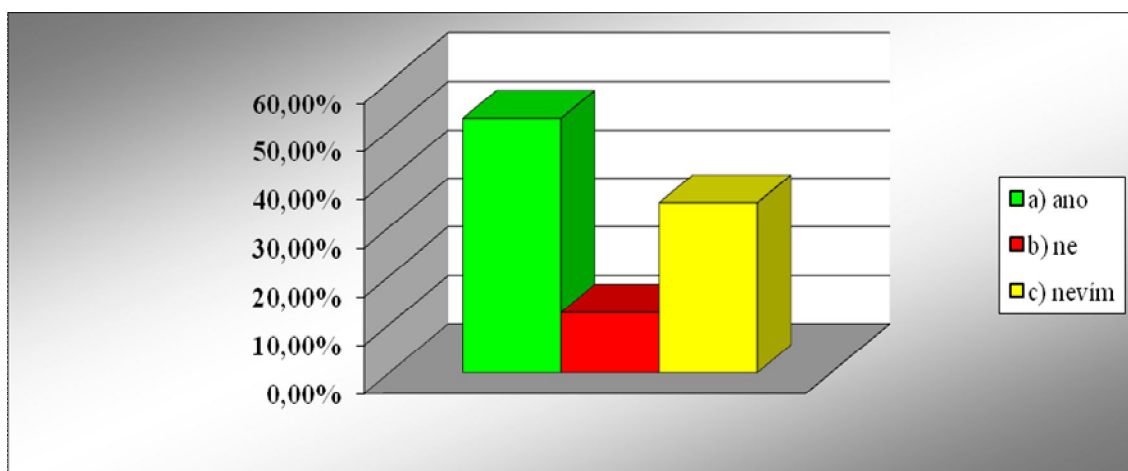
b) Ne

c) Nevím

Tabulka 12 Má na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům vliv roční období?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	21	52,50
b) Ne	5	12,50
c) Nevím	14	35,00
Celkem	40	100,00

Graf 12 Má na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům vliv roční období?



Na dotazníkovou položku 12 odpovědělo 21 dotázaných, tj. 52,50 %, že roční období má vliv na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům návykovou látkou. Dále 14 respondentů, tj. 35,00 %, označilo možnost nevím a 5 dotázaných, tj. 12,50 %, se domnívá, že roční období vliv na počet výjezdů nemá.

Z položky 12 se lze domnívat, že většina zdravotnických záchranářů pracujících na záchranné službě usuzuje, že roční období má vliv na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům.

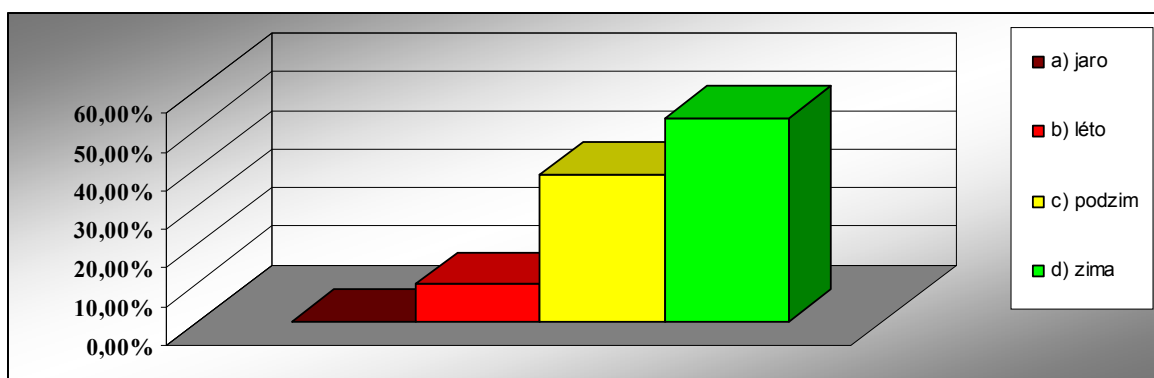
Položka 13 – Pokud jste v otázce číslo 12 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 13. Ve kterém ročním období se s pacienty, kteří jsou intoxikováni návykovou látkou, setkáváte častěji?

- a) Jaro
 b) Léto
 c) Podzim
 d) Zima

Tabulka 13 Ve kterém ročním období se s pacienty, kteří jsou intoxikováni návykovou látkou, setkáváte častěji?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Jaro	0	00,00
b) Léto	2	09,52
c) Podzim	8	38,10
d) Zima	11	52,38
Celkem	21	100,00

Graf 13 Ve kterém ročním období se s pacienty, kteří jsou intoxikováni návykovou látkou, setkáváte nejčastěji?



V položce 13 si vybralo 11 dotázaných, tj. 52,38 %, odpověď zima, 8, tj. 38,10 %, zvolilo možnost podzim a 2 respondenti, tj. 09,52 %, zaškrtnulo možnost jaro. Odpověď léto nezvolil žádný, tj. 00,00 % z respondentů. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Lze tedy položku 13 shrnout tak, že téměř polovina dotázaných zdravotnických záchranářů se domnívá, že nejčastější výjezdy k intoxikovaným pacientům se odehrávají v zimním období.

Položka 14 – Ovlivňuje četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou denní doba?

a) Ano

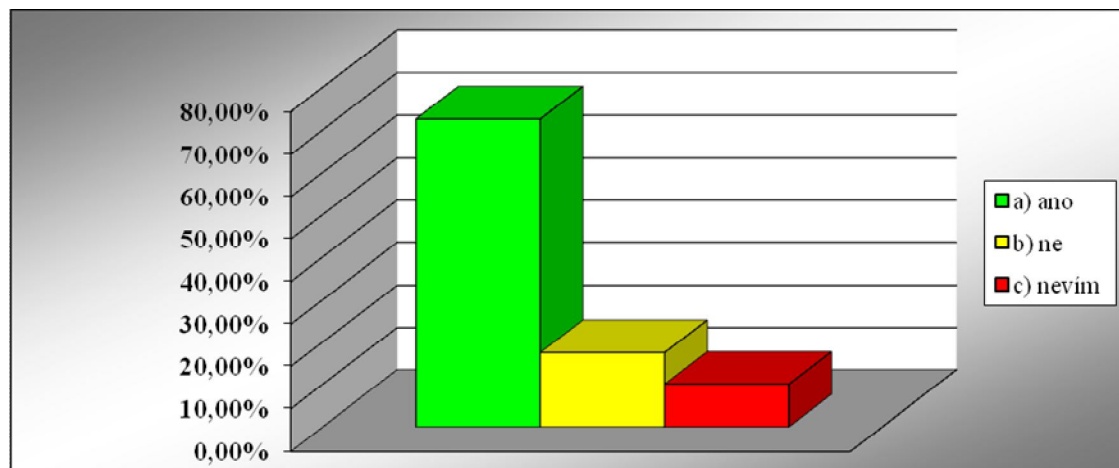
b) Ne

c) Nevím

Tabulka 14 Ovlivňuje četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou denní doba?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	29	72,50
b) Ne	7	17,50
c) Nevím	4	10,00
Celkem	40	100,00

Graf 14 Ovlivňuje četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou denní doba?



V položce 14 vybralo odpověď ano 29, tj. 72,50 %, dotázaných, odpověď ne 7, tj. 17,50 %, a odpověď nevím 4, tj. 10,00 %. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Celkem lze položku 14 vyložit tak, že většina dotázaných zdravotnických záchranářů se domnívá, že četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům návykovou látkou je ovlivněna denní dobou.

Položka 15 – Pokud jste v otázce číslo 14 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 15. V jakém časovém horizontu vyjíždíte k intoxikovaným pacientům častěji?

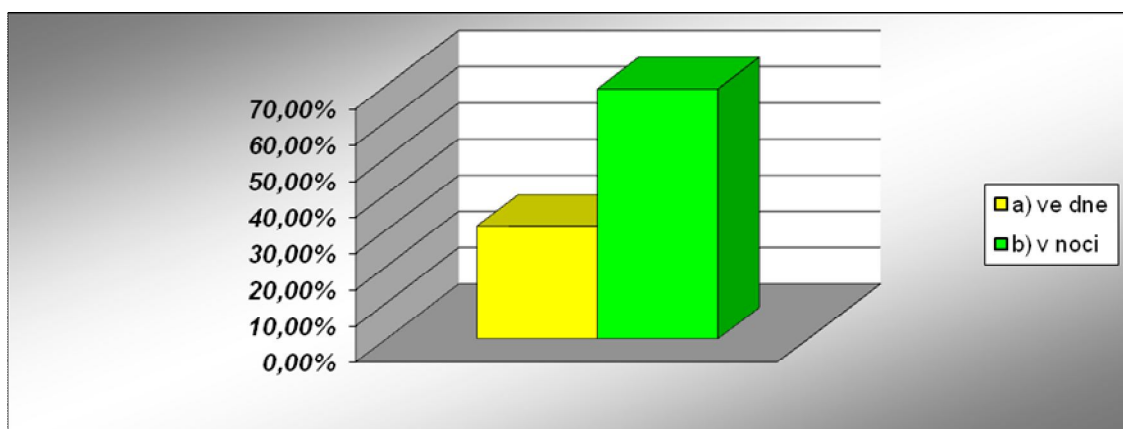
a) Ve dne

b) V noci

Tabulka 15 Pokud jste v otázce číslo 14 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 15. V jakém časovém horizontu vyjíždíte k intoxikovaným pacientům častěji?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ve dne	9	31,03
b) V noci	20	68,97
Celkem	29	100,00

Graf 15 Pokud jste v otázce číslo 14 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 15. V jakém časovém horizontu vyjíždíte k intoxikovaným pacientům častěji?



Položka 15 navazovala na položku 14. Z 29 tj. 72,50 % dotázaných, kteří v položce 14 zvolili odpověď ano, odpovědělo 100,00 % na položku 15. Tedy z 29 respondentů 20 tj. 68,97 % zvolilo možnost v noci a 9 tj. 31,03 % zvolilo odpověď ve dne.

Závěrem položky 15 je, že k nejčastějším výjezdům k pacientům intoxikovaným návykovou látkou dochází v noci.

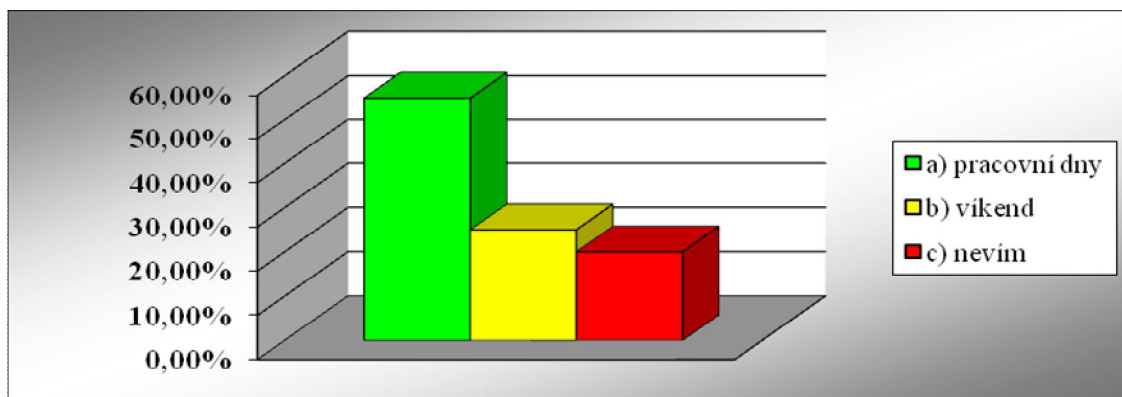
Položka 16 – Určete dny, kdy je frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům četnější?

- a) Pracovní dny b) Víkend c) Nevím

Tabulka 16 Určete dny, kdy je frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům četnější?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Pracovní dny	22	55,00
b) Víkend	10	25,00
c) Nevím	8	20,00
Celkem	40	100,00

Graf 16 Určete dny, kdy je frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům četnější?



V položce 16 uvedlo 22 respondentů, tj. 55,00 %, že nejvyšší frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům se odehrává v pracovní dny, 10 dotázaných, tj. 25,00 %, označilo odpověď víkend a 8 dotázaných, tj. 20 %, neví. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Celkem lze z položky 16 vyhodnotit, že více výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou se odehrává v pracovní dny.

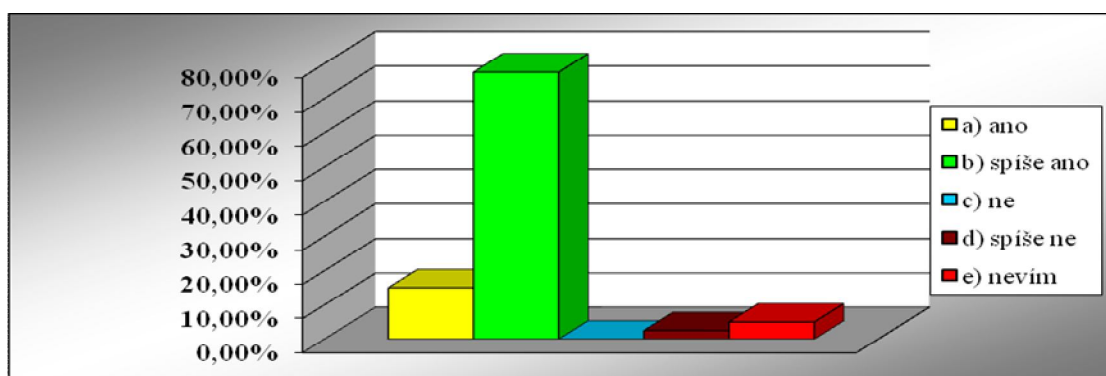
Položka 17 – Domníváte se, že je způsob ošetření ovlivněn chováním pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek?

- a) Ano c) Ne e) Nevím
 b) Spíše ano d) Spíše ne

Tabulka 17 Domníváte se, že je způsob ošetření ovlivněn chováním pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	6	15,00
b) Spíše ano	31	77,50
c) Ne	0	00,00
d) Spíše ne	1	02,50
e) Nevím	2	05,00
Celkem	40	100,00

Graf 17 Domníváte se, že je způsob ošetření ovlivněn chováním pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek?



V dotazníkové položce 17 označilo 31 respondentů, tj. 77,50 %, odpověď spíše ano, 6, tj. 15,00 %, označilo odpověď ano, 2, tj. 05,00 %, označilo odpověď nevím a 1, tj. 02,50 %, respondentů označilo odpověď spíše ne. Odpověď ne neoznačil žádný z dotázaných zdravotnických záchranářů. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Položku 17 lze vyhodnotit tak, že většina z dotázaných zdravotnických záchranářů pracujících v zdravotnických záchranných službách se domnívá, že pacienti pod vlivem návykových látek ovlivňují způsob ošetření.

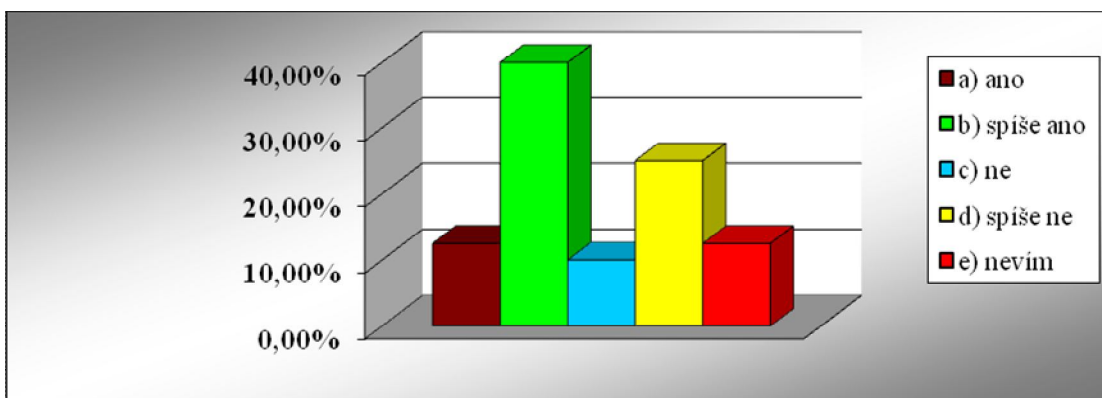
Položka 18 – Domníváte se, že pacienti, kteří jsou pod vlivem návykové látky, negativně ovlivňují Váš profesionální přístup k pacientovi?

- a) Ano
b) Spíše ano
c) Ne
d) Spíše ne
e) Nevím

Tabulka 18 Domníváte se, že pacienti, kteří jsou pod vlivem návykové látky negativně ovlivňují Váš profesionální přístup k pacientovi?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	5	12,50
b) Spíše ano	16	40,00
c) Ne	4	10,00
d) Spíše ne	10	25,00
e) Nevím	5	12,50
Celkem	40	100,00

Graf 18 Domníváte se, že pacienti, kteří jsou pod vlivem návykové látky, negativně ovlivňují Váš profesionální přístup k pacientovi?



V dotazníkové položce 18 označilo 16 respondentů, tj. 40,00 %, odpověď spíše ano, 10, tj. 25,00 %, spíše ne, 5 tj. 12,50 % označilo ano a nevím. Další 4, tj. 10,00 %, označilo odpověď ne. Celkem odpovědělo 100,00 % dotázaných.

Celkem lze položku 18 vyhodnotit takto. Více než polovina respondentů ze zdravotnických záchranných služeb se cítí být pacientem negativně ovlivněna.

Položka 20 – Domníváte se, že četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou, má určitou tendenci?

a) Ano

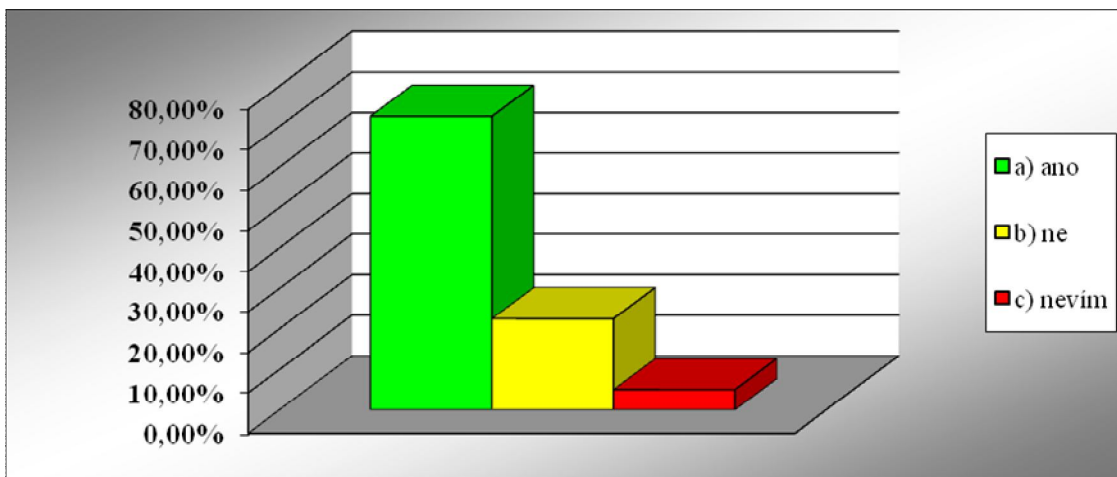
b) Ne

c) Nevím

Tabulka 20 Domníváte se, že četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou, má určitou tendenci?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	29	72,50
b) Ne	9	22,50
c) Nevím	2	05,00
Celkem	40	100,00

Graf 20 Domníváte se, že četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou, má určitou tendenci?



V položce 20 označilo 29 dotázaných, tj. 72,50 %, odpověď ano, 9 dotázaných, tj. 22,50 %, ne a 2 respondenti, tj. 05,00 %, uvedli, že neví. Celkem odpovědělo 100,00 % dotázaných.

Celkem lze tedy položku 20 vyhodnotit tak, že téměř 3/4 dotázaných zdravotnických záchranářů se domnívají, že výjezdy k pacientům intoxikovaným návykovými látkami mají určitou tendenci.

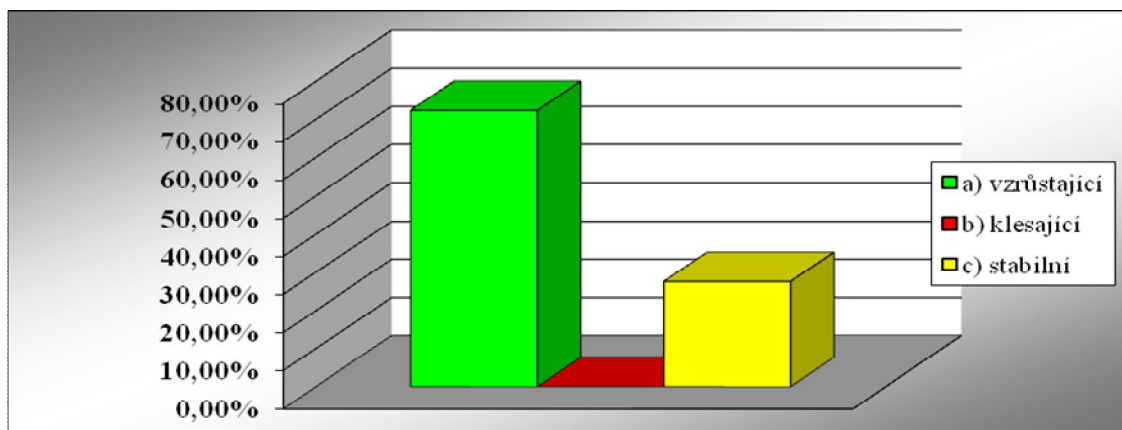
Položka 21 – Pokud jste v otázce číslo 20 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 21. Určete prosím, jaká je podle Vašeho názoru četnost výjezdů k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek.

- a) Vzrůstající b) Klesající c) Stabilní

Tabulka 21 Pokud jste v otázce číslo 20 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 21. Určete prosím, jaká je podle Vašeho názoru četnost výjezdů k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Vzrůstající	21	72,41
b) Klesající	0	00,00
c) Stabilní	8	27,59
Celkem	29	100,00

Graf 21 Pokud jste v otázce číslo 20 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 21. Určete prosím, jaká je podle Vašeho názoru četnost výjezdů k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek.



V dotazníkové položce 21 odpovídalo 29 dotázaných, tj. 72,50 %, kteří v položce 20 označili odpověď ano. Z těchto 72,50 % v položce 21 označilo 21 respondentů, tj. 72,41 %, odpověď vzrůstající, 8 respondentů, tj. 27,59 % uvedlo odpověď stabilní a nikdo z respondentů neuvedl odpověď klesající. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Položku 21 je možné shrnout tak, že více než 2/3 odpovídajících zdravotnických záchranářů se domnívá, že četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky má vzrůstající tendenci.

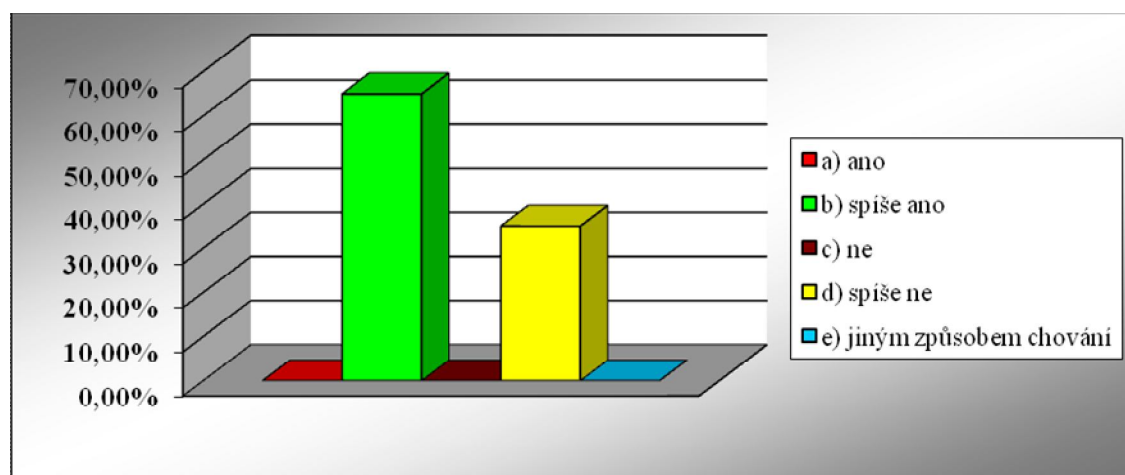
Položka 22 – Domníváte se, že se pacienti intoxikovaní návykovou látkou vyznačují agresivním chováním?

- a) Ano
b) Spíše ano
c) Ne
d) Spíše ne
e) Jiným způsobem chování

Tabulka 22 Domníváte se, že se pacienti intoxikovaní návykovou látkou vyznačují agresivním chováním

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	0	00,00
b) Spíše ano	26	65,00
c) Ne	0	00,00
d) Spíše ne	14	35,00
e) Jiným způsobem chování	0	00,00
Celkem	40	100,00

Graf 22 Domníváte se, že se pacienti intoxikovaní návykovou látkou vyznačují agresivním chováním



V položce 22 zvolilo 26 respondentů, tj. 65,00 %, odpověď spíše ano a 14 tj. 35,00 % označilo odpověď spíše ne. Možnosti odpovědí ano, ne a jiným způsobem chování neuvedl nikdo, tj. 00,00 % z respondentů. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

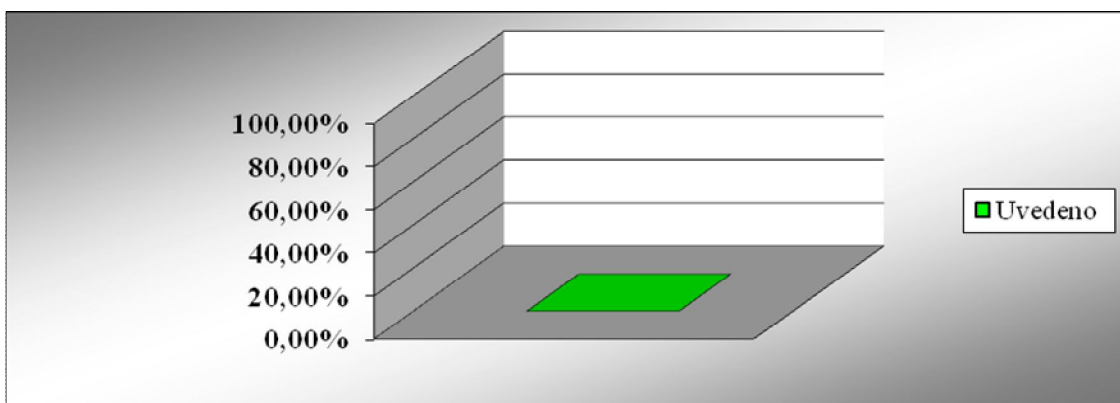
Na závěr lze uvést, že téměř 2/3 odpovídajících zdravotnických záchranářů se domnívají, že pacienti pod vlivem návykových látek vykazují známky agresivního chování.

Položka 23 – Pokud jste zvolili u otázky číslo 22 možnost jiným způsobem chování, uveďte prosím, s jakým chováním se obvykle setkáváte:

Tabulka 23 Pokud jste zvolili u otázky číslo 22 možnost jiným způsobem chování, uveďte prosím, s jakým chováním se obvykle setkáváte:

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
Uvedeno	0	00,00
Celkem	0	00,00

Graf 23 Pokud jste zvolili u otázky číslo 22 možnost jiným způsobem chování, uveďte prosím, s jakým chováním se obvykle setkáváte:



V dotazníkové položce 23 měli možnost odpovídat respondenti, kteří u položky 22 označili odpověď jiným způsobem chování. Vzhledem k tomu, že nikdo z odpovídajících v položce 22 neoznačil odpověď jiným způsobem chování, v položce 23 odpovědělo 00,00 % respondentů.

Celkem tedy lze položku 23 shrnout tak, že nikdo z odpovídající zdravotnických záchranářů se nedomnívá, že by pacienti ovlivnění návykovými látkami vykazovali jiné než agresivní chování.

Položka 24 – Domníváte se, že je problém s umístováním pacientů intoxikovaných návykovou látkou do zdravotnických zařízení?

a) Ano

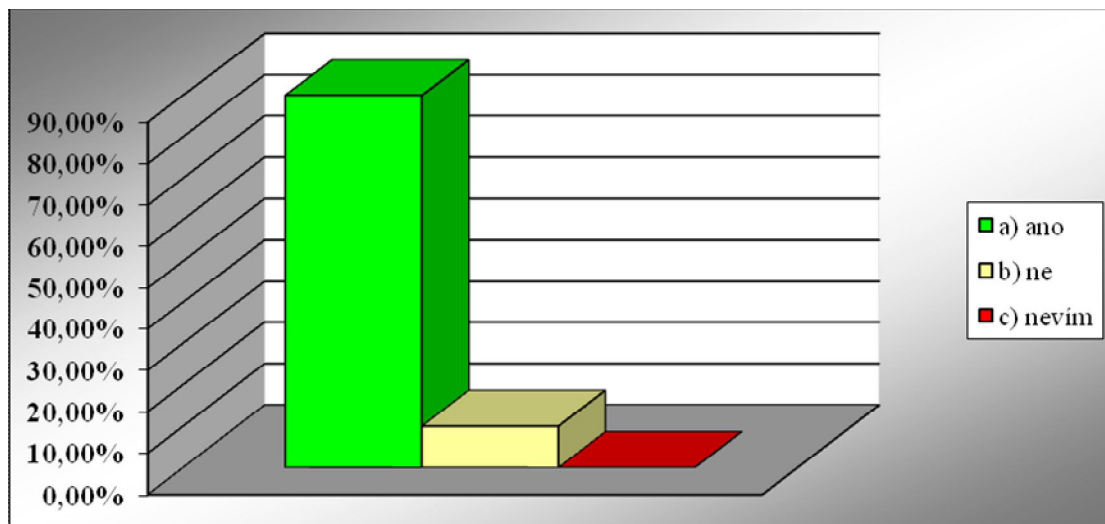
b) Ne

c) Nevím

Tabulka 24 Domníváte se, že je problém s umístováním pacientů intoxikovaných návykovou látkou do zdravotnických zařízení?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	36	90,00
b) Ne	4	10,00
c) Nevím	0	0,00
Celkem	40	100,00

Graf 24 Domníváte se, že je problém s umístováním pacientů intoxikovaných návykovou látkou do zdravotnických zařízení?



V dotazníkové položce 24 označilo odpověď ano 36 respondentů, tj. 90,00 %, a 4 dotázaní, tj. 10,00 %, označilo možnost ne. Odpověď nevím neoznačil nikdo, tj. 00,00 % respondentů. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Položku 24 lze vyhodnotit tím způsobem, že téměř všichni z odpovídajících zdravotnických záchranářů se při výkonu svého povolání setkávají s problémovým umístováním intoxikovaných pacientů návykovou látkou do zdravotnických zařízení.

Položka 26 – Domníváte se, že Vám zaměstnavatel vytváří vhodné podmínky pro aktivní ochranu Vašeho zdraví při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?

a) Ano

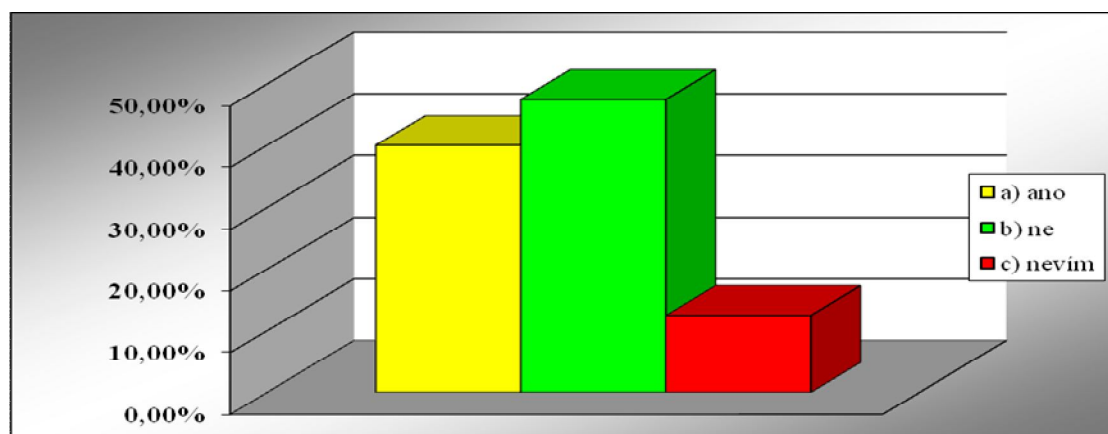
b) Ne

c) Nevím

Tabulka 26 Domníváte se, že Vám zaměstnavatel vytváří vhodné podmínky pro aktivní ochranu Vašeho zdraví při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	16	40,00
b) Ne	19	47,50
c) Nevím	5	12,50
Celkem	40	100,00

Graf 26 Domníváte se, že Vám zaměstnavatel vytváří vhodné podmínky pro aktivní ochranu Vašeho zdraví při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?



V dotazníkové položce 26 zvolilo 19 respondentů, tj. 47,50 %, odpověď ne, 16 respondentů, tj. 40,00 %, označilo odpověď ano a 5 dotázaných, tj. 12,50 %, vybralo možnost nevím. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Tuto položku lze vyhodnotit takto. Pouhých 40,00 % zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnických záchranných službách má možnost se díky zaměstnavateli učit aktivně chránit při výjezdy k problémovým pacientům, kterých není zanedbatelné množství.

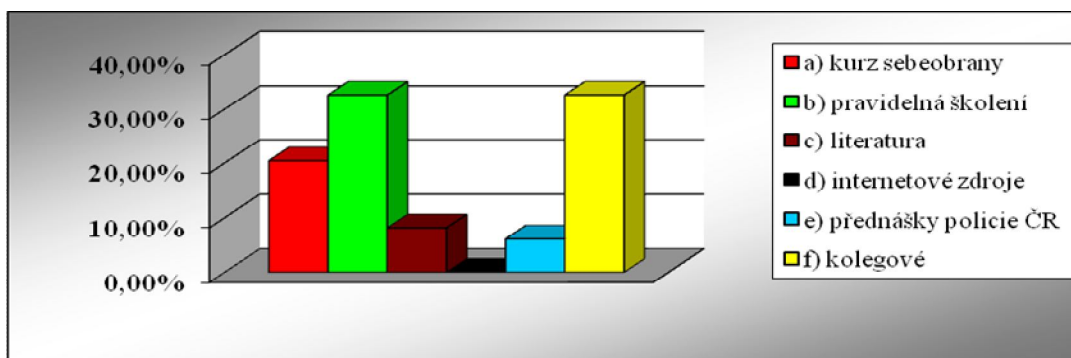
Položka 27 – Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.

- a) Kurz sebeobrany c) Literatura e) Přednášky Policie ČR
 b) Pravidelná školení d) Internetové zdroje f) Kolegové

Tabulka 27a Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Kurz sebeobrany	10	20,41
b) Pravidelná školení	16	32,65
c) Literatura	4	08,16
d) Internetové zdroje	0	00,00
e) Přednášky policie ČR	3	06,13
f) Kolegové	16	32,65
Celkem	49	100,00

Graf 27a Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.

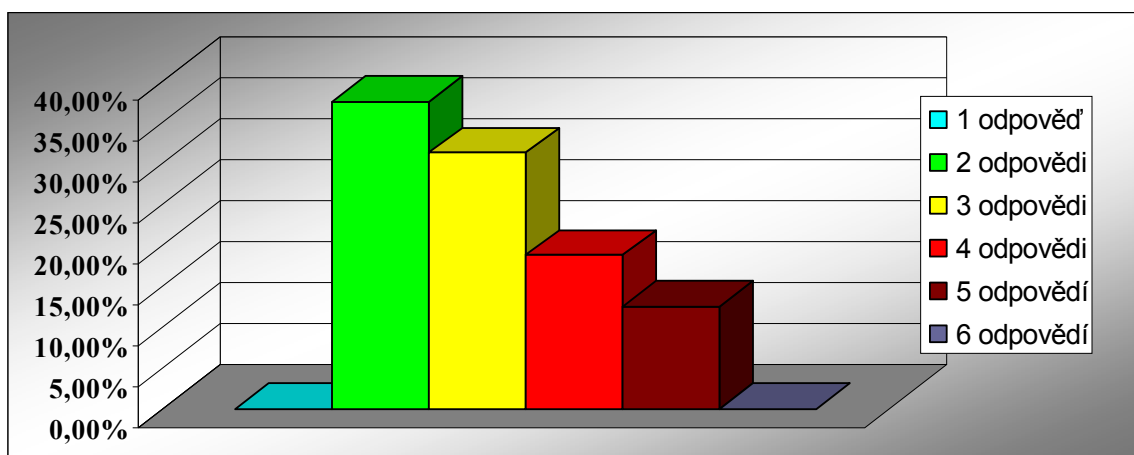


V dotazníkové položce 27 zvolilo 16 respondentů, tj. 32,60 %, odpověď pravidelná školení A také 16 respondentů označilo odpověď kolegové, tj. 32,65 %. Dalšími nejčastěji zvolenými možnostmi byla odpověď kurz sebeobrany s 10 dotázanými, tj. 20,41 %, odpověď literatura se 4 respondenty, tj. 08,16 %, a možnost přednášky policie ČR zvolili 3, tj. 06,13 % odpovídajících. Odpověď internetové zdroje nezmohl nikdo, tj. 00,00 %, z dotázaných. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Tabulka 27b Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet odpovídajících</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
1 odpověď	0	00,00
2 odpovědi	6	37,50
3 odpovědi	5	31,25
4 odpovědi	3	18,75
5 odpovědi	2	12,50
6 odpovědi	0	00,00
Celkem	16	100

Graf 27b Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.



V této položce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Z 16 odpovídajících 6 respondentů, tj. 37,50 %, zvolilo 2 odpovědi, 5 respondentů, tj. 31,25 %, označilo 3 odpovědi, 3 respondenti, tj. 18,75 %, zvolili 4 odpovědi a 2 respondenti, tj. 12,50, označili 5 odpovědí.

Tuto položku je možno shrnout následovně. Pokud mají zdravotničtí záchranáři možnost prevence ochrany vlastního zdraví, jsou jimi nejčastěji pravidelná školení, dále čerpají informace od svých kolegů a poslední významnější položkou je kurz sebeobrany.

Položka 28 – Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervizí jako prevenci syndromu vyhoření?

a) Ano

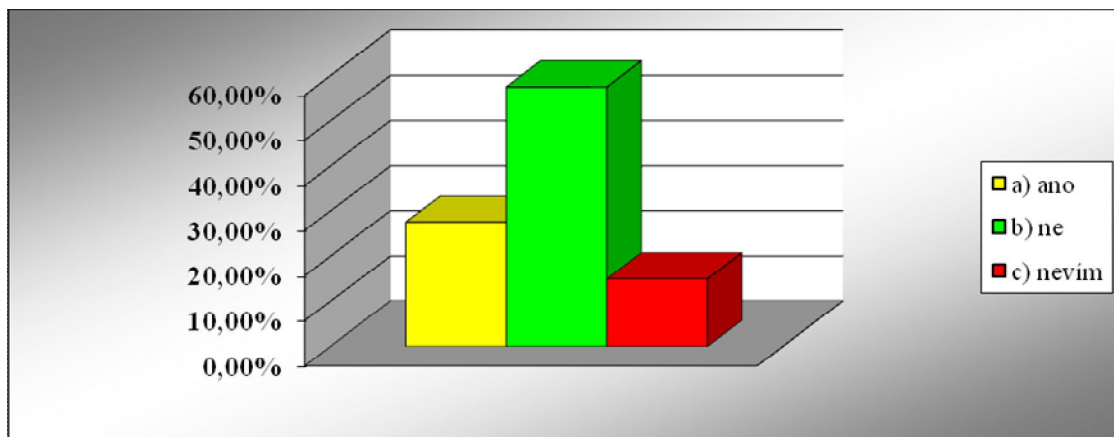
b) Ne

c) Nevím

Tabulka 28 Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervizí jako prevenci syndromu vyhoření?

<i>Odpovědi</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
a) Ano	11	27,50
b) Ne	23	57,50
c) Nevím	6	15,00
Celkem	40	100,00

Graf 28 Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervizí jako prevenci syndromu vyhoření?



V položce 28 označilo 23 dotázaných, tj. 57,50 %, odpověď ne, 11 dotázaných, tj. 27,50 %, označilo odpověď ano a 6 respondentů, tj. 15,00 %, odpovědělo nevím. Celkem odpovědělo 100,00 % respondentů.

Položku 28 je možné vyhodnotit tak, že více než polovina dotázaných zdravotnických záchranářů nemá nebo neví o možnosti prevence syndromu vyhoření.

7 Diskuze

Výsledky výzkumu lze jen velmi těžko srovnávat s jinými autory. Téma návykové látky je velmi obsáhlé a každý z nalezených autorů uveřejněných bakalářských nebo diplomových prací se zabývá jinou částí tématu intoxikací. Nenalezli jsme dotazník podobného charakteru, který by splňoval podobné cíle. Než jsme zahájili vlastní průzkum, byla realizován zkušební vzorek 5 dotazovaných, který nebyl použit do výzkumného šetření, aby se mohlo předejít případným nejasnostem při vyplňování předloženého dotazníku.

Z dotazníku vyplynulo, že poměrně výhodným bylo ve většině případů zvolení uzavřených otázek, ve kterých odpověď označilo 100% respondentů. Naproti tomu, v případech otevřených otázek respondenti nevyužili prostoru k vyjádření.

Výsledkem výzkumného šetření bylo, že 75 % výjezdů je k intoxikovaným mužům, což víceméně odpovídá údajům z výroční zprávy protidrogové politiky, která uvádí převahu mužů mezi uživateli návykových látek. Stejně tak se potvrzují údaje nestátní neziskové organizace Sananim působící v oblasti drogových závislostí, která uvádí trend stárnutí uživatelů návykových látek. Nejčastějšími uživateli drog jsou muži kolem 32 let. Z dotazníkové otázky číslo 8 vyplývá, že nejčastěji se vyjíždí k pacientům ve věku 31 – 35 let. Zarážejícím, přesto však nikterak překvapujícím je výsledek v oblasti druhu používané návykové látky. Dle statistik vlády České republiky a údajů neziskových organizací je nejčastěji užívanou návykovou látkou legální alkohol. Výsledek dotazníku, konkrétně otázky číslo 5, potvrzuje údaje z výše uvedených institucí, že nejčastěji užívanou návykovou látkou je legální alkohol. Dále se odpovědi v dotaznících vcelku shodují se statistickými údaji již výše uvedených institucí, v dalších užívaných látkách, kdy se na předních příčkách umisťují opiáty a antidepressiva. Shledáváme, že velkým problémem je 77 % respondentů uvádějících možnost ovlivnění jejich práce pacientem pod vlivem návykové látky. Lze se domnívat, že výsledek otázky číslo 18 souvisí s necelou polovinou zdravotnických záchranářů udávající možnost proškolení a jiných aktivit, týkajících se problematických pacientů. Stejně varovným výsledkem je 50% označených pozitivních odpovědí na otázku číslo 19, zda respondenti trpí pocitem marnosti při výjezdech k intoxikovaným pacientům. Domníváme se, že tento výsledek vzniká skutečností, že v České republice narůstají

počty bezdomovců. U osob bez přístřeší často dochází k opakovaným výjezdům zdravotnické záchranné služby, které je umístí do zdravotnického zařízení odkud jsou záhy propuštěni. Tím nastává situace neřešitelného koloběhu, díky kterému může zdravotnický záchranář nabývat dojmu marnosti svého povolání. S problematikou marnosti práce souvisí i otázka číslo 24, kdy jsme zjišťovali, zda je obtížné umístit problémového pacienta do zdravotnického zařízení. Celých 90 % dotázaných se domnívá, že je nesnadné. Otázka číslo 25 souvisí s přípravou zdravotnického personálu na kontakt s problémovým pacientem. Obavy o svůj život při výjezdech k intoxikovaným pacientům má 47 %. U intoxikovaných pacientů se setkáváme s různými typy chování a psychickými poruchami. Přesto 65 % zdravotnických záchranářů udává, že většina z nich vykazuje především chování agresivní.

Hypotéza 1 – Předpokládáme, že většina zdravotnických záchranářů není dostatečně proškolená v oblasti ošetřování problematických pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky.

Hypotéza 1 se potvrdila. Pouhých 47,50 % zdravotnických záchranářů udává možnost kontinuálního vzdělávání v oblasti ošetřování problematických pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky. S touto hypotézou přímo souvisí otázka číslo 26 a následně otázka číslo 27, kde zdravotničtí záchranáři pozitivně odpovídající na otázku 26, mohli vybrat jakým způsobem jsou jim vytvářeny podmínky pro aktivní ochranu. Pokud by byli dostatečně proškoleni, mohli bychom se domnívat, že by pak nemuselo docházet k ovlivňování práce zdravotnického záchranáře intoxikovaným pacientem. Ovlivnění chování zdravotnického záchranáře intoxikovaným pacientem dokládá otázka číslo 18. K hypotéze 1 se dále vztahuje otázka číslo 25, dotazující se na obavy o život při výjezdech k intoxikovaným pacientům.

Hypotéza 2 – Předpokládáme, že výjezdy zdravotnických záchranářů k pacientům pod vlivem návykové látky mají zvyšující se tendenci.

Hypotéza 2 se taktéž potvrdila. Dokladují to odpovědi v otázce číslo 21, kdy se 72, 40 % dotázaných se domnívá, že výjezdy k intoxikovaným pacientům mají zvyšující se tendenci. S touto hypotézou taktéž souvisí otázka 4, ve které 55 % respondentů udává 11 až 20 % výjezdů k intoxikovaným pacientům vzhledem k celkovému množství ošetřených pacientů.

Hypotéza 3 – Předpokládáme, že umístování pacientů pod vlivem návykové látky do zdravotnického zařízení je obtížné.

Hypotéza 3 se potvrdila. Dokladuje jí otázka číslo 24, ve které 90 % zdravotnických záchranářů udává existující problém s umístováním intoxikovaných pacientů do zdravotnických zařízení. Tento problém dokladují i zprávy ze zdravotnických záchranných služeb a poslední dobou i z médií, kdy je uváděn problém s umístováním pacientů na zdravotnických zařízení obecně pro nedostatečnou kapacitu zařízení. Domníváme se, že tento problém narůstá u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky. Ošetřování chronicky intoxikovaných pacientů uvádí jako problematické i neziskové organizace zabývající se péčí o ně. S hypotéze 3 se dále vztahuje otázka číslo 19, kde 50 % dotázaných uvádí pocit marnosti při výjezdech k intoxikovaným pacientům. Tato otázka dokládá, že návaznost přednemocniční neodkladné péče na další zdravotnická zařízení a jinou sociální péči není zcela ideální. Často dochází k opakovaným výjezdům pro tytéž pacienty, i několikrát denně.

7.1 Doporučení pro praxi

U intoxikovaných pacientů často dochází mimo zdravotních komplikací způsobených toxickou látkou, také ke změnám v chování vinou užití toxické látky. Změny chování se často projevují agresivitou a to buď verbální nebo brachiální. Dalším neméně důležitým nebezpečím je vysoké riziko přenosu infekčních chorob.

Vzhledem k získaným výsledkům vyplývajících z výzkumného šetření, by bylo vhodné, aby se zavedla a byla zaměstnavatelem podporována povinná, pravidelná školení a přednášky týkajících se ošetřování problematických pacientů.

Školení by se měla týkat komunikace, komunikace s agresivním nebo jinak psychicky narušeným pacientem. Je nezbytné utřídit si priority, znát postupy a doporučení, které by všichni zdravotničtí záchranáři měli mít možnost znát. Je třeba znát rizika, kontinuálně se vzdělávat, ale i se poučit z chyb vlastních i kolegů..

Žádoucí by byly i pravidelné nácviky možných nastalých nežádoucích situací, kurzy sebeobrany, správné užití osobních ochranných pomůcek a takto nabitě znalosti a zkušenosti využít v praxi při výjezdech k intoxikovaným pacientům.

Domníváme se, že u problematických pacientů velmi záleží na osobním přístupu a proto je v neposlední řadě je velmi důležité mít možnost sebereflexe a supervizi pod dohledem zkušeného psychologa.

Domníváme se, že následující body jsou nutné pro praxi zdravotnických záchranářů v oblasti ošetřování intoxikovaných pacientů:

- obeznámení s postupy ošetřování intoxikovaných pacientů
- důsledné použití osobních ochranných pomůcek
- včasné rozpoznání počínající agrese
- zajistit bezpečnost sebe, okolí i ve spolupráci s policií České republiky
- znalost jednání s agresivním pacientem
- profesionální přístup
- fyzická zdatnost
- psychická odolnost

Z výsledků výzkumného šetření a správného postupu ošetřování intoxikovaných pacientů vyplývá, že je nezbytná řádná příprava jak ze stran samotných zdravotnických záchranářů, tak stran jejich zaměstnavatelů, kteří by jim měli umožnit:

- prevence syndromu vyhoření, zajištění dohledu psychologa
- přístup k odborné literatuře
- kurzy sebeobrany
- kontinuální vzdělávání ve formě přednášek v problematice postupů ošetřování u pacientů intoxikovaných návykovou látkou
- správné použití osobních ochranných pomůcek
- možnost testování na přenosné infekční choroby

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a poukázat na znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků, konkrétně zdravotnických záchranářů v oblasti ošetřování problematických pacientů ovlivněných návykovou látkou. V současné době, kdy stále vzrůstají počty ošetřovaných intoxikovaných pacientů, je velmi důležité věnovat se přípravě na péči o intoxikované a často problematické pacienty. Je nezbytné nepodceňovat a umět vyhodnotit možné situace. Řady závislých pacientů mimo jiné trpí infekčními chorobami, je nutné se aktivně chránit a správně používat osobní ochranné pracovní pomůcky.

Bakalářská práce byla zaměřena na stále aktuální problém akutních intoxikací. Byly zde popsány základní a charakterizovány intoxikace obecně a věnovali jsme tématu závislosti. Konkrétně byly popsány některé vybrané návykové látky, jejich podoba, účinky, příznaky předávkování a léčba. Nevynechali jsme s intoxikacemi velmi úzce spojená infekční onemocnění a také jsme se věnovali sociální problematice uživatelů návykových látek. V praktické části jsme pracovali s výsledky dotazníkového šetření. Byly vysloveny tři hypotézy, které se všechny potvrdily v několika námi vyslovených položkách.

Z výsledků dosažených v praktické části bakalářské práce jasně vyplývají nedostatky zdravotnických záchranářů pracujících na záchranných službách, ale především jejich nedostatečná připravenost na komunikaci, ošetřování a zvládnutí problematických situací v souvislosti s intoxikovanými pacienty v přednemocniční neodkladné péči.

SEZNAM LITERATURY

DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, ISBN 978-808-0632-588.

ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, ISBN 80-701-3379-1.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-61.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-62.

LUELLMANN, Heinz. *Farmakologie a toxikologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 80-716-9976-4.

MASÁR, O. a H. DROBNÁ. *Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti*. Bratislava: Charis, 2001. ISBN 978-80-7159-175-7.

MÜLLER, Sönke. *Memorix: neodkladné stavy v medicíně*. 1. vyd. Překlad Vlastimil Víšek. Praha: Scientia medica, 1992, ISBN 80-855-2616-6.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-807-3679-088.

NEŠPOR, Karel. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, ISBN 80-726-2002-9.

PELCLOVÁ, Daniela. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2006, ISBN 80-246-1183-X.

PELCLOVÁ, Daniela. *Nejčastější otravy a jejich terapie*. 2., dopl. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2009, ISBN 978-807-2626-038.

POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, ISBN 80-726-2259-5.

POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, ISBN 80-726-2214-5.

Sestra a akutní stavy od A do Z /. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-716-9893-8.

ŠEVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-802-4731-469.

ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-726-2042-8.

ŠVELA, Kamil a Miroslava WIMĚTALOVÁ. *Toxikologie pro sestry*. [1. vyd.]. Brno: NEPTUN, 2002, ISBN 80-902-8963-0.

ŠTÍPEK, Stanislav. *Stručná toxikologie: mechanismy, diagnostika a léčení akutních otrav a látkové závislosti*. Praha: Medprint, 1997, ISBN 80-902-0364-7.

[Http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_roce_2012](http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_roce_2012). [online].

[Http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/](http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/). [online].

[Http://sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html](http://sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html). [online].

[Http://www.drogy.net/zpravy-a-statistiky/](http://www.drogy.net/zpravy-a-statistiky/). [online].

[Http://www.dropin.cz](http://www.dropin.cz). [online].

Zazula, R. a H. Rakovcová, 2004. Současné trendy v léčbě intoxikací Dostupný z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/09/07.pdf>. [online].

[Http://www.solen.cz](http://www.solen.cz). [online].

PŘÍLOHY

Příloha A – Podoba dotazníku

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Karolína Příhodová, jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze bakalářského oboru Zdravotnický záchranář. Pro moji bakalářskou práci jsem vytvořila dotazník, který Vám předkládám. Tématem bakalářské práce je „*Vybrané akutní intoxikace v přednemocniční neodkladné péči*“

Dotazník je určen nelékařským zdravotnickým pracovníkům, pracujícím v přednemocniční neodkladné péči. Výsledky šetření vyplývající z dotazníku, budou sloužit výhradně pro potřeby mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní.

Prosím Vás o laskavé vyplnění dotazníku, čas potřebný k vyplnění by neměl překročit 15 min. Většina otázek má jednu možnost odpovědi. V případě, že je možné zvolit více odpovědí, uvádím tuto informaci za položenou otázkou.

1. *Jaký je Váš věk?*

- a) 21 – 25 let
- b) 26 – 30 let
- c) 31 – 35 let
- d) 36 – 40 let
- e) 41 – 45 let
- f) více než 46 let

2. *Jaká je délka Vaší praxe?*

- a) 1 – 4 roky
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) Více než 21 let

3. *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

- a) Středoškolské vzdělání
- b) Vyšší odborné vzdělání
- c) Vysokoškolské vzdělání

4. *Jakou průměrnou četnost výjezdů k pacientům pod vlivem návykové látky byste udali z celkového množství Vámi ošetřených pacientů?*

- a) Pod 10%
- b) 11 – 20%
- c) 21 – 30%
- d) 31 – 40%
- e) 41 – 50%
- f) Více než 51%

5. *Se kterými skupinami návykových látek se při výjezdech k intoxikovanému pacientovi setkáváte nejčastěji? Možno označit více odpovědí.*

- a) Alkohol
- b) Opiáty
- c) Stimulační návykové látky
- d) Halucinogeny
- e) Kanabinoidy
- f) Benzodiazepiny
- g) Barbituráty
- h) Tricyklická antidepresiva
- ch) Jiné

6. *Pokud jste zvolili v otázce číslo 5 možnost jiné, uveďte prosím jaké:*

- a).....
- b).....
- c).....

7. *U které genderové skupiny lidí se setkáváte s užitím návykové látky častěji?*

- a) Ženy
- b) Muži

8. *Uveďte věkovou skupinu pacientů, kteří jsou nejčastěji pod vlivem návykových látek. Možno zvolit více odpovědí.*

- a) Méně než 18 let
- b) 18 – 25 let
- c) 26 – 30 let

- d) 31 – 35 let
- e) 36 – 40 let
- f) 41 – 45 let
- g) 46 – 50 let
- h) 51 – 55 let
- i) 56 – 60 let
- d) Více než 61 let

9. *Se kterými typy otrav se při výkonu Vašeho povolání setkáváte nejčastěji?*

- a) Sebevražedné otravy
- b) Náhodné otravy
- c) Kombinované otravy

10. *S jakými poraněními se nejčastěji setkáváte u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykové látky? Možno zvolit více odpovědí.*

- a) Poranění hlavy
- b) Poranění horních končetin
- c) Poranění trupu
- d) Poranění dolních končetin
- e) Poranění dutiny břišní
- f) Jiné

11. *Pokud jste zvolili v otázce číslo 10 možnost jiné, uveďte prosím jaké:*

- a)
- b)
- c)

12. *Má na četnost výjezdů k intoxikovaným pacientům vliv roční období?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13. *Pokud jste v otázce číslo 12 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 13. Ve kterém ročním období se s pacienty, kteří jsou intoxikováni návykovou látkou, setkáváte nejčastěji?*

- a) Jaro
- b) Léto
- c) Podzim
- d) Zima

14. *Ovlivňuje četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou denní doba?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. *Pokud jste v otázce číslo 14 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 15. V jakém časovém horizontu vyjždíte k intoxikovaným pacientům častěji?*

- a) Ve dne
- b) V noci

16. *Určete dny, kdy je frekvence výjezdů k intoxikovaným pacientům četnější?*

- a) Pracovní dny
- b) Víkendu
- c) Nevím

17. *Domníváte se, že je způsob ošetření ovlivněn chováním pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek?*

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

18. *Domníváte se, že pacienti, kteří jsou pod vlivem návykové látky, negativně ovlivňují Váš profesionální přístup k pacientovi?*

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

19. *Máte pocit marnosti práce při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?*

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

20. *Domníváte se, že četnost výjezdů k pacientům intoxikovaným návykovou látkou, má určitou tendenci?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. *Pokud jste v otázce číslo 20 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 21. Určete prosím, jaká je podle Vašeho názoru četnost výjezdů k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek.*

- a) Vzrůstající
- b) Klesající
- c) Stabilní

22. *Domníváte se, že se pacienti intoxikovaní návykovou látkou vyznačují agresivním chováním?*

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne

- d) Spíše ne
- e) Jiným způsobem chování

23. *Pokud jste zvolili u otázky číslo 22 možnost jiným způsobem chování, uveďte prosím, s jakým chováním se obvykle setkáváte:*

- a)
- b)
- c)

24. *Domníváte se, že je problém s umístováním pacientů intoxikovaných návykovou látkou do zdravotnických zařízení?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25. *Máte při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek obavy o své zdraví?*

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

26. *Domníváte se, že Vám zaměstnavatel vytváří vhodné podmínky pro aktivní ochranu Vašeho zdraví při výjezdech k pacientům, kteří jsou pod vlivem návykových látek?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

27. *Pokud jste v otázce číslo 26 odpověděli ano, vyplňte prosím otázku číslo 27. Jakých možností využíváte k prevenci ochrany svého zdraví? Možno zvolit více odpovědí.*

- a) Kurz sebeobrany

- b) Pravidelná školení
- c) Literatura
- d) Internetové zdroje
- e) Přednášky Policie ČR
- f) Kolegové

28. *Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost účastnit se supervizi jako prevenci syndromu vyhoření?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Prostor pro Vaše názory a připomínky:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.