

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



**KOMPARACE ABUSU ALKOHOLU U KLIENTŮ
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI V ČESKÉ
REPUBLICI A V PORTUGALSKU**

Comparison of Alcohol Abuse of Clients in Prehospital
Emergency Care in the Czech Republic and Portugal

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RICHARD URBAN

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: PhDr. Martina Mukšnáblová

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Urban Richard
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 9. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komparace abusu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné
péči v České republice a v Portugalsku

*Comparison of Alcohol Abuse of Clients in Pre-hospital Emergency
Care in the Czech Republic and Portugal*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Martina Muknšnáblová

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Za vedení bakalářské práce, za cenné rady a připomínky bych chtěl poděkovat PhDr. Martině Muknšnáblové.

Za konzultace týkající se teoretických východisek bakalářské práce bych chtěl vyjádřit svůj velký dík Doc. MUDr. PhDr. Kamilovi Kalinovi, CSc..

Děkuji velice také MUDr. et RNDr. Petrovi Wagnerovi za dřívější tematické konzultace z hlediska biochemie a vnitřního lékařství, za dodání pozitivní motivace ke studiu tohoto oboru. Bohužel, po prohraném boji s těžkou nemocí již není mezi námi, s upřímnou úctou vzpomínáme.

Dále bych rád vyjádřil své díky Doc. RNDr. Renému Hudcovi, CSc., s jehož podporou se již léta mohu věnovat i jiným oblastem lidského bádání, za jeho podporu, přestože mne profesní život nakonec zavedl od krásy hvězdné oblohy k pomoci bližním.

Můj přítel Augusto Medeiros se zasloužil za následný překlad dotazníku do portugalštiny a byl nápomocen se sdílením dotazníku mezi záchranáři v jeho zemi, za toto a také za předávání jeho letitých zkušeností během mé zahraniční stáže v Portugalsku mu patří moje upřímné poděkování.

Upřímně děkuji matce a prarodičům, za jejich obětavost a podporu během mého dosavadního studia.

Dále bych také rád poděkoval všem respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníku.

-- „*Pamatujte si, že jste na místě jediní, co dokáží pomoci, v tu chvíli ti nejlepší.*“

Petr Wagner

Věnováno Elišce Krejčové

ABSTRAKT

URBAN, R. *Komparace abusu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči v České republice a v Portugalsku*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Martina Muknšnáblova. Praha. 2016. 88 s.

Tématem bakalářské práce je porovnání abúzu alkoholu v rámci klientů přednemocniční neodkladné péče v České republice a v Portugalsku. Důraz je kladen na obecnou problematiku abúzu alkoholu, teoretická východiska práce zahrnují popis psychických a somatických onemocnění způsobených požíváním alkoholu včetně akutních stavů a jejich léčbou. Stěžejním tématem je také syndrom závislosti na alkoholu, v rámci práce je zde popsána jeho diagnostika, léčba a prevence. Stěžejním dílčím tématem je také epidemiologie z hlediska české populace a také popis trendů v konzumaci alkoholu v ČR a v Portugalsku a napříč EU obecně. Důraz je zde kladen mimo jiné také na problematiku agrese mířené proti zdravotnickým pracovníkům PNP a na zásady správné komunikace v těchto krizových situacích.

V rámci průzkumné části je pozornost věnována aspektům týkajících se konzumace alkoholu z hlediska přednemocniční neodkladné péče a porovnání zkušeností zdravotnických pracovníků s touto problematikou v PNP v České republice a v Portugalsku. Důraz je kladen také na konzumaci alkoholu mladistvými. Průzkum se týká nejen samotného úzu alkoholu klientem, ale jednotlivé proměnné se vztahují například ke způsobeným dopravním nehodám, verbální i neverbální agresi či k akutním intoxikacím alkoholem. Prostor je zde věnován také tematickému projektu, výsledky odborné práce byly publikovány na webových stránkách. Neméně signifikantní částí projektu je také popularizace, konkrétně vznik webového projektu, kde lze nalézt základní informace ohledně syndromu závislosti na alkoholu a také svépomocné materiály pro klienty se závislostí na alkoholu a jejich blízké.

Klíčová slova

Abúzus alkoholu. Agresivní pacient. Alkohol u dětí a mládeže. Alkohol v přednemocniční neodkladné péči. Alkoholismus. Konzumace alkoholu v EU.

ABSTRACT

URBAN, R. *Comparison of Alcohol Abuse of Clients in Pre-hospital Emergency Care in the Czech Republic and Portugal*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Martina Muknšáňblová. Prague. 2016. 88 pages.

The bachelor thesis deals with the comparison of alcohol abuse among clients of pre-hospital emergency care in the Czech Republic and Portugal. General information about alcohol abuse even psychological and somatic diseases, also emergency conditions related to alcohol abuse are described. The key topic related to alcohol addiction and its prevention, diagnostics and therapy are also mentioned. The variables related to Czech and Portuguese pre-hospital emergency care were compared and trends of alcohol consumption across European Union were described in the theoretical part. Emphasis is also placed on the problem of aggression against health care professionals in pre-hospital emergency care and principles of good communication in these crisis situations.

The research part deals with aspects related to alcohol consumption in terms of pre-hospital emergency care and also compares experiences of health care professionals dealing with such issue in pre-hospital emergency care in the Czech Republic and Portugal. Consumption of alcohol by adolescents is also emphasized. The survey is not only related to alcohol use by clients but also mentions individual variables related to for example traffic accidents due to alcohol use, verbal and non-verbal aggression of clients or acute alcohol intoxications. Results of the survey have been published on the website. Data publishing and popularization is also significant part. Web project, where you can find basic information about alcohol dependence and also self-help materials for clients and their relatives, was developed.

Key words

Aggressive patient. Alcohol abuse. Alcohol among children and youth. Alcohol consumption in the EU. Alcohol in Pre-hospital Emergency Care. Alcoholism.

PŘEDMLUVA

Problematika abúzu alkoholu v přednemocniční péči je stále více diskutovaným tématem. V posledních letech je pozorován zvyšující se počet výjezdů zdravotnické záchranné služby k případům, kdy je klient pod vlivem alkoholu. Nárazové užití alkoholu ve vyšších dávkách a také chronické užívání alkoholu není nebezpečné jen pro klienta samotného, ale tyto případy jsou rizikové také pro zasahující zdravotnický personál z hlediska možných projevů agrese ze strany klienta. Cílem publikace není vytvořit encyklopedicky ucelenou příručku o alkoholu, nýbrž podat základní informace týkající se rizik nadužívání alkoholu obecně, upozornit na aktuální aspekty týkající se této problematiky ve vztahu k přednemocniční péči, nastínit aktuální trendy v konzumaci alkoholu v EU a porovnat signifikantní proměnné v rámci české a portugalské přednemocniční péče.

Portugalsko bylo pro průzkumnou část zvoleno jako reprezentativní vzorek skupiny jižní skupiny států EU právě z toho důvodu, že se zdánlivě nejvíce podobá České republice a to jak rozlohou země, tak i počtem obyvatel a mentalitou. Avšak například spektrum často konzumovaných alkoholických nápojů a další aspekty se naopak významně liší, proto by právě tato komparace mohla být pozitivním přínosem k diskutované problematice. Dalším důvodem je také moje účast na odborné zahraniční stáži právě v Portugalsku. Podklady pro tuto práci jsem čerpal z monografií, seriálových publikací, internetových zdrojů a veřejně dostupných databází a studií.

Touto cestou bych chtěl vyjádřit své poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Martině Mukšnáblové za cenné rady a podněty nejen při zpracování samotné bakalářské práce, ale také za pomoc a podporu při práci na pilotním šetření, před-průzkumu a za rady ohledně následné publikace výsledků v rámci mezinárodní konference.

Velký dík patří také mému portugalskému příteli, Augustu Medeirovi, který mi byl velice nápomocen při sdílení dotazníků v jeho zemi a při překladu dotazníku do portugalštiny.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ	12
ÚVOD	14
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	16
1 Etanol (etylalkohol)	16
1.1 Oxidační reakce v organismu	17
1.2 Reakce na molekulární úrovni.....	17
1.3 Lokální a celkové účinky	18
2 Onemocnění způsobená alkoholem	20
2.1 Akutní intoxikace	20
2.1.1 Léčba akutní intoxikace	21
2.2 Duševní onemocnění vyvolané užíváním alkoholu.....	22
2.2.1 Psychická závislost na alkoholu	23
2.2.2 Abstinenční syndrom	24
2.2.3 Alkoholická psychóza	24
2.2.4 Amnestický syndrom	25
2.2.5 Alkoholická halucinóza.....	25
2.2.6 Paranoidní alkoholická psychóza.....	26
2.2.7 Patická opilost.....	26
2.2.8 Alkoholová demence.....	27
2.2.9 Poruchy osobnosti.....	27
2.3 Onemocnění orgánových systémů vyvolané užíváním alkoholu	27
2.3.1 Onemocnění kardiovaskulárního systému a krevetvorby	28
2.3.2 Onemocnění nervového systému	29
2.3.3 Onemocnění gastrointestinálního traktu.....	30
2.3.4 Metabolická onemocnění	31
2.3.5 Endokrinní onemocnění	31
2.3.6 Onkologická onemocnění.....	32
2.3.7 Infekční onemocnění	32
2.3.8 Onemocnění kůže a svalů	32
2.3.9 Teratogenní účinky alkoholu	33
3 Agresivní projevy vyvolané alkoholem	34
3.1 Zásady komunikace s intoxikovaným	35

4	Závislost	37
4.1	Znaky závislosti.....	37
4.2	Diagnostika závislosti na alkoholu	39
4.3	Terapie závislosti na alkoholu	40
4.4	Prevence závislosti na alkoholu	42
5	Spotřeba alkoholu v Evropě	44
5.1	Spotřeba alkoholu v České republice	46
5.1.1	Studie GENACIS (2002).....	48
5.1.2	Studie HBSC (1998, 2002).....	49
5.1.3	Studie ESPAD (2003, 2007, 2011)	49
5.2	Komparace spotřeby alkoholu v České republice a v Portugalsku	49
5.3	Alkohol u adolescentů v České republice a v Portugalsku	50
	PRŮZKUMNÁ ČÁST	52
6	Realizace průzkumu.....	52
6.1	Pilotní studie (2013)	53
6.2	Před-průzkum (2013 – 2014)	53
6.3	Průzkumné cíle a hypotézy	58
6.3.1	Hypotetická tvrzení.....	58
6.4	Metodologie průzkumu	59
6.5	Průzkumný soubor.....	60
7	Výsledky průzkumu.....	62
7.1	Testování hypotéz.....	Chyba! Záložka není definována.
7.2	Systémové chyby průzkumu	75
7.3	Publikace dat	76
7.4	Webový projekt pro závislé na alkoholu	77
8	DISKUZE.....	78
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	PŘÍLOHY	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AHT	arteriální hypertenze
ALT	alanin-transamináza
ASP	asparát-aminotransferáza
ATP	adenosintrifosfát
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test; test závislosti na alkoholu
BK	Kochův bacil
CAGE	jednoduchý diagnostický test (závislost na alkoholu)
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
Cpsl.	kapsle, léková forma
EEG	elektroencefalogram / elektroencefalograf
ESPAD	Evropský školní průzkum zaměřený na užívání alkoholu a drog
fL	obj. jednotka foot-lambert; MCV – střední objem erytrocytu
GABA	kyselina gama-aminomáselná
GABA _A	receptory s afinitou k etanolu, benzodiazepinům a barbiturátům
GENACIS	mezinárodní výzkum zaměřený na konzumaci alkoholu
GISAH	Global Information System on Alcohol and Health
GIT	gastrointestinální trakt
GM	grand mal (forma epileptického záchvatu)
GGT	gama-glutamyltransferáza
HDL	High Density Lipoproteins
HSBC	Health Behaviour in School-aged Children
ICHS	ischemická choroba srdeční
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
NAD ⁺	nikotinamid-adenin-dinukleotid – oxidovaná forma
NADH	nikotinamid-adenin-dinukleotid – redukovaná forma
PNP	přednemocniční neodkladná péče
REM	Rapie Eye Movement, fáze spánku
RV	rendez-vous; specifický druh posádky záchranné služby
SZÚ	Státní zdravotní ústav

TBC	tuberkulóza
URL	A uniform resource locator; webová adresa
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação; obdoba vozidla RV
ZZS	zdravotnická záchranná služba
WHO	World Health Organization

(SOVINOVÁ a kol., 2003), (URBAN, 2014)

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Struktura etanolu	16
Obrázek 2 Struktura respondentů v Portugalsku dle územního celku	61
Obrázek 3 Webová stránka s publikovanými daty průzkumu	76
Obrázek 4 Webový projekt Řekni alkoholu NE!	77
Tabulka 1 Směrování klientů pod vlivem alkoholu	57
Graf 1 Trendy v konzumaci alkoholu v Evropě.....	44
Graf 2 Spotřeba alkoholu v ČR (v litrech 100% alkoholu na osobu)	46
Graf 3 Spotřeba alkoholu v ČR do r. 2010 (v litrech 100% alkoholu na osobu).....	47
Graf 4 Spektrum alkoholických nápojů v populaci ČR	47
Graf 5 Spotřeba alkoholu ve vybraných zemích.....	48
Graf 6 Trendy ve spotřebě alkoholu v ČR a v Portugalsku.....	50
Graf 7 Požití vysokých dávek alkoholu za poslední měsíc	51
Graf 8 Relativní četnost ošetření klienta s abúzem alkoholu za 2 roky	54
Graf 9 Průměrná frekvence ošetření klienta s abúzem alkoholu	54
Graf 10 Pocit ohrožení spojený s ošetřením klienta pod vlivem alkoholu	55
Graf 11 Charakteristika napadení klientem pod vlivem alkoholu	56
Graf 12 Průměrná frekvence ošetření klientů s akutní intoxikací.....	57
Graf 13 Struktura respondentů v ČR podle kraje.....	60
Graf 14 Spektrum konzumovaných alkoholických nápojů v Portugalsku	75
Graf Q 1 Frekvence ošetření klienta pod vlivem alkoholu za poslední 2 roky	62
Graf Q 2 Průměrná frekvence ošetření klienta pod vlivem alkoholu.....	63
Graf Q 3 Pocit ohrožení spojený s ošetřením klienta pod vlivem alkoholu	64
Graf Q 4 Odhadovaný poměr agresivních klientů pod vlivem alkoholu	65
Graf Q 5 Charakteristika napadení zdravotnického pracovníka klientem pod vlivem alkoholu	66
Graf Q 6 Opakované ošetření stejných klientů pod vlivem alkoholu	67

Graf Q 7 Charakteristika relativní četnosti ošetření klientů pod vlivem alkoholu v nočních hodinách.....	67
Graf Q 8 Charakteristika relativní četnosti ošetření klientů pod vlivem alkoholu na konci týdne	68
Graf Q 9 Průměrná frekvence ošetření traumat u klientů pod vlivem alkoholu	69
Graf Q 10 Průměrná frekvence zásahů při dopravních nehodách spojených s podezřením na požití alkoholu	70
Graf Q 11 Odhadovaný poměr dopravních nehod zapříčiněných požitím alkoholu	71
Graf Q 12 Odhadovaný poměr klientů - abuzérů se zhoršeným socioekonomickým stavem.....	71
Graf Q 13 Průměrná frekvence ošetření dětí a adolescentů s územ alkoholu	72
Graf Q 14 Charakteristika četnosti ošetření intoxikací alkoholem u dětí závislá na sezónních událostech.....	73

ÚVOD

Stále diskutovanějším tématem nejen odborné veřejnosti se stává problematika klientů pod vlivem alkoholu v přednemocniční neodkladné péči. Zdravotníci se s takovými klienty setkávají stále častěji. Se vzrůstajícím počtem takových výjezdů zdravotnické záchranné služby se zvyšuje i aktuálnost tématu. Samotný úzus alkoholu se nepromítá jen do potenciálních zdravotních rizik klientů, ale má souvislost také s možným napadením zdravotnického personálu, ať již v souvislosti s projevy verbální či přímo fyzické agrese vůči výjezdovým skupinám.

Abúzus alkoholu s chronickým průběhem neovlivňuje klienta jen stran patofyziologických změn v organismu, výrazný vliv má také na psychiku jedince a v neposlední řadě dochází k poruše zdraví i na sociální úrovni. Mezi teoretickými východisky bakalářské práce je zde popsána diagnostika a léčba poruch způsobených alkoholem, důraz je pak kladen na samotný syndrom závislosti na alkoholu. Dalším významným aspektem, kterému je obzvláště věnována pozornost, jsou akutní stavy způsobené alkoholem, zejména pak léčba akutní intoxikace alkoholem.

Významné postavení má však hlavně prevence, které je zde proto věnován prostor. Právě prevencí, se svým signifikantním opodstatněním z hlediska poruch způsobených alkoholem, lze již od mladého věku jedince předejít problémy, zejména na úrovni jedince samotného, výchovou v rodině, ve škole, také na úrovni společnosti, rozvojem programů zaměřených na prevenci u dětí a adolescentů a v neposlední řadě cílenými regulacemi na úrovni státu. Důležitým dílčím tématem je pak popis trendů v konzumaci alkoholu z hlediska Evropské Unie a stručný přehled výsledků nejznámějších oborových studií a konfrontace s vlastním šetřením. Své opodstatnění zde má i problematika alkoholu u adolescentů.

Vzhledem k charakteru práce byla zvolena průzkumná metoda dotazníkovým šetřením. Strukturu respondentů tvoří zdravotníci přednemocniční neodkladné péče obecně. Portugalsko bylo zvoleno pro komparaci pro zdánlivě nejpodobnější atributy ve vztahu k České republice. Tyto země jsou si nejvíce podobné co do rozlohy, počtu a mentality obyvatel. Obecným předpokladem, který vychází z předchozího průzkumu je, že čeští zdravotníci v PNP se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají při výjezdech častěji

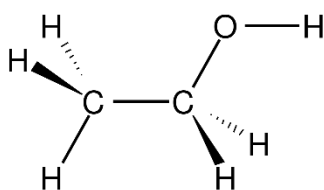
než je tomu v Portugalsku. Tato hypotéza by měla korelovat se skutečností, že konzumace alkoholu per capitam je dle aktuálních dat vyšší právě v populaci České republiky. Další předpoklad se vztahuje právě k projevům agrese mířeným proti zdravotníkům, očekává se skutečnost, že více než 50 % zdravotníků se při výkonu svého povolání cítili v ohrožení z důvodu agrese klienta. V průzkumné části bylo stanoveno několik proměnných vztahujících se k problematice, zmínit lze například frekvenci výjezdů k těmto případům, rámcový popis charakteru takových výjezdů či relativní četnost výjezdů k adolescentům pod vlivem alkoholu.

Součástí bakalářské práce je také publikace interpretovaných dat na webu a tematický webový projekt pro závislé na alkoholu. Odborná práce by mohla být využita jako studijní materiál pro příbuzné obory, průzkumná část pak jako podklad k dalším šetřením a výzkumu v této problematice. Hlavními zdroji jsou oborově zaměřené monografie, seriálové publikace a internetové zdroje, vzhledem k charakteru tématu bylo čerpáno i ze zahraniční literatury a z veřejně dostupných databází.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Etanol (etylalkohol)

Etanol (*aethanolum*) či etylalkohol je organická sloučenina s hypnosedativními a trankvilizujícími účinky na lidský organismus. Náhodný i chronický abúzus této látky s sebou nese nejen zdravotní rizika, ale i rizika po stránce sociální, forenzní a etické. Etanol z chemického hlediska řadíme mezi jednosytné alkoholy, lze jej vyjádřit sumárním vzorcem C_2H_5OH či vzorcem racionálním CH_3CH_2OH . Struktura etanolu je zachycena na Obr. 2 (URBAN, 2014).

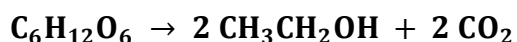


Obrázek 1 Struktura etanolu

Zdroj: Wikimedia Commons, 2009

Etanol je také vzhledem k nižšímu počtu atomů uhlíku ve své vazbě řazen mezi nižší alkoholy, které se za standardních podmínek vyskytují ve skupenství kapalném. Vznik etylalkoholu je podmíněn kvašením cukerných roztoků a to na bázi rozkladu glukózy pivovarskými či pekařskými kvasinkami, které řadíme mezi fakultativní anaeroby (KOLÁŘ a kol., 2005).

Tento proces se nazývá etanolové kvašení a lze jej vyjádřit sumárně rovnicí:



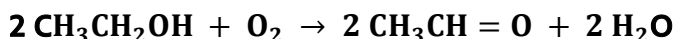
Glukóza se při této reakci zde rozkládá za vzniku etanolu a oxidu uhličitého.

Energie, která je při této reakci uvolněna, je parciálně uložena ve dvou molekulách ATP. Celá reakce může přejít do aerobního metabolismu při splnění podmínky, kdy kvasinky mají k dispozici dostatek molekul O_2 . Glukóza za této podmínky oxiduje až na

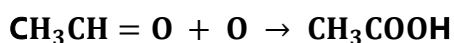
oxid uhličitý a vodu. Kvasinkám se tak dodá energie uložená v ATP, z jedné molekuly glukózy může být takto vytěženo až 38 molekul adenosintrifosfátu (KOLÁŘ a kol., 2005).

1.1 Oxidační reakce v organismu

Etanol se za působení oxidačních činidel dále oxiduje na acetaldehyd:



Další reakcí se pak teprve oxiduje na kyselinu octovou:



Tato fázová oxidace je podstatou při eliminaci alkoholu z organismu. Na podkladě těchto reakcí vzniká toxický metabolit acetaldehyd, který je odpovědný za nepříjemné psychické a fyzické příznaky během následného střízlivění po požití většího množství alkoholu (KOLÁŘ a kol., 2005).

1.2 Reakce na molekulární úrovni

Etanol je poměrně rychle vstřebáván gastrointestinálním traktem. Absorpce trvá v rozmezí od jedné do dvou hodin. Podíl etanolu v krvi závisí na rychlosti absorpce a eliminace v organismu, dále pak na požitém objemu látky a na tělesné hmotnosti. Specifická je také rychlá distribuce ve všech tělesných dutinách, nástup klinických projevů je pak přímo úměrný podílu etanolu v krvi (WENKE et al., 1990).

Pro orientační zjištění objemu alkoholu v krvi platí následující vztah:

$$\text{Hladina alkoholu v krvi } [\text{‰}] = \frac{\text{požitý alkohol } [g]}{m \text{ (tělesná)} [kg] \cdot k}$$

Přičemž pro konstanta k má hodnotu 0,68 pro muže a 0,55 pro ženy. Stanovená hodnota hladiny alkoholu v krvi se uvádí v jednotkách promile alkoholu.

Pro převod jednotek na $\text{mmol}\cdot\text{l}^{-1}$ platí následující vztah:

$$\text{Hladina alkoholu v krvi } [\text{‰}] \cdot 21,71 = n [\text{mmol}\cdot\text{l}^{-1}]$$

A dle následujícího vztahu převedeme promile alkoholu do základních jednotek SI:

$$1 [\text{‰}] = 1 [\text{g} \cdot \text{kg}^{-1}]$$

Orientační rozdělení závislé na hladině alkoholu v krvi [‰] je definováno:

- [0,3 - 1] požití,
- [1 - 1,5] opilost,
- [2 - 3] těžká opilost,
- > 3 opilost s kómatem a metabolickým rozvratem (ODDĚLENÍ LABORATORNÍ MEDICÍNY NEMOCNICE ŠTERNBERK, 2003).

Část eliminace etanolu z organismu probíhá respiračním a močovým systémem, nízký podíl se z těla takto eliminuje v původním stavu. Převážná část je pak dále oxidována alkohol dehydrogenázou, vzniká NADH a acetaldehyd. Významným činitelem při těchto reakcích je NAD^+ , přičemž jeho podíl závisí na oxidačních reakcích v mitochondriích. Samotnou oxidaci etanolu ovlivňuje množství NAD^+ , které je ovlivněno metabolismem inzulínu, glukózy a pyruvátu. Tyto metabolické pochody nejsou ovlivněny aktuální hladinou alkoholu v krvi, z toho vyplývá skutečnost, že rychlost eliminace je konstantní, konkrétně se za hodinu z organismu vyloučí asi 8 g alkoholu. Za jednu hodinu se tedy hladina alkoholu v krvi sníží přibližně o 0,17 ‰ (HYNIE, 2001), (WENKE et al., 1990).

1.3 Lokální a celkové účinky

Při koncentraci vyšší než 20 % etanol lokálně dráždí, dehydratuje, koaguluje bílkoviny a působí baktericidně. Projevuje se lokální hyperémií, pocitem ochlazení kůže (rychlé odpaření), sníženým pocením a svěděním. Pokud dojde ke styku s nervovými zakončeními (otevřené rány), dochází k pocitu pálení. Při obstručních nervů dochází k jejich degeneraci. U 70 % etanolu je nejvyšší baktericidní účinek, avšak nedisponuje sporicidními účinky, a tak není vhodný pro dezinfekci a sterilnímu uchování nástrojů (WENKE et al., 1990).

Centrální účinky alkoholu lze přirovnat k účinkům některých inhalačních anestetik. Etanolem lze vyvolat všechna stadia celkové anestezie. V porovnání s éterem je doba excitace delší, terapeutický index je menší (nízký podíl mezi letální a narkotickou dávkou), (WENKE et al., 1990).

Bylo prokázáno působení alkoholu na receptory z množiny GABA, konkrétně na receptory GABA_A. Tyto receptory mají afinitu, která je geneticky podmíněna, také k látkám ze skupiny benzodiazepinů a k barbiturátům. Při dlouhodobém užívání alkoholu se počet těchto receptorů snižuje, dojde k tzv. down regulaci, právě tímto mechanismem roste tolerance (k navození stejného účinku na organismus je potřeba stále vyššího objemu látky), (STEVEN, 2006).

V počáteční fázi po užití alkoholu dochází ke stimulaci psychomotorických funkcí, často se projevuje euforií. Dochází ke zvýšení sebevědomí, sebekritika, reakční rychlost a koncentrace jsou naopak sníženy. Tyto aspekty jsou zvláště nebezpečné při obsluze těžkých strojů a při řízení dopravních prostředků. U 50 % klientů se tyto symptomy manifestují při hladině 1 ‰ alkoholu v krvi. Se zvyšující se hladinou pak dochází k postupnému útlumu. U vysokých dávek je nebezpečí akutní intoxikace, která souvisí s depresivním účinkem na vegetativní systém trvajícím několik hodin (ČEŠKA, 2007).

Účinky kardiovaskulární jsou dány účinkem etanolu na CNS. Zvláště nebezpečná je kožní hyperémie, při které dochází k subjektivnímu pocitu tepla, může dojít k tepelným ztrátám sáláním, v mrazu se zvyšuje riziko umrznutí. Ve splachnické oblasti dochází k vazokonstrikci, minutový srdeční výdej ani krevní tlak se tak výrazně nemění. Dechové centrum bývá při menších dávkách stimulováno, při vysokých dávkách dochází k útlumu. Trávicí ústrojí reaguje v závislosti na koncentraci požitého etanolu. Koncentrace etanolu nižší než 20 % pozitivně ovlivňuje sekreci pepsinu a kyseliny chlorovodíkové, koncentrace vyšší než 40 % sekreci naopak snižují. Mírné zvýšení sekrece těchto látek se využívá u aperitivů, u abuzérů destilátů tento mechanismus vede ke vzniku chronických gastritid s achlorhydrií. Mimo jiné dochází také ke zvýšení sekrece vazopresinu vedoucí ke zvýšení diurézy. Nižší dávky alkoholu mohou zvyšovat svalovou sílu pro nižší pocit únavy, etanol však svalovou sílu žádným mechanismem přímo nezvyšuje (WENKE et al., 1990).

2 Onemocnění způsobená alkoholem

Nadměrná konzumace alkoholu, ať již nárazová či dlouhodobá, může mít za následek negativní dopady na celkový zdravotní stav, zejména pak na následující orgánové systémy. V rámci CNS alkohol interferuje s nervovými synapsemi a může způsobit degenerativní změny mozkové tkáně a jeho funkci. Tyto poruchy mohou způsobovat změny nálady, chování, až poruchy osobnosti. Dlouhodobá konzumace alkoholu má negativní účinek na kardiovaskulární systém, může vést ke vzniku kardiomyopatie, srdečních arytmií, cévní mozkové příhodě či ke vzniku hypertenzní nemoci. Výzkumy v této oblasti dříve poukazovaly na skutečnost, že pití malých dávek alkoholu v rozumné míře může u zdravého dospělého být prevencí proti vzniku koronárního syndromu, dnes je tato hypotéza nejasná (NIAAA, 2010)¹.

Nadměrné pití alkoholu poškozuje játra a může vést k patofyziologickým změnám, jako jsou steatóza jater, alkoholická hepatitida, fibróza či cirhóza jater. U slinivky břišní alkohol může vést k produkci toxických látek, které mohou vyvolat pankreatitidu, dále nebezpečné záněty a edém cévního zásobení pankreatu, který zabraňuje správnému trávení. Je prokazatelné, že alkohol je rizikovým faktorem při vzniku onkologických onemocnění, zejména pak nádorů dutiny ústní, jícnu, jater či prsu. Chronické užívání má také depresivní účinky na imunitní systém, organismus je více náchylný k průniku infekce, je zde vyšší riziko onemocnění pneumonií či TBC, než u jedinců, kteří alkohol ve velké míře neužívají. Depresivní účinek na imunitní systém po nárazové konzumaci vysokých dávek alkoholu může trvat až 24 hodin (NIAAA, 2010).

2.1 Akutní intoxikace

Mezi hlavní důvody akutní intoxikace patří užití nadměrně vysokých dávek alkoholu. Některá léčiva, zejména pak látky z řady benzodiazepinů ještě potencují účinky alkoholu, a tak k intoxikaci může dojít i při požití nižších dávek (URBAN, 2014).

¹ překlad autora

Podle klinických projevů dělíme akutní intoxikaci na čtyři stadia:

1. Příznaky intoxikace nemusí být manifestovány

V rámci této fáze bývá přítomna euforie. Reakční rychlost klesá, avšak klient může mít pocit zvýšené psychické pohotovosti, objektivně dochází však k útlumu. Po expresivní stránce může být hovornější či naopak. Schopnost obsluhovat těžké stroje či řídit dopravní prostředky je již v tomto stadiu utlumena (WENKE et al., 1990).

2. Snížené sebeovládání

Tato fáze je charakteristická sníženým soustředěním, poruchami motoriky, zejména chůze začíná být kolísavá. Dochází také k řečové apraxii, po emoční stránce se snižuje kontrola nad vlastními emocemi, jedinec může být agitovaný, má tak sklony k agresivnímu jednání, nebo může převažovat naopak depresivní nálada. Potřeba uspokojení sexuálních potřeb v tomto stadiu stoupá, potence je ale utlumena. Vzhledem k dalšímu poklesu reakční rychlosti je nyní obsluha strojů a řízení motorových vozidel velice nebezpečné (WENKE et al., 1990).

3. Desorientace

V tomto stadiu intoxikace se dále prohlubuje nestabilita při chůzi, navyšuje se řečová apraxie, může dojít k pocitům nevolnosti a zvracení. Jedinec je somnolentní až soporózní (WENKE et al., 1990).

4. Hluboký spánek až kóma

Dochází k tachykardii, kůže je studená. V případě neposkytnutí včasné lékařské pomoci může dojít k útlumu dechového centra, vazomotorického centra a následné smrti (WENKE et al., 1990).

2.1.1 Léčba akutní intoxikace

V rámci přednemocniční neodkladné péče dle legislativního vymezení kompetencí zdravotnického záchranáře uvedených v Zákoně č. 55/2011 Sb. § 17 je nezbytná zejména monitorace vitálních funkcí a předejít aspiraci zvratků. Signifikantní je také zajistit intoxikovanému tepelný komfort. V situacích, kdy u bezvědomého klienta kromě intoxikace alkoholem došlo také k jiným komplikacím, například k poranění hlavy, je nezbytné, aby na místo události dorazil lékař (URBAN, 2014).

Odborná lékařská péče se skládá ze zajištění vitálních funkcí, v některých případech je nezbytné i využití umělé plicní ventilace. Dále je třeba pečovat o vnitřní prostředí, patří sem například kompenzace hypoglykémie či acidózy (NEŠPOR, 2007).

Obecně je doporučeno podat krystaloidní roztoky, při hypoglykémii glukózu. V rámci další klinické péče se doporučuje podávat glukózu v kombinaci s thiaminem jako prevenci rozvoje Wernickeho encefalopatie projevující se ataxií, nystagmem a oftalmoplegií (NEŠPOR, 2011a).

Kombinací alkoholu a dalších drog a léčiv, zejména z řady benzodiazepinů se riziko akutní intoxikace zvyšuje a hrozí prohloubení bezvědomí, které zvyšuje pravděpodobnost nutnosti zajištění dýchacích cest endotracheální intubací, může mít také vliv na rozvoj křečových stavů. Při intoxikaci alkoholem se výrazně nedoporučuje podávání neuroleptik a jiných antipsychotik právě z těchto důvodů. Kvůli riziku aspirace zvratků se zásadně neprovádí ani výplach žaludku (NEŠPOR, 2007).

Při další léčbě v klinickém zařízení by se stav za těchto podmínek měl postupně zlepšit v časovém intervalu 8 až 12 hodin. V opačném případě je v rámci diagnostiky nutné zvážit možnost koincidence s dalšími chorobami. Metodou volby je v těchto případech i dialýza (NEŠPOR, 2010).

V přednemocniční péči je pak třeba klást důraz na důkladné fyzikální vyšetření intoxikovaného, intoxikace může zastřít další příznaky, signifikantní je zde vyloučit případná kraniocerebrální poranění. Intoxikace alkoholem při současném užití dalších látek, často benzodiazepinů, bývají často projevem suicidálního či parasuicidálního jednání. Na místě je třeba takové aspekty orientačně zhodnotit, pokus o sebevraždu (tentamen suicidii) je důvodem k hospitalizaci na specializovaných odděleních psychiatrických klinik (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2 Duševní onemocnění vyvolané užíváním alkoholu

Neuvážená konzumace alkoholu se kromě negativního dopadu na orgánové systémy projevuje i řadou poruch duševního zdraví. K poškození zdraví dochází zejména v rovině dlouhodobého užívání alkoholu, avšak k poškození může dojít i po nárazovém těžkém alkoholovém excesu. Alkohol v prvních fázích působí na organismus jako stimulant, dochází k euforii. Zvyšuje se sebevědomí, dochází k poklesu schopnosti

reakce, koncentrace je také snížena. Z těchto důvodů je velmi nebezpečné řízení dopravních prostředků pod vlivem alkoholu (WENKE et al., 1990).

S rostoucím objemem užitého alkoholu dochází k descendentnímu útlumu, podobně jako u celkové anestezie. Neuváženě vysoké dávky potom mohou vést až k intoxikaci jako akutnímu život ohrožujícímu stavu. Největším rizikem je depresivní účinek na vegetativní nervový systém, který může končit smrtí. Diagnostika intoxikace alkoholem se opírá o prokazatelné známky požití alkoholu v blízké minulosti, a kdy klinický obraz nelze zaměnit za jiné onemocnění (SOVINOVÁ a kol., 2003), (WENKE et al., 1990).

Další poruchou je škodlivé užívání, je spojeno se somatickým a psychickým poškozením organismu v důsledku užívání návykové látky. Nejedná se o závislost a škodlivé užívání by se nemělo zaměňovat s jinými poruchami ve vztahu k návykovým látkám. Mezi další poruchy patří syndrom závislost, odvykací syndrom, které může být provázeno deliriem, a amnestický syndrom, kam řadíme například Korsakovovu psychózu. Při dlouhodobém užívání alkoholu může vznikat řada dalších onemocnění, k poruchám intelektu – alkoholové demenci (NEŠPOR, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2.1 Psychická závislost na alkoholu

Syndrom závislosti na alkoholu se vyznačuje splněním obecných znaků závislosti, které je věnována samostatná kapitola. Dlouhodobý uživatel alkoholu se po čase stane závislým po psychické i fyzické stránce. Důležitým znakem je obecně pocit bažení po návykové látce, tzv. craving. Tento pocit je čím dál tím více obtížnější potlačit, závislý pak staví alkohol nad ostatní aktivity a každodenní povinnosti, které pro něj byly dříve prioritou (NEŠPOR, 2011b).

Se závislostí se zvyšuje také tolerance, k navození stejného účinku je potřeba stále větší množství alkoholu. Postupem času, při pokračujícím abúzu, však může dojít naopak k následnému poklesu tolerance. K navození opilosti pak postačí již menší množství alkoholu. Bez odborné pomoci již v těchto stádiích nelze abúzus ukončit, zpravidla nepomáhá ani varování od okolí závislého, ani nevyvratitelné důkazy o negativních dopadech na zdravotní stav závislého (HÖSCHL a kol., 2002), (NEŠPOR, 2011b).

2.2.2 Abstinenční syndrom

K odvykacímu stavu či takzvanému syndromu z odnětí dochází u závislého při odnětí látky, přičemž časový interval může trvat pouze několik hodin a může dosahovat až v řádu dní. Projevy bývají psychické i somatické. Odvykací stav je třeba odlišit od intoxikace alkoholem a kocoviny, klinické projevy musí zahrnovat alespoň 3 z následujících znaků. Mezi tyto znaky patří nauzea a zvracení, zvýšené pocení, třes očních víček, jazyka či rukou, zrychlená srdeční akce a hypertenze, cefalea, celkový psychomotorický neklid, insomnie, celková slabost, reverzibilní vizuální, taktilní či auditivní halucinace. V rámci těchto stavů může dojít až ke generalizovaným křečovým stavům typu grand mal. Syndrom z odnětí může přejít až do stadia deliria tremens (NEŠPOR, 2007).

2.2.3 Alkoholická psychóza

Alkoholická psychóza či latinsky delirium tremens je nejtěžším projevem odvykacího stavu. Tento stav je život ohrožující a mortalita se dříve pohybovala od 5 do 15 %, v současné době již klesla pod 1 % (NEŠPOR, 2011a).

Z hlediska diferenciální diagnostiky je významná skutečnost, že klinické projevy deliria tremens jsou velmi similární při vysazení benzodiazepinů. Klient si v tomto stadiu plně neuvědomuje následky svého jednání, stejně jako při syndromu z odnětí se vyskytují zrakové, sluchové a hmatové halucinace, které jsou prohloubeny. Dále je opět přítomen psychomotorický neklid a závislý je ohrožen zejména svým vlastním jednáním, např. pádem z okna. Dochází také k poruchám vědomí a poruše kognitivních funkcí (NEŠPOR, 2011a), (URBAN, 2014).

Mezi další klinické projevy patří akcelerovaná akce srdeční, pocení, klient je opět ohrožen možným vznikem generalizovaných křečových stavů. Dochází k hepatopatii, pankreatopatii, akceleraci hypertenze, klient je ohrožen také rizikem krvácení do gastrointestinálního traktu. Z biochemického hlediska dochází k depleci kalia a magnesia, dehydrataci, hypoglykémii a k poruchám elektrolytové rovnováhy. Tyto aspekty mohou přejít až v tzv. alkoholickou ketoacidózu. Léčiva z řad antipsychotik jsou v tomto případě striktně kontraindikována, stejně tak podávání hypertonických roztoků se nedoporučuje.

Optimální je podávání fyziologického roztoku a glukózy s vitamínem B1 (thiamin), (NEŠPOR, 2011a).

Metodou volby je při deliriu tremens podání clomethiazolu cpsl. per os do 18 kapslí v gramáži po 192 mg denně rozdělené do 5 a více dávek. Dále je možnost podání diazepamu perorálně či nitrožilně v 24hodinové infuzi v dávce 80 – 120 mg za den. Ukončení léčby je závislé na progresi a vymizení klinických projevů deliria, zpravidla trvá 7 – 10 dní. Po celou dobu léčby je signifikantní monitorace vitálních funkcí, diurézy a jako prevence halucinózních stavů zajistit klientovi klidné prostředí s tlumeným osvětlením (NEŠPOR, 2010).

2.2.4 Amnestický syndrom

Výskyt amnestického syndromu, někdy se též nazývá Korsakovova psychóza, je typicky přítomen po proběhlém deliriu tremens. Může se však vyskytnout i v průběhu abúzu alkoholu. Bývají zde přítomny poruchy krátkodobé paměti, klient zapomíná. Toto zpravidla vyústí ke konfabulacím ze strany klienta, tímto se snaží vyplnit mezery v paměti. V raném stadiu onemocnění je klient normoforický až euforický, má pocit, že je vše zcela v pořádku. Postupně dochází k uzavírání se do sebe, ke ztrátě zájmu o okolí. Progresí onemocnění může dojít až k degradaci osobnosti. Přestože je klient po fyzické stránce jinak zdravý, důsledkem může být odchod do invalidního důchodu (HÖSCHL a kol., 2002), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2.5 Alkoholická halucinóza

Jedná se o poměrně vzácné onemocnění a okolnosti vzniku nejsou podmíněny velikostí dávky požitého alkoholu. Klient má neporušené vědomí, bývá orientován všemi kvalitami. Nicméně jsou přítomny halucinace, které mají zpravidla sluchový charakter, klient slyší hlasy, kterým věří, může s nimi vést dialog. Hlasy se mohou a nemusí týkat jeho vlastní osoby. Zvlášť nebezpečným momentem je, kdy hlasy mají imperativní charakter, klient se jim zcela podřizuje, jedná podle nich, mohou nabádat k páčání trestné činnosti, napadení okolních osob a podobně. Tento stav se farmakologicky řeší podáním neuroleptik. Po upravené klinických projevů je však nezbytné, aby se klient podrobil protialkoholní léčbě a abstinoval (NEŠPOR, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2.6 Paranoidní alkoholická psychóza

Nemocný se při tomto stavu absolutně ztotožňuje s bludnými představami vzhledem k vnějšmu dění a situaci. Tento stav je nebezpečný zejména z hlediska sociálních vztahů. Klient může být například přesvědčen o nevěře své družky, o těchto bludných představách je silně přesvědčen a natolik jim věří, že může docházet k absurdním situacím. Příkladem může být nalezení pozvánky na firemní večírek adresované přítelkyni či manželce od nadřízeného z práce. Klient je patologicky přesvědčen o nevěře a může dojít k agresí vůči partnerce či případného „milence“ (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2.7 Patická opilost

Tento stav je atypický stav zpravidla spojený s dlouhodobým abúzem alkoholu, avšak nemusí vznikat pouze u alkoholiků, nemusí nutně korespondovat ani s požitým objemem alkoholu, exaktní vyvolávací příčina není dosud jasná a patická opilost může být zapříčiněna i požitím malého množství alkoholu. Mezi rizikové faktory patří únava a stres, po požití alkoholu dojde k reakci centrálního nervového systému, obecně se uvažuje o vrozené dispozici k tomuto stavu (NEŠPOR, 2011a).

Patická opilost se manifestuje náhlou poruchou vědomí, nemocný je dezorientován, provázejícím jevem je narušené vnímání skutečnosti. Nezřídka dochází k agresí, objevuje se paranoia. Typické známky opilosti přítomny nejsou, chybí zde řečová apraxie. Po odeznění záchvatu se objevuje totální amnézie (HÖSCHL a kol., 2002), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Diagnostika patické opilosti má velký význam nejen z hlediska lékařského, ale i z hlediska forenzního. Klient ve stavu patické opilosti je totiž legislativně hodnocen jako nepřičetný. Stav může vyvolat i poměrně malé množství alkoholu, a tak nemocný logicky nemohl tyto aspekty za střízlivého stavu předpokládat. Jedná se o vzácný stav, k určení správné diagnózy je třeba zkušeného psychiatra, soudního znalce. Léčba většinou není třeba, klientovi by měl být zajištěn klid na lůžku, eventuálně je možné zvážit podání sedativ (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2.8 Alkoholová demence

Dlouhodobý alkoholismus také redukuje intelektové schopnosti klienta. Postupem času dojde ke zhoršování paměti, zapomínání, při běžné komunikaci bývají přítomny výpadky, klient se zanedbává a zapomíná na běžné povinnosti. Dochází k poruše kognitivních funkcí a také k poruchám osobnosti. Klient může být po somatické stránce v pořádku, ale vzhledem k alkoholové demenci odchází do invalidního důchodu (NEŠPOR, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.2.9 Poruchy osobnosti

Časem u abuzérů dochází k poruše stran chování, vnímání, dezorientaci, tyto aspekty ve výsledku vedou k substituci pozitivních prožitků právě za alkohol. Dochází k poruše volních procesů, k takzvané hypobulii, tedy snížené schopnosti volního jednání. Riziko možnosti manipulace s takovým jedincem se zvyšuje, často podléhá ostatním. Poruchy osobnosti však nemusí být nutně důsledkem, ale také samotnou příčinou alkoholismu. Vyšší sklony k alkoholismu má *osobnost nezdrženlivá* (HÖSCHL a kol., 2002), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3 Onemocnění orgánových systémů vyvolané užíváním alkoholu

Dlouhodobý alkoholismus poškozuje kardiovaskulární systém, souvisí i s poruchami krvetvorby. Zvýšeno je riziko vzniku krvácení a dalších poruch gastrointestinálního traktu. Alkoholik je také více ohrožen nádorovými onemocněními, nemocemi nervového systému, infekčními nemocemi, onemocněním humorálního systému a metabolismu. Mezi veřejností je obecně rozšířen náhled na alkohol jako na látku s protektivními účinky z hlediska kardiovaskulárního systému. Tyto protektivní účinky však byly dříve objektivně pozorovány pouze v souvislosti s riziky vzniku infarktu myokardu při pravidelném užívání velmi malých množství alkoholu (URBAN, 2014).

Aktuálně je však hypotéza o protektivních účincích na kardiovaskulární systém člověka nejasná (ROERECKE et al., 2015).

V rámci novějších studií týkajících se protektivního efektu u srdečních onemocnění bylo prokázáno, že při dřívějších studiích v oblasti této problematiky docházelo k závažné

systemové chybě. Ve zkoumaných vzorcích nebyli zařazeni pouze abstinenti, ale i bývalí alkoholici či dokonce lidé, u kterých se střídalo období abstinence a období alkoholových excesů. Další studií byla popsána skutečnost, že snížení množství užívaného alkoholu výrazně snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění i u lehkých a příležitostných konzumentů (CHIKRITZHS et al., 2015).

Konzumace malých dávek alkoholu je nebezpečná nejen z hlediska systémových poškození organismu, velké riziko představuje zejména z hlediska dopravy. Velké riziko představuje konzumace alkoholu těhotnými ženami, adolescenty, lidmi se sklony k násilí či klienty užívající léčiva s riskantní interakcí ve vztahu k alkoholu. Abstinovat by také měli lidé z rodin, kde některý z rodičů trpěl syndromem závislosti na alkoholu (NEŠPOR a kol., 2015).

Již dříve bylo dokázáno, že pití alkoholu i v malých dávkách souvisí s rizikem rozvoje maligních onkologických onemocnění, se vznikem cévních mozkových příhod a přináší s sebou také problémy na společenské úrovni (ASHLEY et al., 1997).

2.3.1 Onemocnění kardiovaskulárního systému a krvetvorby

Při dlouhodobém abúzu může docházet k masivním krvácením, zejména ke krvácení do GIT, které má zpravidla souvislost s onemocněním jícnovými varixy. Krvácení může také vznikat na podkladě poškození žaludeční sliznice. Toto může progredovat až v sideropenickou anémii, větší riziko krvácení je spojeno s redukcí počtu trombocytů a koagulačních proteinů. Při chronickém požívání alkoholu může dojít také k izolované makrocytóze, z hlediska biochemie dochází k elevaci hodnot nad 100 fL. Klient je ohrožen také vznikem makrocytárního typu anémie. Zpravidla dochází k trombocytopenii až trombocytémii, která vzniká na podkladě tzv. *rebound fenoménu* při přerušení užívání alkoholu a následné abstinenci (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Dřívější rozšířený obraz o alkoholu jako látky s protektivními účinky stran infarktu myokardu může souviset se zvyšováním hladiny HDL či s jeho antiagregačními účinky. Nutné je však zmínit skutečnost, že ke zvýšení HDL dochází u alkoholiků asi ve 3 %. Navíc konzumací alkoholu dochází ke zvýšení celkového cholesterolu. Také hypotéza o protektivních účincích stran rozvoje aterosklerózy nebyla potvrzena, důkazem jsou nálezy aterosklerotických změn u mladých lidí závislých na alkoholu (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Lékaři a jiní odborníci ve zdravotnictví by malé dávky alkoholu v tomto ohledu neměli svým klientům doporučovat (CHICK, 1998).

Dochází také k rozvoji reverzibilní arteriální hypertenze, po vysazení alkoholu a následné abstinenci se hodnoty krevního tlaku postupně vyrovnají. Kardiovaskulární systém je ohrožen alkoholovou kardiomyopatií. Příčinou kardiomyopatie při dlouhodobém pití alkoholu je karence vitamínu B, deplece magnesia a hromadění lipidů. V myokardu probíhají patologické změny, dochází k poškození mitochondrií, expanzi sarkoplazmatického retikula a k redukcii počtu myofibril. Alkoholová kardiomyopatie je nebezpečná zejména stran potenciálního rozvoje kardiální insuficience (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.2 Onemocnění nervového systému

Alkohol poškozují vedení vzruchu, práh bolesti bývá zvýšen, nebezpečné je však ohrožení generalizovanými křečovými stavy. U lidí závislých na alkoholu je typickým projevem tremor manifestující se třesem horních končetin a očních víček. Psychomotorický neklid se zvyšuje po vysazení či redukcii objemu užívaného alkoholu. Často také dochází k poruchám spánku, zejména k porušení REM fáze spánku. Změny se mohou projevit i v rámci elektroencefalografie. Porucha koordinace pohybů, tremor a progresivní postižení intelektu úzce souvisí s patofyziologickými změnami v mozku a mozečku, dochází zde k atrofii (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Epileptické záchvaty grand mal vznikají na podkladě inhibice kyseliny gamma-aminomáselné (GABA). Vyvolávací příčinou těchto křečových stavů je jak nárazové požití velkého množství alkoholu, tak i náhlé odnětí alkoholu či náhlá redukce dávek. Farmakologická léčba se většinou neprovádí, stavy se upraví po důsledném dodržování abstinence. Na rozdíl od standardní epilepsie v rámci EEG nedochází k patologickým změnám (SOVINOVÁ a kol., 2003), (STEVEN, 2006).

Bývají poškozeny i periferní nervy. Časté jsou bolesti dolních končetin, parestázie, lokální křeče a svalová slabost. Na počátku se změny projeví na dolních končetinách, avšak poškození může progredovat a projevit se na horních končetinách. Při pokračování v alkoholismu tak dochází k alkoholické polyneuropatii, stav nelze vyléčit, jediným kauzálním řešením je pouze trvalá abstinence (NEŠPOR, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.3 Onemocnění gastrointestinálního traktu

Bezprostředně po požití velkého množství alkoholu může dojít ke zvracení až pylorospasmu. U alkoholiků dochází až 6krát častěji k rozvoji divertiklů jícnu. Ohroženi jsou taky vznikem hiátové hernie. Závažným problémem bývá vznik jícnových varixů, které vznikají na podkladě jaterní cirhózy jako jejich komplikace. Způsobují velmi nebezpečná krvácení do GIT. V důsledku poškození mukózy žaludku v místech, kde ústí jícen, může docházet k častým zvracením až k hematemazi. Jedná se o tzv. Mallory-Weissův syndrom (NIAAA, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Postupem času dochází také k poškození jater, obecně k alkoholické chorobě jaterní a k alkoholické hepatopatii. K chorobným změnám jaterní tkáně dochází již při konzumaci 15 g alkoholu denně. Dále bývá přítomna hepatomegalie jako důsledek steatózy jater, diagnostika se opírá o fyzikální a sonografické vyšetření. Klient je dále ohrožen vznikem fibrózy jater a stav může progredovat až k cirhóze. Bylo dokázáno, že konzumace 60 g alkoholu u mužů a 20 g u žen po dobu 5 let je velkým rizikovým faktorem pro vznik jaterní cirhózy. Až polovina případů jaterních cirhóz v ČR je způsobena alkoholismem. Pokud v tomto stadiu onemocnění dojde k vysazení alkoholu a dodržení abstinence, přejde onemocnění do stadia tzv. inaktivní jaterní cirhózy, jaterní parenchym již jeví nevratné změny. Fibrotická tkáň je více ohrožena vznikem onkologických onemocnění, než tkáň neporušená (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Dalším rizikem je vznik hepatitid. Diagnostickým vodítkem je biochemické vyšetření krve, projevuje se elevací alkalické fosfázy, transaminázy a gama-glutamyltransferázy. Klinické příznaky bývají nespecifické, onemocnění bývá provázeno nechutenstvím a únavou. Zvláště nebezpečný je rozvoj pankreatitid z hlediska následné vysoké úmrtnosti. K akutní pankreatitidě může dojít již po nárazovém požití alkoholu, přičemž příznaky se projevují po 12 až 48 hodinách po alkoholovém excesu. Klinický obraz má symptomatologii náhlé příhody břišní. Velice špatnou prognózu má typ hemoragicko-nekrotický. K tomuto typu pankreatitidy dochází přibližně ve 12 % případů. Chronické pankreatitidy na podkladě abúzu alkoholu v rámci naší populace mají relativní četnost až 50 %, u specifického typu chronické kalcifikující pankreatitidy má alkohol na svědomí až 60 % případů (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.4 Metabolická onemocnění

Klinický obraz metabolických poruch při dlouhodobém alkoholismu je rozmanitý. U některých abuzérů dochází k podvýživě či naopak k obezitě. Časté jsou hypovitaminózy, zejména z řady vitaminů B, dále poruchy metabolismu glycidů či hypoglykémie. Hypoglykémie je častá nalačno, po následné glukózové zátěži glykémie rapidně stoupá a tento aspekt může vést až k rozvoji posthyperglykemické hypoglykémie. Metabolismus proteinů je také nepříznivě ovlivněn, zhruba u 1/2 konzumentů dochází k depleci objemu albuminů pod hladinu 35 g/l. Dochází také k redukci agregace, důvodem je snížená tvorba koagulačních proteinů v rámci jater. Bývá také zvýšena tvorba HDL, které jsou důležité pro návrat cholesterolu z cévního řečiště do jater (NEŠPOR, 2007), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

HDL má v tomto případě relativně protektivní charakter, který lze připsat inhibici LDL paraoxynázou. Elevace hladiny LDL významně zvyšuje riziko onemocnění aterosklerózou. Protektivní účinek na kardiovaskulární systém tedy nemůže být potvrzen, neb paralelně dochází ke zvýšení celkového cholesterolu asi u 70 % abuzérů a hodnoty cholesterolu zde nabývají hodnot mezi 5,3 až 8,45. Zaznamenány byly i poruchy metabolismu triacylglycerolu, u jedné poloviny alkoholiků jsou hladiny v referenčních hodnotách, u druhé poloviny může být hladina snížena či naopak zvýšena (ROERECKE et al., 2015), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Negativně ovlivněn je také metabolismus kyseliny močové, kdy hladina bývá zpravidla zvýšená, manifestuje se hyperurikémií. Porušen bývá i metabolismus kalia a železa a porfyrinů. Chronický alkoholismus se také projevují změny v hodnotách enzymů. Nejspolehlivější k diagnostice chronického užívání alkoholu je hladina GGT a fosfázy. Při zánětlivých procesech v játrech bývají typické elevace hladin ALT a ASP (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.5 Endokrinní onemocnění

Alkohol svým specifickým působením může také negativně ovlivňovat žlázy s vnitřní sekrecí. V důsledku deplece glykogenu v játrech za zvýšené tvorby inzulínu dochází k hypoglykémii. Riziko hypoglykemických stavů bývá spojeno i s požitím malých dávek alkoholu. Alkoholismus je také rizikovým faktorem pro vznik diabetu mellitu. Hladina

testosteronu s chronickým pitím alkoholu postupně klesá a může vyústit až v atrofii varlat a k impotenci (NEŠPOR, 2007), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.6 Onkologická onemocnění

Alkohol nemá primárně kancerogenní vliv, ačkoli se o této hypotéze uvažuje. Bývá uváděn spíše jako rizikový faktor. V minulosti byla popsána souvislost mezi konzumací piva a vznikem kolorektálního karcinomu. Výskyt karcinomu dutiny ústní je u alkoholiků 2,5krát častější než u abstinentů a u alkoholiků, kteří jsou zároveň kuřáky, je výskyt vyšší až 24krát. Maligní onkologická onemocnění postihují i slinivku břišní, žaludek a játra, jícen a tenké střevo (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.7 Infekční onemocnění

V rámci organismu dochází také k útlumu imunitních procesů na úrovni buněčné a humorální. Signifikantní je pokles baktericidních schopností, k útlumu makrofágů v plicních sklípcích a také neutrofilů. Alkoholici jsou náchylnější k onemocnění TBC častěji než lidé abstinující. Častěji dochází také k recidivě infekcí a generalizovaným infekcím, tzv. superinfekcím, toto může způsobit až patologickou přeměnu plicní tkáně, která bývá doprovázena přítomností BK ve sputu, z hlediska epidemiologického se tedy jedná o velké riziko. Riziko výskytu a přenosu pohlavních onemocnění je také zvýšeno a to v důsledku nezdrženlivého sexuálního chování ve vztahu ke ztrátě zábran při konzumaci alkoholu (NIAAA, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.8 Onemocnění kůže a svalů

Klinickým obrazem alkoholika stran dermatologických projevů bývá *facies alcoholica*, v obličejové části dochází k úbytku podkožního tuku, oční víčka bývají překrvená, praskají ústní koutky, v důsledku hypovitaminózy vitamínu B. Objevuje se *rosacea* a *rinofyma* na nose. Kůže bývá mramorovaná, na kůži se objevuje dermatografismus červené a bílé barvy. Pro jaterní cirhózu je typický výskyt *caput medusae* na kůži břicha. Na nehtech se může projevit *lekonychia striata*, jde o proužkování bílé barvy. Patofyziologické pochody v játrech se navenek můžou projevit i vznikem *porfyría cutanea tarda*, jde o kožního puchýře tmavého koloritu. Z hlediska

svalového systému dochází až k alkoholické myopatii, která bývá doprovázena svalovou hypotrofií (SOVINOVÁ a kol., 2003).

2.3.9 Teratogenní účinky alkoholu

Konzumace alkoholu v těhotenství může vážně ohrozit vývoj plodu a vést k poruchám vývoje jak po somatické, tak i po psychické stránce. Obecně se hovoří o tzv. fetálním alkoholovém syndromu. Mezi nejčastější projevy patří postižení CNS, růstové poruchy plodu, poruchy nosního můstku dítěte, zúžení orbit, antimongoloidní postavení očí a nižší položení uší (NEŠPOR, 2010), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

3 Agresivní projevy vyvolané alkoholem

Jak již bylo popsáno, alkohol působí excitačně na centrální nervový systém. U konzumenta alkoholu dochází také ke zvýšení sebevědomí, ke snížené sebekritice. Riziko agresivního jednání se těmito faktory podstatně zvyšuje i u zdravých jedinců. U jedinců se zvýšenou dráždivostí, jedinců s explozivním jednáním stran určitých situací či nemocné s určitými duševními poruchami působí alkohol v tomto ohledu ještě více excitačně a riziko potenciální agrese stoupá (WENKE et al., 1990).

Právě agresi klientů týkající se nejen přednemocniční neodkladné péče by měla být věnována větší pozornost. Cílená agrese vůči zdravotnickému personálu v poslední době stále stoupá, napadení lékařů a záchranářů a dalšího zdravotnického personálu není výjimečnou situací. Přijatelné snížení těchto rizik lze docílit dodržováním zásad správné komunikace s intoxikovaným klientem. Agresivní projevy klientů nemusí být vždy nutně mířeny pouze proti zdravotnickému personálu či proti okolí klienta obecně, agrese může být mířená také proti vlastní osobě. Alkohol kromě svých excitačních účinků významně posiluje i depresivní stavy, u jedinců se sebevražednými sklony alkohol tyto duševní pochody ještě více umocňuje. Nebezpečné je i zvýšení rizika u jedinců trpících sebepoškozováním (URBAN, 2014).

Užívání alkoholu je dále nebezpečné u jedinců s duševními poruchami, jako je například schizofrenie či depresivní psychóza. Dochází k prohloubení depresivních stavů, k dekompenzaci psychických onemocnění a nebezpečné jsou také interakce alkoholu s užíváním psychofarmak. Zejména léčiva z řady antipsychotik a benzodiazepinů tvoří v kombinaci s alkoholem nebezpečnou substanci a může docházet k řadě dalších komplikací ohrožujících zdraví klienta a jeho okolí (NEŠPOR, 2010).

V případech napadení záchranářů a lékařů v rámci Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy byl klient v 90 % pod vlivem alkoholu. V období od ledna 2003 do března 2003 bylo hlášeno 46 takových případů. Nicméně, verbální agrese ze strany opilých klientů je na zdravotnických záchranných služeb takřka běžnou rutinou a počet takových případů má stále stoupající trend (NEŠPOR a kol., 2004).

3.1 Zásady komunikace s intoxikovaným

Osvojení si zásad správné komunikace s agresivním klientem je pro zdravotnického pracovníka důležité z hlediska předcházení zbytečným konfliktům, které mohou vygradovat až ve fyzické napadení zdravotníka. Toto téma se stává čím dál tím více aktuálnějším v souvislosti s nárůstem počtu případů napadených záchranářů. Objektivními vodítky, kdy je třeba mít se na pozoru a kdy je možné, že se klient bude chovat agresivně, jsou projevy nervozity, přehnaná gestikulace, dlouhotrvající oční kontakt, psychomotorické napětí, nápadné dýchání s nepravidelnými intervaly, nestandardní chování se k okolí – bouchání do stolu, kopání do věcí, atp. Dalšími příznaky mohou být sevřené ruce v pěst, hlasitý projev s užíváním invektiv a vulgarismů. Často dochází k porušení osobní zóny (URBAN, 2014).

V první fázi bývají dva neúčinnější postupy. První variantou je na agresivní projevy reagovat, pokládat stručné a srozumitelné otázky, snažit se nalézt meritum klientovy agrese a také si získat čas na rozmyšlenou. Druhou variantou je nereagovat, tedy bez emocí si vyslechnout projev agresora. Omluvit se a ujistit klienta, že dojde k nápravě skutečností, které v něm vyvolaly agresi (ZACHAROVÁ, 2009).

V rámci další komunikace s klientem je zapotřebí dodržovat některé ze zásad. Hlavním principem je nereagovat na agresi agresí. Tím se agresivní projevy ze strany klienta pouze umocní a často pak dochází právě k fyzickému napadení. Podstatné je zachování klidu, snažit se co nejrychleji nalézt důvod, proč klient reaguje na vzniklou situaci právě tímto způsobem. Nutné je dát najevo pochopení, být empatický, vyslechnout klientovo stanovisko. Během rozhovoru je důležité zachovávat si bezpečný odstup, přivolat si jako svědka další osobu, kolegy. Dalším aspektem je, aby klient nabyl dojmu, že jsou jeho požadavky či stížnosti akceptovány, místo zde není pro lhaní a slibování nemožného (ZACHAROVÁ, 2009).

Zásadou je projevení nesouhlasu s agresivním postojem klienta, ale ne nesouhlasu s klientem. Pokud je to v možnostech personálu, klientovi by mělo být vyhověno, pokud jsou požadavky nereálné, je nezbytné vyjádřit soucítění s negativními důsledky rozhodnutí a klidným hlasem vysvětlit dané stanovisko. Z vytěžených informací a vzhledem k dalším okolnostem je nezbytné dospět ke konkrétnímu závěru a ten klientovi sdělit a ujistit se, zda všem informacím porozuměl (ZACHAROVÁ, 2009).

Důsledné dodržování těchto zásad má zásadní význam pro zmírnění agresivních projevů a usnadňuje komunikaci. Dále je možné během celého rozhovoru využít uklidňujících prvků, které také snižují riziko, že celá situace skončí fyzickou agresí (ZACHAROVÁ, 2009).

Nutností není být během konfrontace za všech okolností dominantní. Uklidnit lze také pomalejší expresí, díky sugesci se postupně začne zpomalovat i verbální projev agresora. Každé sdělení je nejlepší podat výstižně a srozumitelně. Dobré je negestikulovat, řeč těla by měla být také klidná a měla by korespondovat s verbálním projevem. Oční kontakt je doporučeno udržovat, ale v intervalech jej přerušovat. Klientovi je možné nabídnout posazení. Po celou dobu je signifikantní mít promyšlenou únikovou cestu, nebýt daleko od dveří, během komunikace také sledovat klienta, zachovat klid a všimát si detailů, ujistit se, zda není klient ozbrojen. V případě, kdy již není možné situaci žádnými komunikačními prostředky zklidnit a dojde k fyzickému napadání, ohrožení zdravotnického personálu či dalších osob, je nezbytné okamžitě hlasitě volat o pomoc a ihned na místo přivolat PČR (NEŠPOR a kol., 2004), (ZACHAROVÁ, 2009).

Pokud dojde k napadení, tato zkušenost pro zdravotníka bývá velmi negativní. Časté jsou pocity profesního selhání, sebeobviňování. Dochází však k určitým situacím a okolnostem, kdy není v silách personálu agresii eliminovat či alespoň zmírnit, nejedná se o pochybení zdravotníka. Nutno zmínit, že tyto zásady přesto nejsou univerzální a reakce na stresové situace může být u každého odlišná. Ke každému klientovi je třeba zachovat individuální postoj a hlavně vstřícný a humánní přístup (URBAN, 2014).

4 Závislost

Závislost jako taková je definována splněním znaků závislosti a odpovídá definici dle MKN-10. Syndrom závislosti obecně má statistický kód F1*n*.2, místo *n* se doplní příslušná substance. Závislost na alkoholu je pod kódem F10.2. Celá skupina onemocnění F10 obsahuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu. Doplňkový koeficient 2 za tečkou označuje závislost. Definice syndromu závislosti dle MKN je následující (URBAN, 2014):

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných substancí. Patří sem chronický alkoholismus, dipsomanie, toxikomanie (KOL. AUTORŮ, 2009, s. 198).“

K diagnostice syndromu závislosti je třeba, aby byly splněny tři a více z následujících znaků:

1. Craving (silná touha po užívání látky)
2. Zhoršené sebeovládání ve vztahu k látce
3. Somatický odvykací stav
4. Vzrůst tolerance
5. Ztráta zájmu o jiné aktivity
6. Pokračování v užívání i přes varování odborníků (NEŠPOR, 2011b)

4.1 Znaky závislosti

O závislosti se pojednává v případě, kdy je u potenciálně závislého jedince splněno 3 a více z následujících znaků za období jednoho měsíce či v kratších intervalech v rámci jednoho roku.

Prvním znakem závislosti je pocit puzení či bažení po návykové látce, tzv. *craving*. WHO definovala *craving* v roce 1955, jedná se o nepřekonatelnou touhu užívat látku, se kterou měl jedinec již dříve zkušenost (NEŠPOR, 2011b).

V této době byl vytvořen také koncept, který od sebe odlišuje psychický a fyzický *craving*. Později bylo potvrzeno, že při fyzickém a psychickém *cravingu* dochází k odlišným změnám v mozku (ISBELL, 1955).

Fyzický *craving* se projevuje touhou po látce krátce před či po odeznění jejich účinku, naopak psychický *craving* může být vyvolán za delší dobu od užití látky. Bývají přítomny poruchy paměti, snižuje se rychlost reakcí, přítomen může být atypický obraz na elektoretinogramu. Během *cravingu* dochází k aktivaci konkrétních částí mozku, aktivní je amygdala, limbický systém, mozeček, aktivován je také dorzolaterální prefrontální kortex. Dochází také k hypertenzi a k tachykardii. Přítomno bývá také zvýšené slinění, pocení se zvyšuje, teplota kůže klesá. *Craving* je významným rizikovým faktorem pro recidivu užívání (NEŠPOR, 2011b).

Druhým znakem je *zhoršené sebeovládání* ve vztahu k látce. *Craving* sebeovládání významně narušuje, avšak nemusí to být pravidlem. *Craving* nemusí být přítomen, přitom je porušeno sebeovládání ve vztahu k látce a naopak. Zhoršené sebeovládání se může bez předchozího *cravingu* projevit při špatném sebeuvědomění, to může souviset i s přetěžováním organismu. Ke zhoršení sebeuvědomění může nastat i v souvislosti s látkou, který závislost původně nezpůsobila, avšak nahrazuje účinky látky, na které je jedinec závislý. *Craving* i zhoršené sebeovládání jsou spojeny s navštěvováním rizikového prostředí, to je čistě individuální a bývá spojeno s právě s abúzem látky. Pozitivních výsledků lze docílit nácvikem asertivního jednání, zejména pak umění říci „ne“. Prospěšné není ani uvědomělé popírání *cravingu*, krátce na to vzniká úzkost a ta může ve výsledku pocit bažení ještě více posílit (NEŠPOR, 2011b).

Dalším ze znaků je *odvykací stav*. Pro diagnostiku odvykacího stavu musí být splněno několik kritérií. Klinické projevy musí korespondovat se symptomy abstinčního syndromu popsaného v oddíle 2.2.2, přičemž nesmí být zaměnitelné za symptomy jiného onemocnění a v blízké minulosti muselo dojít k vysazení či redukci dávek látky (NEŠPOR, 2011b).

Čtvrtým znakem je *vzrůst tolerance*, k navození stejného účinku je tedy potřeba stále vyšší množství látky, která vyvolala závislost. Metabolismus alkoholu v játrech se po čase zvyšuje a dochází také k poklesu reakcí CNS k alkoholu (NEŠPOR, 2011b).

Pátý znak se vyznačuje *ztrátou zájmu o jiné aktivity*, které závislý dříve vykonával rád. Zvyšuje se zde čas, který závislý potřebuje k shánění, užívání návykové látky a k následnému zotavování se z účinků. Proto dochází k útlumu a ztrátě zájmu o jiné aktivity, zanedbávání povinností. Tento znak souvisí do určité míry s cravingem a se zhoršeným sebeuvědoměním. U uživatelů opiátů je například naprostá většina času věnována shánění, užívání návykové látky a následným zotavováním se. V případě závislých na alkoholu odpadá shánění drogy, alkohol je volně dostupný. Po léčbě závislosti a následném dodržování abstinence je třeba čas, který byl dosud věnován návykové látce, smysluplně vyplnit aktivitami a fyzickou prací (NEŠPOR, 2011b).

Posledním znakem závislosti je *pokračování v užívání látky přes varování odborníků*. Ke splnění podstaty tohoto znaku je třeba splnění předpokladu, že je závislý o negativních dopadech užívání látky dostatečně informován. V léčbě projevů závislosti je důležitá práce s motivací závislého a práce s obrazem negativních aspektů, které návyková látka v životě závislého způsobuje (NEŠPOR, 2011b).

4.2 Diagnostika závislosti na alkoholu

Jak již bylo popsáno, diagnostika závislosti vychází ze znaků závislosti, přičemž pro určení syndromu závislosti je třeba splnění 3 a více znaků. Syndrom závislosti na alkoholu je dle MKN-10 odlišovat od škodlivého použití a od rizikového pití alkoholu, které v rámci MKN není uvedeno, jedná se o případ, kdy ještě nedošlo k poškození, ale v případě pokračujícího abúzu by dříve či později dojít mohlo (NEŠPOR, 2011b).

Avšak dle anamnézy od klienta nemusí být na první pohled zřejmé, zda jde skutečně o závislost. Může docházet k zatajení informací, klient může pociťovat v této souvislosti stud či upadat do depresivních stavů, a tak nemusí být diagnostika vždy jednoznačná. V prvním kontaktu s klientem se využívá dotazníku CAGE, ten je využíván zpravidla na úrovni praktických lékařů. Pro sofistikovanější diagnostiku na úrovni psychiatrie se využívá relevantnějšího a podrobnějšího dotazníku AUDIT, jehož znění je uvedeno v přílohách (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Dotazník CAGE

1. Cítil jste někdy potřebu své pití snížit?
2. Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití?
3. Měl jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny?
4. Pil jste někdy alkohol ihned po ránu, abyste se uklidnil nebo se zbavil kocoviny?

(KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2013)

Test byl vytvořen v USA Dr. Johnem Ewingem, v roce 1991 byl doplněn o otázky týkající se i dalších drog. Název testu vychází z původní anglické verze z počátečních písmen anglických výrazů korespondujících s významem jednotlivých položek testu.

Cut – omezení pití

Annoyed – podráždění v souvislosti s kritikou

Guilt – pocity viny

Eye-opener – nutnost požití alkohol po ránu (KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2013)

Výhodou metody je její dostupnost, dotazník je časově nenáročný a snadno zapamatovatelný. Pokud klient na odpověď odpoví „ano“, je přidělen 1 bod, minimální skóre je tedy 0, maximum pak 4. Vysoké podezření na syndrom závislosti na alkoholu je již při 3 bodech, přičemž čtvrtá položka dotazníku je z hlediska závislosti velice významná, koresponduje totiž s jedním z kritérií uvedených v MKN-10. Při skóre 2 bodů je podezření na závislost, zejména pak u ženské populace, skóre 1 naznačuje, že by měla být provedena další vyšetření, podrobnější sběr anamnézy v této souvislosti (KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2013).

4.3 Terapie závislosti na alkoholu

Léčba syndromu závislosti na alkoholu je realizována na specializovaných pracovištích psychiatrie a jedná se o léčbu dlouhodobou a komplikovanou. Hlavní důraz není kladen jen a pouze na odstranění somatických následků, ale především na důsledné dodržení abstinence v období po ukončení ústavní terapie. Doba ústavní léčby se pohybuje v rozmezí od 3 do 4 měsíců. Součástí je další navštěvování specializované

ambulance. Dřívější léčba syndromu závislosti byla založena na získání podmíněného reflexu klienta, kdy si alkohol asocioval s negativními prožitky. Toho se zpravidla docílilo podáváním apomorfinu v kombinaci s dalšími látkami navozujícími zvracení (WENKE et al., 1990).

V dnešní době se léčba realizuje za pomoci podávání disulfiramu, který blokuje metabolismus alkoholu na úrovni acetaldehydu a po požití alkoholu v gramáži již 10 – 20 g dochází k akceleraci srdeční akce, hypotenzi, nauze a zvracení. Mechanismem je blokace aldehydoxidázy a k tomu je zapotřebí dávky v rozmezí 250 – 500 mg disulfiramu. Tato léčba je vzhledem ke klinickým projevům riziková a v počátcích terapie je tedy nutná monitorace klienta v klinickém zařízení. Pokud by závislý při této léčbě požil větší množství alkoholu, mohlo by dojít k ohrožení kardiovaskulárního systému, k poruše gastrointestinálního traktu, k poruchám krevetvorby a k poškození ledvin, za toxického působení acetaldehydu (NEŠPOR, 2010), (WENKE et al., 1990).

Intoxikace acetaldehydem se léčí symptomatologicky, farmakoterapeuticky se řeší zavedením oxygenoterapie a podáním analeptik. Léčba disulfiramem se může zavést pouze po předchozím informovaném souhlasu klienta, přičemž klient musí znát všechna rizika související s touto terapií. Disulfiram je známý pod obchodním názvem ANTABUS® a podává se per os (NEŠPOR, 2010).

Léčba disulfiramem se vzhledem k rizikům provádí v prvních fázích zpravidla na úrovni psychiatrických oddělení, disulfiram by měl být podáván výhradně zdravotníkem. V dalších fázích je možné podávání v rámci dispenzární péče. Dříve bylo běžné provádět tzv. alkohol-disulfiramovou reakci, kdy klientovi bylo podáno malé množství alkoholu a 2 – 3 dávky disulfiramu tak, aby znal přímá rizika nedodržení abstinence. V současné době se tato zkouška již neprovádí (NEŠPOR, 2010).

K potlačení cravingu je vhodné u závislých podávat naltrexon, do určité míry supluje euforizující efekty alkoholu. Kvůli projevům úzkosti během léčby se dále může podávat akamprosát, topiramát či baklofen. Důraz je během léčby kladen na komplexní psychoterapii, skupinová sezení, metody posilování motivace a kognitivně-behaviorální terapie. Dále je třeba klienta po dobu léčby informovat o všech aspektech závislosti, abstinence, zajistit spolupráci s rodinou klienta. Velký význam má tzv. krátká intervence, využívat ji mohou jak lékaři, tak i zdravotní sestry a v současné době se jedná o jednu

z neefektivnějších metod v léčbě obecně. Krátkou intervencí lze využít zejména v raných stádiích závislosti (HYNIE, 2001), (NEŠPOR, 2010).

4.4 Prevence závislosti na alkoholu

Efektivní systém prevence zahrnuje různé elementy, které jsou mezi sebou provázány. Tento model se nazývá *Community Based Prevention*, tedy prevence zakotvená ve společnosti. Prevence je uskutečňována na mnoha úrovních (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Na úrovni jednotlivce lze problémům s alkoholem předejít střídou konzumací alkoholu do dávky 24 g za den u mužů a 16 g denně v rámci ženské populace. Existuje však skupina lidí, která by měla zcela abstinovat. Jedná se o nemocné se zdravotními problémy, které by alkohol dále zhoršoval, dále pak ti, kdo užívají léky, jež nebezpečně interagují s alkoholem a dále osoby řídící dopravní prostředky, jedinci se sklony k násilným činům, těhotné ženy, děti a adolescenti a lidé na alkoholu závislí. Signifikantní je také prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, je důležité vyhledávat takovou společnost, která usnadní zdravý životní styl. Nevhodné je se většinu času stýkat s lidmi, kteří nadměrně konzumují alkohol či s uživateli drog. Důležitá je také relaxace, udržování smysluplných zájmových činností, kladení si dosažitelných cílů v životě, oddělovat soukromý a profesní život, udržovat zdravý životní styl a aktivně pečovat o své zdraví (SOVINOVÁ a kol., 2003).

V rámci rodiny je nezbytné mít potřebnou důvěru dítěte, naslouchat mu, umět otevřeně hovořit o problematice drog, snažit se zajistit zájmové aktivity, pomoci dítěti osvojit si správné hodnoty, které ho naučí drogy odmítnout. Základem je také nastavení efektivních rodinných pravidel, pomoc dítěti s rozlišováním dobré a nevhodné společnosti, naučit ho vyhýbat se rizikovým skupinám. Práce s motivací dítěte je v rámci rodiny nezbytná (SOVINOVÁ a kol., 2003).

V rámci společnosti je pak neefektivnějším mechanismem redukce spotřeby alkoholu. Byla vytvořena hypotéza, která říká, že redukce spotřeby alkoholu v některých evropských státech o 1 litr 100 % alkoholu per capitam za rok by vedlo ke snížení mortality o 1,3 % (HER et al., 1998).

Zásadními faktory pro prevenci na úrovni společenské jsou cena alkoholu, daňová regulace, omezení dostupnosti alkoholu, podmínka licence k jeho prodeji, dále omezení

věková, omezení týkající se rizikových činností, mediální prevence, regulace reklam souvisejících s alkoholem, prevence ve školním prostředí, zajištění efektivní léčby pro závislé a integrace, tedy vytvoření národních programů, akčních plánů týkajících se alkoholu (URBAN, 2014).

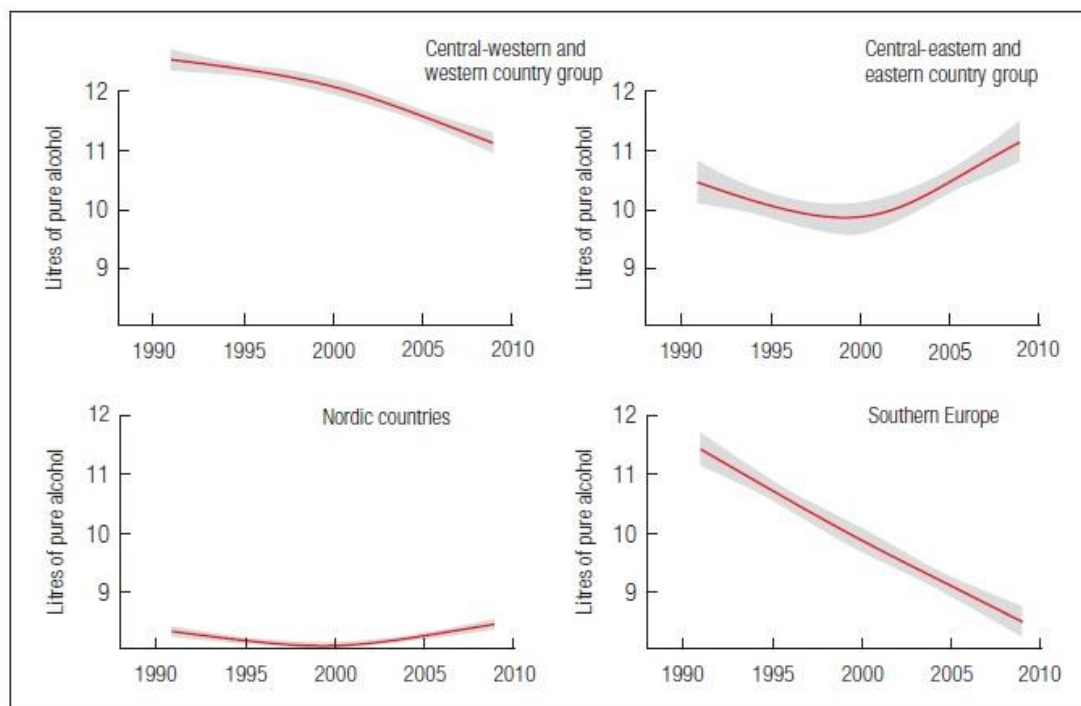
Důležitou roli hraje prevence již ve školním prostředí jedince. V minulosti bylo v rámci českých adolescentů také dokázáno, že existuje souvislost mezi užíváním alkoholu a tvrdých drog. U dospívajících, kteří měli v posledním měsíci zkušenost s alkoholem k je 3,4krát vyšší riziko zkušenosti s heroinem a pervitinem (NEŠPOR a kol., 2002).

5 Spotřeba alkoholu v Evropě

V rozmezí let 1990 až 2010 je obecně pozorován pokles spotřeby alkoholu na obyvatele evropských států. Tento pokles může souviset s intervencemi Světové zdravotnické organizace a také s Evropským akčním plánem. Graf 1 popisuje odlišné trendy ve spotřebě alkoholu v různých oblastech Evropy.

Pokles ve spotřebě alkoholu je nejvíce patrný ve státech jižní Evropy (-28,2 %). Významný pokles byl také ve skupině středozápadních a západních států Evropy (-12,5 %). Na severu je pak patrný pokles a následný vzrůst spotřeby, v roce 2010 je spotřeba oproti roku 1990 celkově vyšší o 1,6 %. Trend s podobným charakterem, avšak s vyšším vzrůstem spotřeby je ve skupině středovýchodních a východních států Evropy, kde spotřeba vzrostla o 7,3 % na obyvatele (WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2012), (WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013)².

Graf 1 Trendy v konzumaci alkoholu v Evropě



Zdroj: WHO Regional Office for Europe, 2013, 6

² překlad autora

Mezi středozápadní a západní skupinu států Evropy řadíme Rakousko, Belgie, Francii, Německo, Irsko, Lucembursko, Nizozemí, Švýcarsko a Velkou Británii. Do středovýchodní a východní skupiny patří Bulharsko, Chorvatsko, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Litva, Lotyšsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Slovinsko. Země severní Evropy zahrnují Dánsko, Finsko, Norsko a Švédsko. Do států jižní Evropy patří Kypr, Řecko, Itálie, Malta, Portugalsko a Španělsko (WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013).

Pro účely statistiky se spotřeba alkoholu vyjadřuje v *litrech 100% alkoholu* na osobu (včetně dětí) za 1 rok.

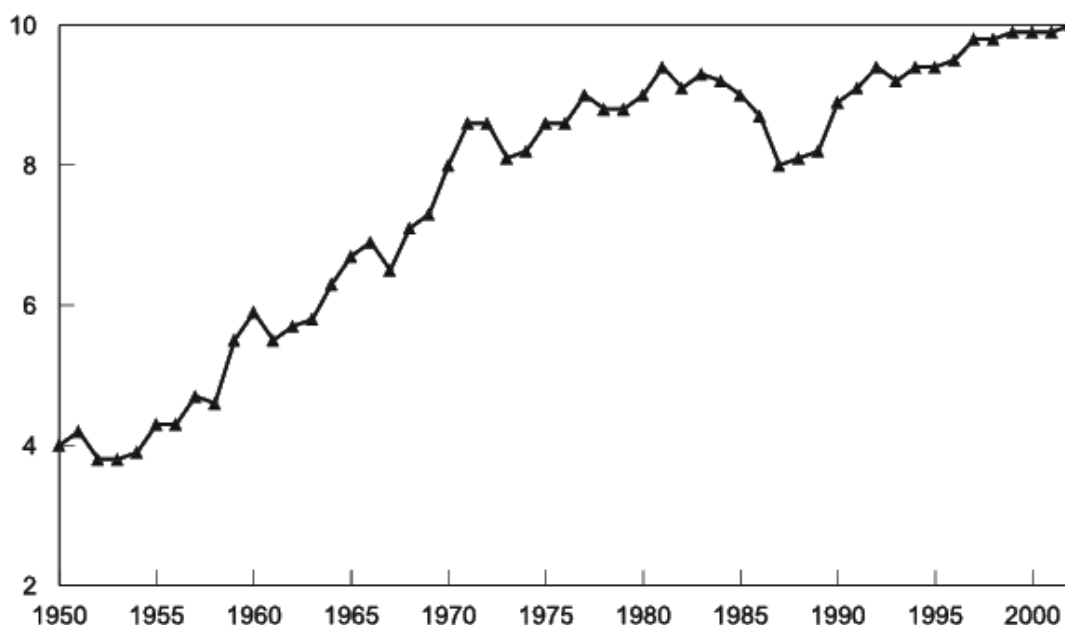
Celkový pokles spotřeby alkoholu v Evropě v letech 1990 – 2010 byl způsoben radikálním snížením spotřeby alkoholu v jižních státech a má pozitivní vliv na zdraví populace. Výrazný pokles pozorovaný také v zemích středozápadní a západní Evropy nejvíce ovlivnil pokles konzumace alkoholu ve Francii. Výjimku tvoří Velká Británie, kde byl mezi lety 1990 – 2005 zaznamenán nárůst spotřeby z 10 l na 11,2 l na osobu za rok. Spotřeba v roce 2010 klesla, avšak oproti roku 1990 došlo ke zvýšení spotřeby o 3 %. Ve skupině středovýchodních a východních zemí je pozorován vzrůstající trend od roku 2000 do 2010, data mohou být ale zkreslená, protože v některých zemích chybí dostatečná evidence spotřeby alkoholu. V této skupině států je významná prevalence rizikového pití alkoholu a intoxikací alkoholem. V severních státech Evropy došlo od roku 2000 do roku 2010 ke zvýšení spotřeby (WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013).

Alkohol je charakterizován jako rizikový faktor pro předčasnou mortalitu obyvatel Evropy. Podíl alkoholu na celkové mortalitě je vysoký, výzkumy Světové zdravotnické organizace se zaměřují na tři hlavní příčiny úmrtnosti spojené s alkoholem. Jsou to onkologická onemocnění, cirhóza jater a traumata způsobená alkoholem. Ve středovýchodní a východní skupině států má alkohol nejvyšší podíl na mortalitě obyvatelstva. Jedná se zejména o Maďarsko, Rumunsko a Pobaltí, na 1000 úmrtí zde připadá více než 75 případů smrti na komplikace způsobené užíváním alkoholu. Za pomoci regresní analýzy bylo dokázáno, že existuje jasná korelace mezi mortalitou a spotřebou alkoholu. Se zvyšující se spotřebou alkoholu na obyvatele exponenciálně roste mortalita obyvatelstva (WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013).

5.1 Spotřeba alkoholu v České republice

Z hlediska výzkumů v této problematice je patrné, že alkohol negativně ovlivňuje celkové zdraví populace a je rizikovým faktorem jak pro vznik některých chorob, tak i mortality. Signifikantní je hypotéza, která hovoří o přímé souvislosti spotřeby alkoholu a mortality v populaci. Zvýšená spotřeba alkoholu vede ke zvýšení mortality, naopak snížení spotřeby vede ke snížení mortality obyvatel. V grafu 2 je znázorněn rostoucí trend spotřeby alkoholu v rámci populace ČR v letech 1950 až 2000 (HER et al., 1998), (URBAN, 2014).

Graf 2 Spotřeba alkoholu v ČR (v litrech 100% alkoholu na osobu)



Zdroj: SOVINOVÁ a kol., 2003, 36

V následujícím grafu 3 je opět zřejmý stoupající trend spotřeby alkoholu v populaci České republiky od roku 1990 do roku 2000. Dle reportu SZÚ průměrná spotřeba alkoholu v ČR po roce 2002 činila 10 litrů 100% alkoholu per capitam za rok, avšak dostupná data z databáze GISAH jsou odlišná, dle těchto dat byla průměrná spotřeba po roce 2000 13,2 litrů na osobu, pak je pozorován klesající trend a hodnota se v roce 2010 ustálila na téměř 12,7 litrech na osobu za rok (SOVINOVÁ a kol., 2003).

Graf 3 Spotřeba alkoholu v ČR do r. 2010 (v litrech 100% alkoholu na osobu)



Zdroj: GISAH, 2016

V České republice je nejvíce konzumovaným nápojem pivo (53,5 %), tedy 6,79 litrů alkoholu. Pak jsou nejvíce zastoupeny destiláty s objemem 3,3 litry (26 %). Posledním alkoholickým nápojem je víno s 2,6 litry (20,5 %). Tato data jsou aktuální k roku 2010. Spektrum konzumovaných alkoholických nápojů v ČR je znázorněno v grafu 4 (GISAH, 2016).

Graf 4 Spektrum alkoholických nápojů v populaci ČR

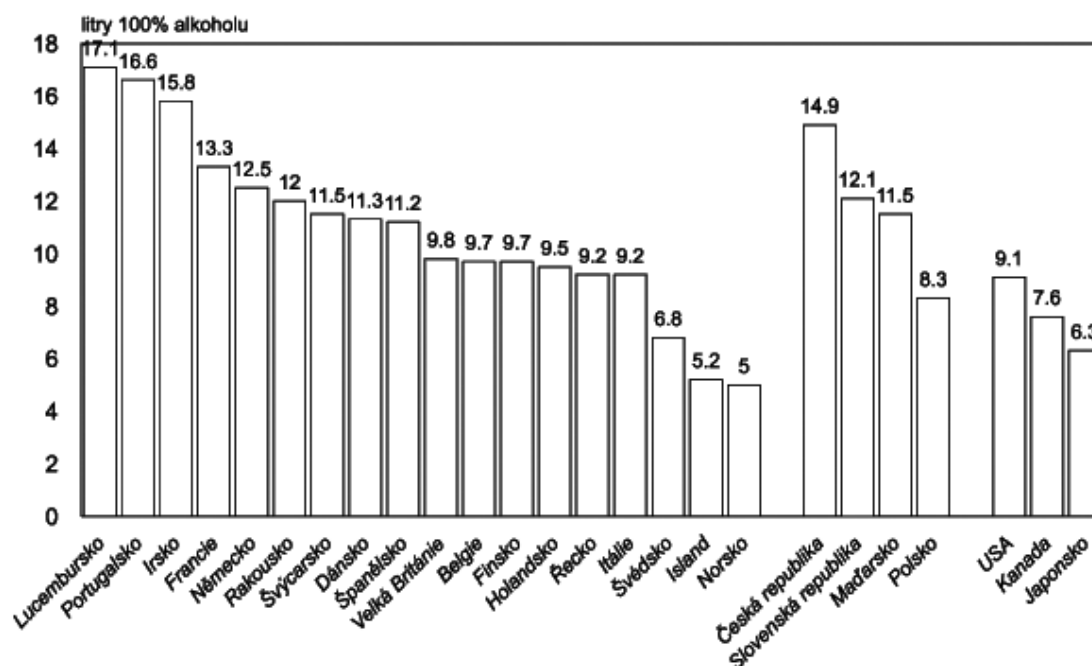


Zdroj: GISAH, 2016

Česká republika, co se týče konzumace alkoholu, tvoří v rámci evropských států významný podíl. Vzhledem ke klesajícímu trendu ve spotřebě alkoholu v jižních státech a naopak rostoucímu trendu ve skupině středovýchodních a východních států lze usuzovat, že míra spotřeby alkoholu v Portugalsku bude nižší než v populaci České republiky (URBAN, 2014).

Následující graf 5 poukazuje na průměrnou spotřebu alkoholu vybraných států. Data jsou aktuální k roku 2000, mají tedy pouze orientační charakter.

Graf 5 Spotřeba alkoholu ve vybraných zemích



Zdroj: SOVINOVÁ a kol., 2003, 36

5.1.1 Studie GENACIS (2002)

Tato studie byla cílená na spotřebu alkoholu v České republice u dospělých. Dle výsledků studie činila průměrná denní spotřeba alkoholu dospělého občana 16,6 g alkoholu. Přičemž denní spotřeba v ženské populaci činila 7,2 g a u mužů 26,4 g. U žen byla pozorována nejvyšší spotřeba alkoholu ve věkovém rozmezí 35 – 44 let. Pohlaví však není jediným faktorem ovlivňující spotřebu alkoholu, významným zkoumaným faktorem je například nejvyšší dosažené vzdělání. Obecně se prokázalo, že čím vyšší dosažené vzdělání, tím menší je spotřeba alkoholu. Tento znak je však lépe vyjádřen u mužů (SOVINOVÁ a kol., 1999).

V rámci studie GENACIS byly využity i některé otázky z dotazníku AUDIT. Studie také poukazuje na skutečnost, že amnézii po požití množství alkoholu mělo 23 % mužů a 5 % žen minimálně jednou za měsíc. Nauzea a bolesti hlavy byly uvedeny u každého desátého respondenta. Šetření u některých respondentů odhalilo také některé ze znaků závislosti na alkoholu, jednalo se zejména o psychomotorický neklid při abstinování, pití alkoholu po probuzení a další. Významným zjištěním je, že 2,3 % respondentů také uvedlo, že za poslední rok prodělalo úraz, který je asociován s požitím alkoholu (SOVINOVÁ a kol., 2003).

5.1.2 Studie HBSC (1998, 2002)

Studie HBSC byla orientována na konzumaci alkoholu u dětí školního věku. Bylo poukázáno na skutečnost, že první zkušenost s konzumací alkoholu mají děti již ve věku 11 – 13 let. Znepokojujícím zjištěním je, že u cca $\frac{1}{3}$ chlapců ve věku 15 let a téměř u $\frac{1}{4}$ děvčat již dochází k pravidelné konzumaci piva. Z hlediska intoxikací alkoholem činil v roce 2002 podíl intoxikovaných dětí ve věku 13 let 12 %. U dětí ve věku 15 let zde intoxikace měly relativní četnost již 38 % (SOVINOVÁ a kol., 2003).

5.1.3 Studie ESPAD (2003, 2007, 2011)

Studie ESPAD se soustředila na konzumaci alkoholu u populace adolescentů, zahrnuje studenty středních škol ve věku 16 let. Významným zjištěním byla skutečnost, že rizikové pití alkoholu je víceméně doménou chlapců, ale rostoucí trend má i pití alkoholu u dívek. V roce 2003 se rizikové pití alkoholu pohybovalo u chlapců okolo 17 - 23 % a u dívek mezi 8 – 13 %. Jedním z faktorů byl i typ školy. Vyšší konzumace alkoholu dosahovali studenti středních odborných učilišť a naopak nižší konzumace byla pozorována u studentů gymnázií a středních odborných škol (ESPAD, 2012), (SOVINOVÁ a kol., 2003).

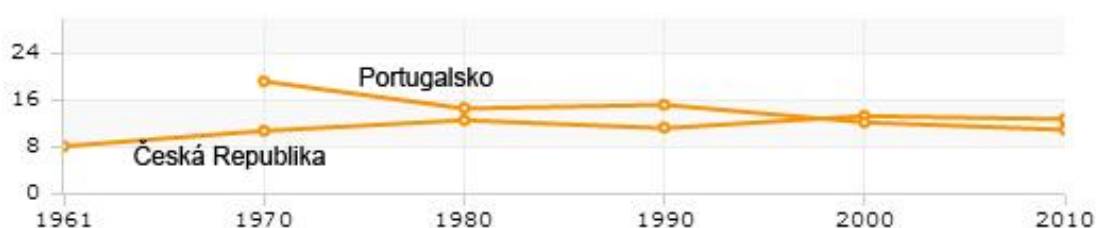
Z výsledků uvedených studií vyplývá skutečnost, že populace České republiky je obecně ke konzumaci alkoholu hodně tolerantní. Jednou z priorit do budoucna by mělo být cílené snížení spotřeby alkoholu v populaci.

5.2 Komparace spotřeby alkoholu v České republice a v Portugalsku

V letech od roku 1990 byl pozorován pokles spotřeby alkoholu v Portugalsku z 15,14 litrů, přičemž v populaci ČR byl patrný naopak vzrůst ve spotřebě z původní hodnoty 11,2 litry v témže roce. Spotřeba se v roce 2000 ustálila a v rámci portugalské populace činila již jen 12,13 litrů a v české populaci 13,22 litrů (GISAH, 2016).

V dalších letech až do roku 2010 byl pozorován pokles v rámci obou zemí, data pro rok 2010 se ustálila na *12,69 litrů* v ČR a v Portugalsku na *10,84 litrů*. Na tyto odlišné trendy ve spotřebě poukazuje graf 6 (GISAH, 2016).

Graf 6 Trendy ve spotřebě alkoholu v ČR a v Portugalsku



Zdroj: GISAH, 2016

Pro zajímavost lze zmínit skutečnost, že spotřeba alkoholu v Čechách byla původně nižší než v Portugalsku. V 70. letech byla spotřeba alkoholu v Čechách 10,7 litrů, zatímco v Portugalsku 19,21 litrů. Z nejstarších dat pro českou populaci vyplývá, že spotřeba alkoholu v roce 1961 byla pouhých 8,01 litrů (GISAH, 2016).

Aktuální data z OECD jsou poněkud optimističtější. Jedná se zde také o litry 100% alkoholu na osobu (15+) za rok. Dle OECD spotřeba alkoholu v ČR kolísala v rozmezí let 2010 a 2013 v intervalu od 11,4 do 11,6 litrů. Zatímco v Portugalsku byla spotřeba 10,8 litrů v roce 2010 a 10,3 litrů v roce 2011. Pro další léta nejsou data bohužel k dispozici (OECD, 2016).

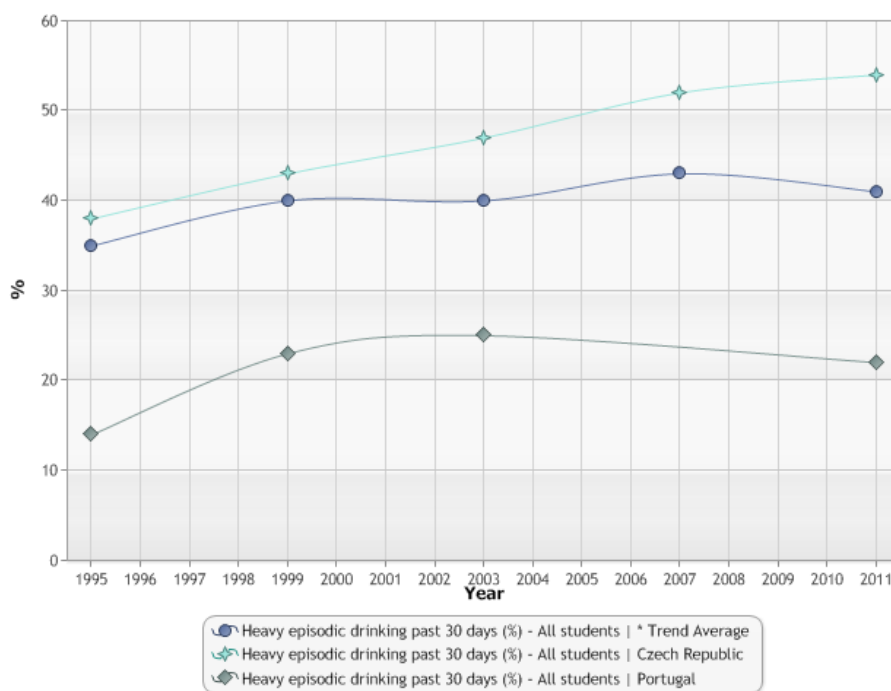
5.3 Alkohol u adolescentů v České republice a v Portugalsku

Jak již bylo zmíněno, alkoholem v rámci adolescentů se zabývá studie ESPAD. Kritéria pro hodnocení aspektů týkajících se návykových látek jsou následující:

1. Požití alkoholu za poslední měsíc [%]
2. Množství alkoholu při posledním požití [cl]
3. Kouření cigaret za poslední měsíc [%]
4. Požití vysokých dávek alkoholu za poslední měsíc [%]
5. Celoživotní užívání marihuany [%]
6. Celoživotní užívání těkavých látek [%]
7. Celoživotní užívání jiných nelegálních drog [%]
8. Celoživotní užívání sedativ bez lékařského předpisu [%]

Středoškoláci v České republice se v rámci této studie v roce 2011 pohybovali kolem průměru v rámci třech proměnných a to konkrétně celoživotní užívání jiných nelegálních drog, celoživotní užívání těkavých látek a množství alkoholu při posledním požití, zatímco hodnoty proměnné požití vysokých dávek alkoholu za poslední měsíc byly nadprůměrné. V rámci studie došlo k závažnému zjištění, že čeští studenti zkouší poměrně široké spektrum látek. Dalším zjištěním je skutečnost, že minimálně 70 % studentů již někdy konzumovalo alkohol. V ČR je dle výzkumu téměř nejvyšší prevalence ke konzumaci alkoholu, konkrétně znepokojivých 95 % a více. Asi 57 % středoškoláků uvedlo, že před průzkumem za posledních 30 dní alkohol konzumovalo. ČR se objevuje z hlediska těchto statistik na prvních místech i v souvislosti s jinými proměnnými. Z hlediska portugalských středoškoláků respondenti pohybovali kolem průměru v pěti proměnných a v podprůměrných hodnotách pro zbývající tři proměnné, například pro požití vysokých dávek alkoholu za poslední měsíc, u kterého hodnoty činily pouhých 22 % z celkového počtu respondentů. V komparaci s průměrnou hodnotou je četnost o 39 % nižší. Nižší hodnoty byly také u proměnné požití alkoholu za poslední měsíc. Rozdíly ve studovaných proměnných u středoškoláků jsou dobře patrné v následujícím grafu 7, který dobře vykresluje trendy mezi českými a portugalskými studenty (BJÖRN, 2012), (ESPAD, 2012).

Graf 7 Požití vysokých dávek alkoholu za poslední měsíc



Zdroj: ESPAD, 2012

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 Realizace průzkumu

V rámci praktické části byl proveden průzkum týkající se abúzu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči. Nejprve byla provedena pilotní studie na dvou výjezdových stanovištích Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje a to metodou dotazníkového šetření malého rozsahu a formou rozhovorů se zaměstnanci záchranné služby. Poté bylo provedeno dotazníkové šetření v rámci před-průzkumu. Z hlediska systémových chyb byl dotazník pozměněn a některé položky odstraněny.

Aktuální průzkum byl proveden opět na výjezdových základnách zdravotnické záchranné služby v České republice a na výjezdových základnách hasičského záchranného sboru v Portugalsku. Dotazník byl vzhledem k charakteru práce koncipován elektronickou formou a distribuován E-mailem a za pomoci sociálních sítí.

Hlavním rozdílem mezi českým a portugalským systémem poskytování přednemocniční neodkladné péče je integrace zdravotnické záchranné služby v rámci hasičského záchranného sboru v Portugalsku, v rámci těchto sborů fungují výjezdové skupiny řidičem a zdravotnickým záchranářem, dá se tedy hovořit o období našich výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci. Hasičský sbor se zde dělí také na profesionální a dobrovolné, avšak s tím rozdílem, že v dobrovolných hasičských sborech je zde zastoupení určitého podílu profesionálních hasičů. Druhou složku PNP v Portugalsku zajišťuje INEM, který poskytuje zejména vozy VMER, tedy období našich RV výjezdových skupin s lékařem. INEM provozuje také letecké výjezdové skupiny.

Vzhledem ke spíše stoupající spotřebě alkoholu v České republice a nižší spotřebě v Portugalsku lze předpokládat, že se tyto odlišné trendy ve vztahu k alkoholu projeví i v rámci přednemocniční neodkladné péče, a to sice v relativní četnosti výjezdů záchranné služby ke klientům pod vlivem alkoholu. Z hlediska této problematiky bylo stanoveno 5 hlavních hypotéz, na základě kterých bude tato skutečnost ověřena.

6.1 Pilotní studie (2013)

Pilotní studie probíhala na výjezdové základně Zdravotnické záchranné služby v Nymburce a v Kolíně. V rámci studie byl kladen důraz na rozhovory se zaměstnanci záchranné služby, na jejich osobní zkušenosti v této problematice a na tomto základě byl sestaven dotazník v původním znění, který byl užít pro před-průzkum.

Dotazník v původním znění byl rozeslán respondentům na výjezdové základně v Nymburce v 10 vyhotoveních. Navráceno bylo 7 dotazníků. Pilotní studie přispěla k vytvoření nové struktury dotazníku, byly stanoveny jasné cíle průzkumu a modifikována hypotetická tvrzení.

6.2 Před-průzkum (2013 – 2014)

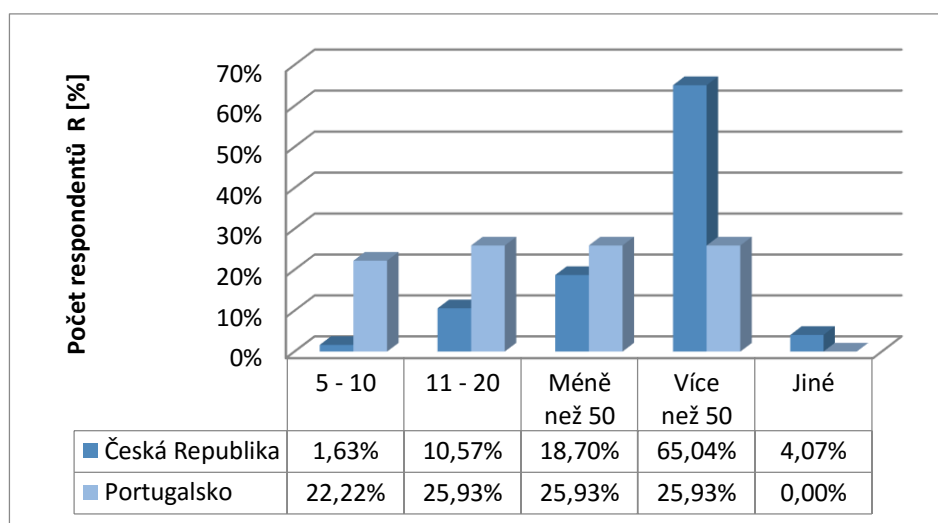
Před-průzkum probíhal obdobně, byl vytvořen modifikovaný koncept dotazníku a ten byl distribuován v elektronické formě. Strukturu respondentů tvořili lékaři, záchranáři a řidiči výjezdových skupin ZZS v České republice a záchranáři a řidiči v rámci portugalské záchranné služby. Původní koncept dotazníku obsahoval 18 otázek označené Q1 – Q18 a dvě otázky doplňující týkající se místa výkonu profese a možností blíže se vyjádřit k problematice.

Celkem bylo vytěženo 123 responsí z 8 krajských zdravotnických záchranných služeb v České republice a 54 responsí z Portugalska. Dotazníkové šetření mezi českými respondenty probíhalo od 14. prosince 2013 a bylo ukončeno k 8. lednu 2014 pro dostatečný počet responsí. Šetření mezi portugalskými respondenty bylo realizováno od 6. ledna 2014 do 20. ledna 2014. V rámci před-průzkumu byla stanovena 2 hlavní hypotetická tvrzení, která byla následně potvrzena.

H₁: Zdravotníci v přednemocniční neodkladné péči v České republice se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají častěji než zdravotníci v Portugalsku.

H₂: Více než 50 % zdravotníků v přednemocniční neodkladné péči se v obou zemích během své praxe setkala s klientem pod vlivem alkoholu, který vykazoval agresivní chování a zasahující personál se cítil být ohrožen.

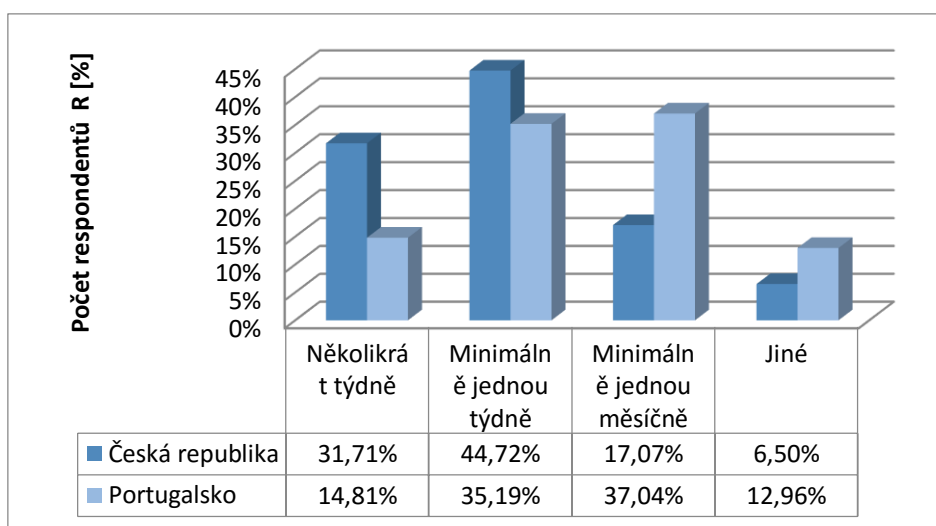
Graf 8 Relativní četnost ošetření klienta s abúzem alkoholu za 2 roky



Zdroj: vlastní

Položka Q1 přímo souvisela s prvním hypotetickým tvrzením. Z grafu 8 je zřejmé, že záchranáři v Portugalsku se s klienty s abúzem alkoholu setkávali méně než záchranáři v České republice. Přibližně 65 % záchranářů v ČR uvedlo, že se s takovými klienty setkala více než v 50 případech za uplynulé 2 roky. Zastoupení responsí z Portugalska naopak vykresluje nižší výskyt, více než 50 takových případů za uplynulé dva roky pozorovalo pouze necelých 26 % respondentů.

Graf 9 Průměrná frekvence ošetření klienta s abúzem alkoholu

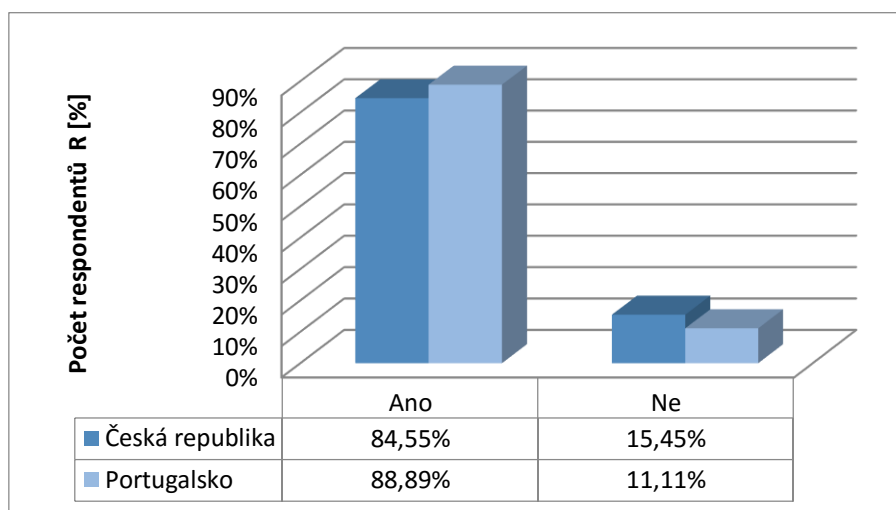


Zdroj: vlastní

Rozdíl je také patrný u druhé položky před-průzkumu. Položka Q2 souvisela také s první hypotézou, v grafu 9 je vyjádřena průměrná frekvence ošetření klienta s abúzem

alkoholu. V rámci této položky téměř 32 % respondentů z ČR uvedlo, že se s klienty pod vlivem alkoholu setkají v průměru několikrát do týdne, z hlediska portugalských respondentů byly hodnoty u této odpovědi nižší a odpovědělo tak necelých 15 % respondentů. Nejvyšší četnost odpovědí pak byla u odpovědi „minimálně jednou týdně“, v případě portugalských respondentů hodnota činila více než 35 % a u českých respondentů téměř 45 %. Někteří z českých respondentů v rámci odpovědi „jiné“ uvedli dokonce skutečnost, že se s klienty průměrně setkají každou směnu či minimálně několikrát za měsíc. Portugalští respondenti většinou popsali nižší frekvenci a to buď méně často, sporadicky či maximálně 3krát za rok.

Graf 10 Pocit ohrožení spojený s ošetřením klienta pod vlivem alkoholu

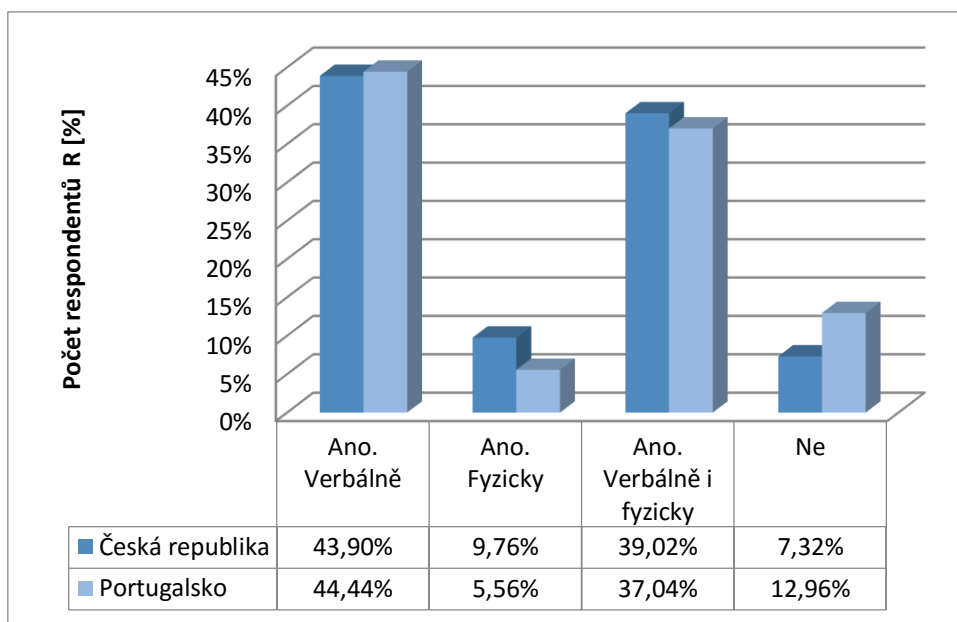


Zdroj: vlastní

Pocit ohrožení při výkonu povolání při setkání s klientem pod vlivem alkoholu mělo v rámci před-průzkumu bezmála 85 % respondentů z ČR a téměř 89 % respondentů z řad portugalských záchranářů. Položka Q16 částečně souvisela s druhou stanovenou hypotézou a byla také potvrzena. Odkazuje na ni graf 10.

S druhou hypotézou souvisela i položka Q18. Jednalo se o charakteristiku napadení zdravotnických pracovníků klienty pod vlivem alkoholu. V rámci před-průzkumu zde došlo asi k nejvíce znepokojivému zjištění a to k takovému, že téměř 92 % respondentů z České republiky a cca 87 % respondentů z Portugalska bylo za svou praxi napadeno klientem. Položka Q18 potvrzuje část druhé hypotézy. Data jsou uvedena v grafu 11.

Graf 11 Charakteristika napadení klientem pod vlivem alkoholu



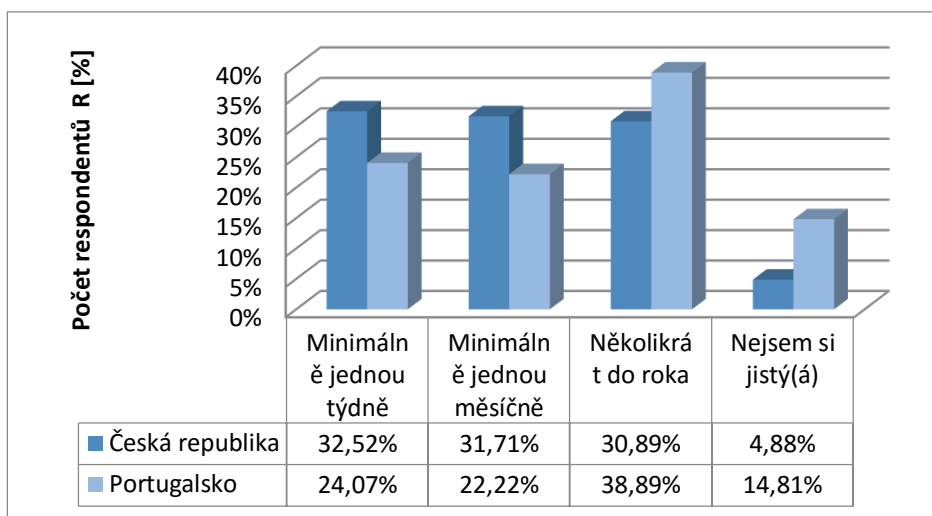
Zdroj: vlastní

Dalším znepokojivým aspektem před-průzkumu bylo také zjištění, že 25,2 % respondentů v České republice se průměrně vícekrát do týdne setká se zraněními suspektně zaviněnými právě požitím alkoholu. Zatímco portugalská respondentů se s podobnými případy zranění setkají vícekrát do týdne pouze v 9,26 % (MUKNŠNÁBLOVÁ a kol., 2014).

Zkoumáno bylo i setkání záchranářů s klienty intoxikovanými alkoholem. Jednalo se o položku Q11, která v průzkumu již zahrnuta není a měla charakter potvrzovací otázky k položce Q2. Respondenti byli dotazováni na to, jaká je dle nich průměrná frekvence ošetření intoxikovaného klienta. Vytěžená data lze nalézt v následujícím grafu 12.

Ve velké míře, tedy minimálně jednou za týden se s intoxikovanými klienty setkala téměř 33 % respondentů z České republiky a 24 % respondentů z Portugalska. Analyzovaná data u otázky však nekorespondují s položkou Q2 u portugalských respondentů, to lze dát do souvislosti s nesjednocenými odpověďmi jednotlivých položek a také s obtížnou definicí intoxikace alkoholem v rámci přednemocniční neodkladné péče.

Graf 12 Průměrná frekvence ošetření klientů s akutní intoxikací



Zdroj: vlastní

Tabulka 1 Směrování klientů pod vlivem alkoholu

Odpovědi	ČR	R [%]	PT	R [%]
Urgentní příjmy, ER	43	34,96	37	68,52
Úrazová odd., CHIR	83	67,48	-	-
Urgência Básica	-	-	29	53,70
Metabolická JIP	6	4,88	0	0
Interní oddělení	74	60,16	2	3,70
Psychiatrie	8	6,50	3	5,56
PZS	50	40,65	-	-
Jiné	7	5,69	2	3,70

Zdroj: vlastní

V původním před-průzkumu byla zahrnuta i položka Q15, která měla pouze informativní charakter, jednalo se o směrování klientů pod vlivem alkoholu. Významným zjištěním bylo poměrně časté směrování klientů na úrazová oddělení a oddělení chirurgie v rámci českých respondentů.

Tento aspekt může právě naznačovat spojení alkoholu se vznikem traumat a potvrzovat alkohol jako rizikový faktor v tomto ohledu. O směrování klientů v rámci přednemocniční neodkladné péče v ČR a v Portugalsku vypovídá tabulka 1.

6.3 Průzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem práce je přiblížit problematiku abúzu alkoholu a poukázat na konkrétní aspekty týkající se zejména přednemocniční neodkladné péče. Jedním z aspektů je relativní nárůst případů, kdy se zdravotníci v PNP musí potýkat s agresivním jednáním ze strany klientů pod vlivem alkoholu. Frekvence výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu v České republice stále narůstá. Dalším cílem je porovnání těchto aspektů mezi portugalskou a českou přednemocniční neodkladnou péčí, důraz je kladen na aktuální zjištění frekvence ošetření klientů s abúzem alkoholu, dále na skutečnost, v jaké míře se zdravotníci u klientů setkají s projevy agrese a na další subjektivní poznatky záchranářů vzhledem k této problematice.

Závažným problémem z hlediska klientů PNP je také alkohol jako rizikový faktor pro vznik traumat a dopravních nehod, tomuto tématu je zde také prostor věnován. Pozornost je v rámci průzkumu věnována také problematice úzu alkoholu u dětí a adolescentů. Dílčím cílem byla také publikace analyzovaných dat, v tomto ohledu vznikl webový projekt, kde jsou prezentovány výsledky průzkumu. Z hlediska doporučení pro praxi a intervencí na úrovni společenské vznikl v rámci praktické části i webový projekt týkající se závislosti na alkoholu, lidé se závislostí na alkoholu a jejich blízcí zde naleznou informace týkající se tématu a také odkazy na svépomocné materiály.

6.3.1 Hypotetická tvrzení

V rámci průzkumu bylo stanoveno pět hlavních hypotetických tvrzení.

H₁: Záchranáři v Portugalsku se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají méně.

H₂: Více než ½ záchranářů v obou zemích se někdy cítila ohrožena z důvodu setkání se s agresivním klientem.

H₃: Více než ½ záchranářů v obou zemích se již setkala s klientem pod vlivem alkoholu, který se vůči nim choval agresivně.

H₄: Více než ½ záchranářů v obou zemích se setkává opakovaně se stejnými klienty pod vlivem alkoholu.

H₅: Záchranáři v České republice se setkávají častěji s traumaty způsobenými alkoholem.

6.4 Metodologie průzkumu

K bližšímu zkoumání dané problematiky byla využita forma kvantitativního průzkumu, konkrétně pak dotazníkové šetření. Aktuální dotazník má celkem 16 otázek. Jedna otázka slouží jako identifikační a respondenti byli dotazováni na místo výkonu svého povolání. V případě českých respondentů se jednalo o konkrétní krajskou zdravotnickou záchranou službu a v případě portugalských respondentů šlo o město výkonu povolání. Pak následuje 14 hlavních otázek, za pomoci kterých byly zkoumány jednotlivé aspekty týkající se klientů pod vlivem alkoholu v rámci PNP, označeny jsou Q1-Q14. Z toho 6 otázek přímo souvisí se stanovenými hypotetickými tvrzeními. Z těchto 14 otázek byly 4 polootevřené, zbytek otázek byl uzavřený. V poslední otázce se záchranáři mohli volně vyjádřit k tématu, popsat své dosavadní praktické zkušenosti.

Průzkum probíhal v letech 2015 až 2016, dotazníkové šetření v České republice bylo spuštěno 19. září 2015 a skončilo k 9. březnu. 2016. Šetření na území Portugalska bylo zahájeno také 19. září 2015 a bylo ukončeno již k 14. prosinci 2015 pro dostatečný počet responsí. Vzhledem k charakteru mezinárodního šetření byl dotazník elektronický a distribuován byl E-mailem a také za pomoci sociálních sítí. Využita byla webová aplikace pro správu elektronických šetření Survio.com. Celkem bylo vytěženo **100 responsí** ze záchranných služeb v České republice a **100 responsí** od portugalských záchranářů, zkoumané soubory již tedy na rozdíl od před-průzkumu mají stejný rozsah.

Dotazník určený českým záchranářům navštívilo celkem 170 uživatelů, z toho 61 dotazník pouze zobrazilo ve webovém prohlížeči a 9 nedokončilo. Celková úspěšnost vyplnění dotazníku tedy činí 58,8 %. Dotazník určený portugalským respondentům byl navštíven 172 uživateli, dotazník pouze zobrazilo 67 uživatelů a nedokončilo 5 uživatelů, celková úspěšnost vyplnění dotazníku v Portugalsku tedy činila 58,1 %.

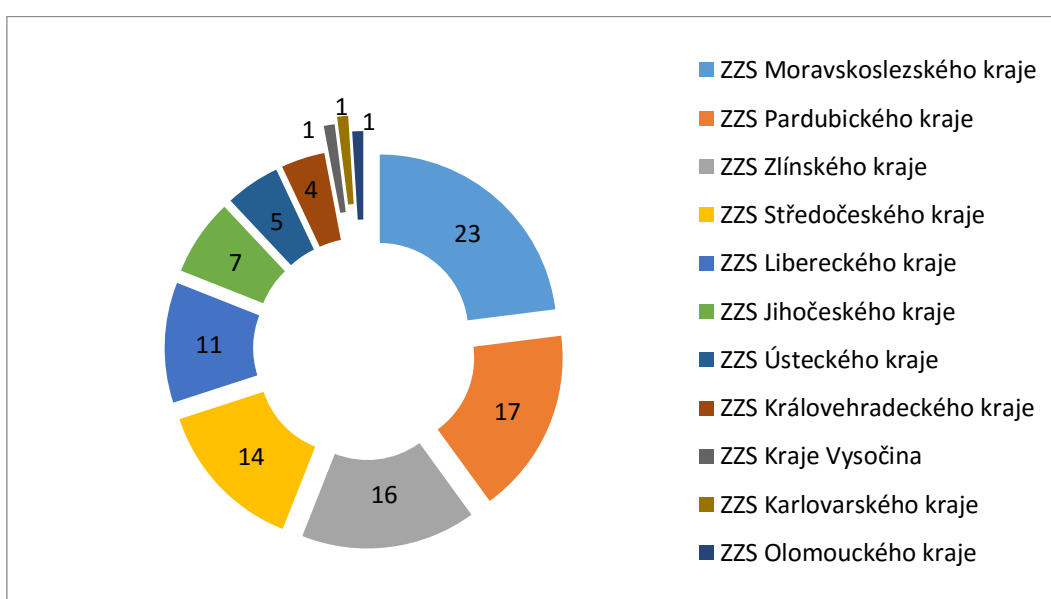
Dotazník byl také koncipován tak, aby respondentům nezabral příliš mnoho času, svědčí o tom skutečnost, že čas strávený vyplněním dotazníku u většiny respondentů ze zkoumaného vzorku nepřesáhnul interval 2 – 5 min. V tomto časovém intervalu vyplnilo dotazník 59 % respondentů z České republiky a 68 % respondentů z Portugalska.

Nutno zmínit, že zkoumaný vzorek z České republiky a z Portugalska má stejný rozsah a obsahuje právě 100 responsí záměrně. Jakmile počet responsí dosáhnul 100, byl sběr odpovědí ukončen. Hlavním cílem bylo dosáhnout stejného vzorku z ČR i z Portugalska.

6.5 Průzkumný soubor

V rámci šetření byli dotazováni obecně zaměstnanci zdravotnické záchranné služby v jednotlivých krajích České republiky, jednalo se tedy o lékaře, všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, zdravotnické záchranáře a řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby. Respondentů z české přednemocniční neodkladné péče je celkem 100. Response z české PNP obsahují data z 11 krajských zdravotnických záchranných služeb, v rámci před-průzkumu jich bylo pouze 8. Strukturu respondentů dle místa výkonu povolání popisuje graf 12.

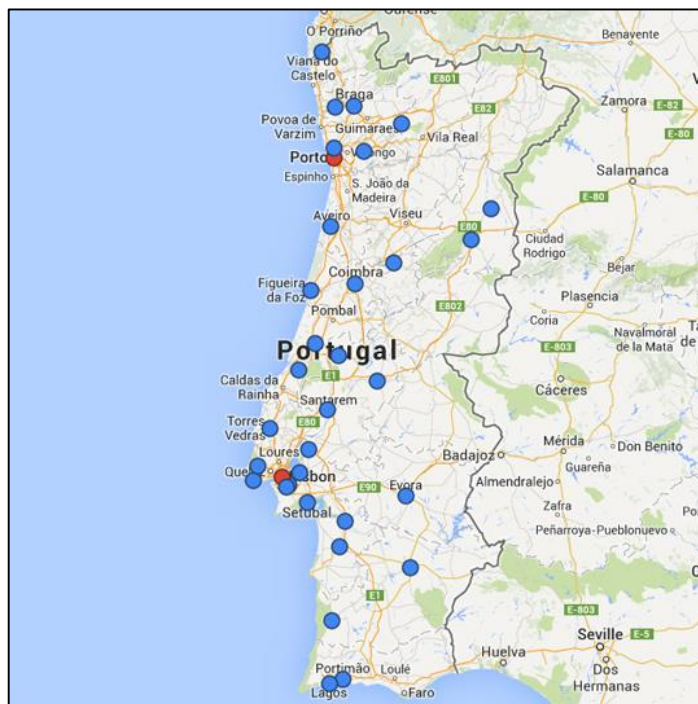
Graf 13 Struktura respondentů v ČR podle kraje



Zdroj: vlastní

Průvodní E-mail, který byl rozeslán zástupcům jednotlivých krajských zdravotnických záchranných služeb je uveden v přílohách. Zpětná vazba v podobě E-mailu byla obdržena pouze v několika případech. Sběr dat byl anonymní a zcela dobrovolný. Písemný informovaný souhlas byl získán pouze ze dvou výjezdových základen ZKS Středočeského kraje, konkrétně z Nymburka a Kolína v rámci pilotní studie a před-průzkumu, tyto dokumenty jsou také umístěny v přílohách. Nejvýraznější kooperace byla zaznamenána v rámci moravskoslezského kraje a to jak z hlediska před-průzkumu, tak i při sběru dat v rámci samotného průzkumu. Zástupci ZKS hl. m. Prahy v obou případech rezolutně odmítli jakoukoli spolupráci na tomto šetření.

Mezi portugalskými respondenty jsou zaměstnanci Bombeiros, tedy záchranáři místního hasičského sboru. Patří sem zdravotničtí záchranáři s kurzem a řidiči. Počet responsí z Portugalska byl také 100. Sběr dat z Portugalska byl cíleně orientován tak, aby bylo jednotlivými responsemi pokryto co nejvíce územních celků obdobně, jako je tomu v případě České republiky. Lokalizaci respondentů vyjadřuje následující Obr. 2.



Obrázek 2 Struktura respondentů v Portugalsku dle územního celku

Zdroj: vlastní, mapový podklad Google Maps, 2016

Z hlediska geografického zastoupení jednotlivých responsí byla zjištěna vyšší četnost v jižní části Portugalska, konkrétně v okrese Setúbal, kde leží hlavní město. Z Lisabonu byla vytěžena poměrně nejvyšší část responsí, dále pak z měst Barreiro, Alcochete a Sintra. Významnou část souboru tvoří i respondenti ve městě Porto na severu Portugalska. Dotazník byl pro zajímavost vyplněn i jedním respondentem na Madeiře, konkrétně pak ve městě Santana Madeira. Hlavní kontaktní osobou v Portugalsku je zdravotnický záchranář z výjezdové základny Alcochete v okrese Setúbal, který byl velice nápomocen i při překladu dotazníku z angličtiny do portugalského.

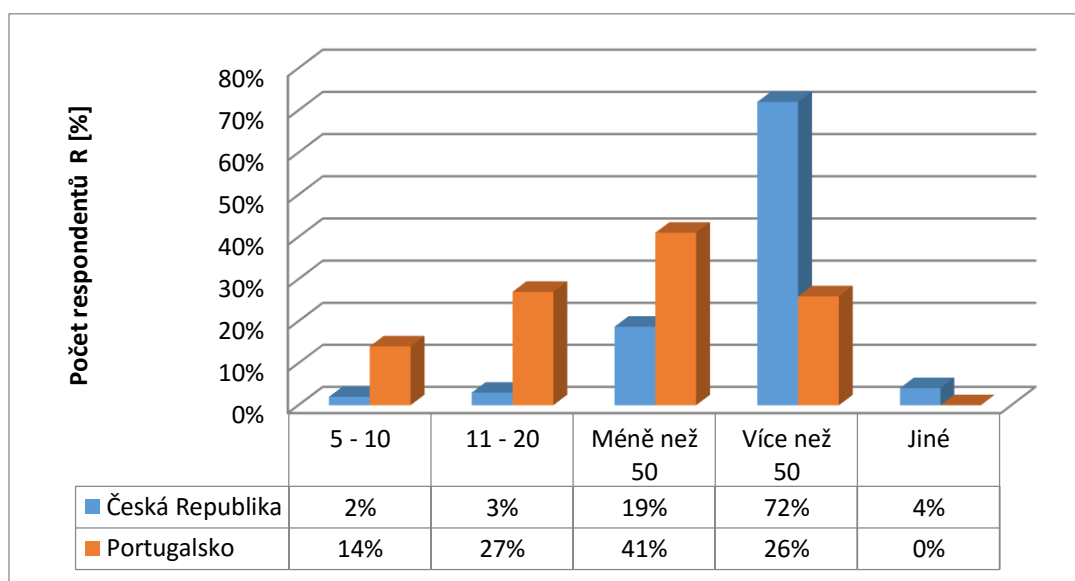
Další kapitola zahrnuje vlastní výsledky tohoto šetření a porovnání proměnných vztahující se k abúzu alkoholu u klientů z hlediska přednemocniční neodkladné péče mezi českým a portugalským průzkumným souborem.

7 Výsledky průzkumu

Interpretace analyzovaných dat je zde uvedena v grafech. Oba průzkumné soubory zahrnují **100** responsí, a proto jsou výsledky popsány pouze v relativní četnosti **R** [%]. Datová analýza je platná pouze pro tento průzkumný soubor.

1. Kolikrát jste se v posledních 2 letech setkal/a s klientem pod vlivem alkoholu?

Graf Q 1 Frekvence ošetření klienta pod vlivem alkoholu za poslední 2 roky



Zdroj: vlastní

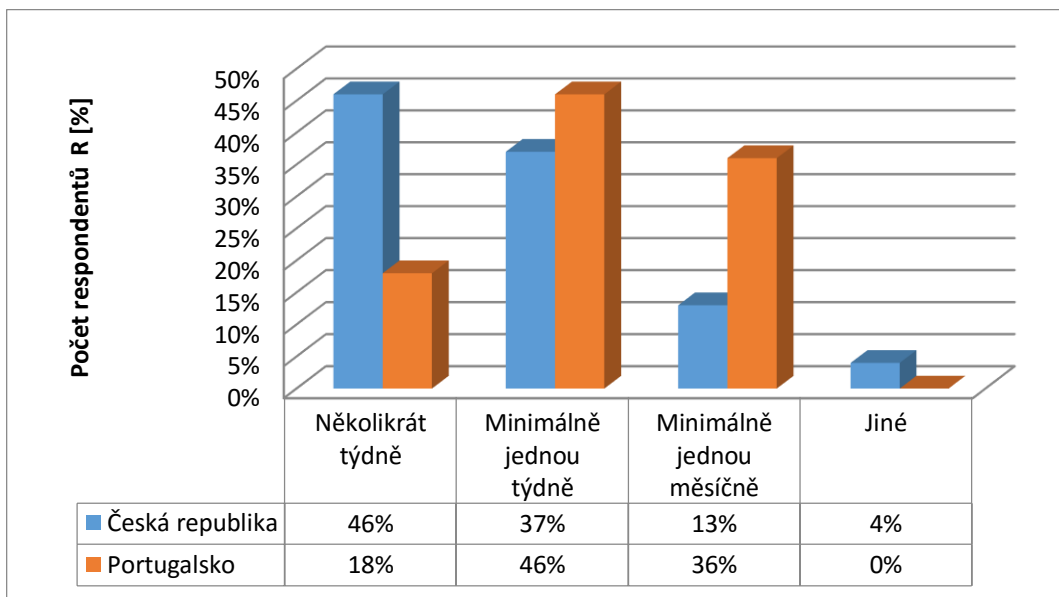
Tato položka potvrzuje první stanovené hypotetické tvrzení, respondenti z Portugalska se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají méně než záchranáři v České republice. V Portugalsku bylo pro odpověď „více než 50“ 26 % respondentů, zatímco v České republice celých 72 %. Nižší výskyt klientů pod vlivem alkoholu za uplynulé 2 roky je vykreslen právě u portugalských respondentů. Data jsou prezentována grafem Q1.

V rámci odpovědi „jiné“ odpovídali čeští respondenti například, že se s takovými klienty za uplynulé 2 roky setkali mnohem vícekrát než jen v 50 případech.

Jeden respondent uvedl, že se za uplynulé 2 roky setkal s klientem pod vlivem alkoholu asi ve sto případech. Jiný respondent zase uvádí, že na zdravotnické záchranné službě pracuje „teprve ½ roku“ a za tuto dobu se s opilým klientem setkal asi 15 krát.

2. Jak často se průměrně při výkonu povolání setkáváte s klienty pod vlivem alkoholu?

Graf Q 2 Průměrná frekvence ošetření klienta pod vlivem alkoholu



Zdroj: vlastní

Položka Q2 byla zaměřena na frekvenci setkání se záchranářů s klienty pod vlivem alkoholu během výkonu své praxe obecně. Pro odpověď „několikrát týdně“ bylo 46 % respondentů v České republice a jen 18 % respondentů z Portugalska. Z těchto dat lze také usuzovat nižší výskyt tohoto fenoménu v rámci portugalské přednemocniční neodkladné péče. Položka Q2 se váže také k prvnímu hypotetickému tvrzení a také jej potvrzuje. Četnost odpovědí demonstruje graf Q2.

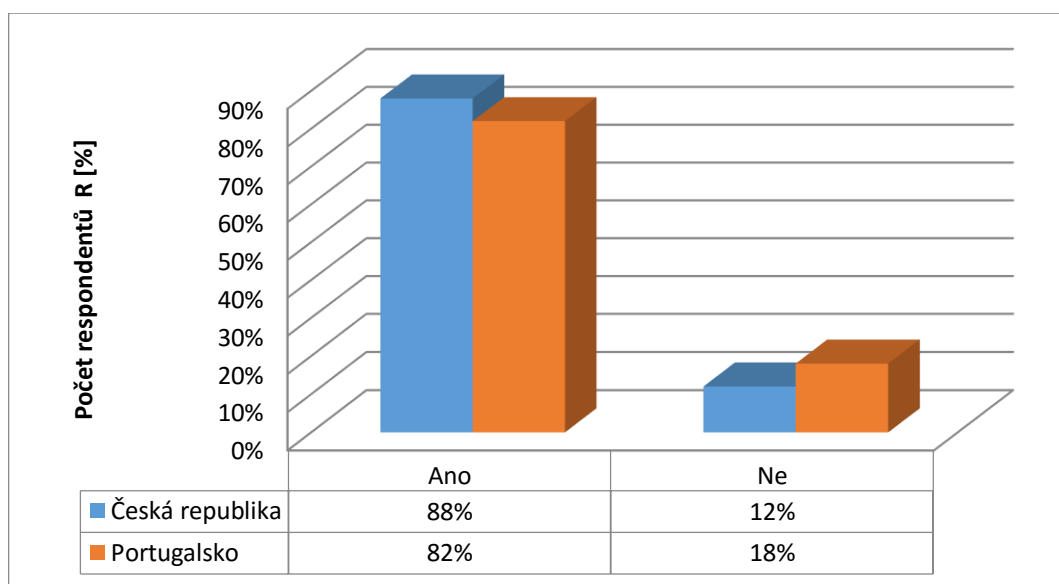
Zastoupení respondentů u odpovědí „minimálně jednou týdně“ a „minimálně jednou měsíčně“ je pak vyšší v Portugalsku. Minimálně jednou týdně se s klientem pod vlivem alkoholu průměrně setká 37 % respondentů v České republice a 46 % respondentů z Portugalska. Minimálně jednou měsíčně se v České republice s takovými klienty setká 13 % respondentů a v Portugalsku 36 %.

Pro odpověď „jiné“ byla 4 % českých respondentů. Zmiňují například, že tento průměr nelze jasně stanovit. Jeden respondent uvádí četnost maximálně jednou do týdne.

Dva respondenti udávají variabilitu mezi jednotlivými týdny. Některý týden se průměrně s klienty pod vlivem alkoholu setkávají ve větší míře a jindy udávají naopak „klidný“ týden s nižším výskytem těchto klientů.

3. Cítil (a) jste se někdy během ošetřování a transportu klienta pod vlivem alkoholu ohrožen (a)?

Graf Q 3 Pocit ohrožení spojený s ošetřením klienta pod vlivem alkoholu



Zdroj: vlastní

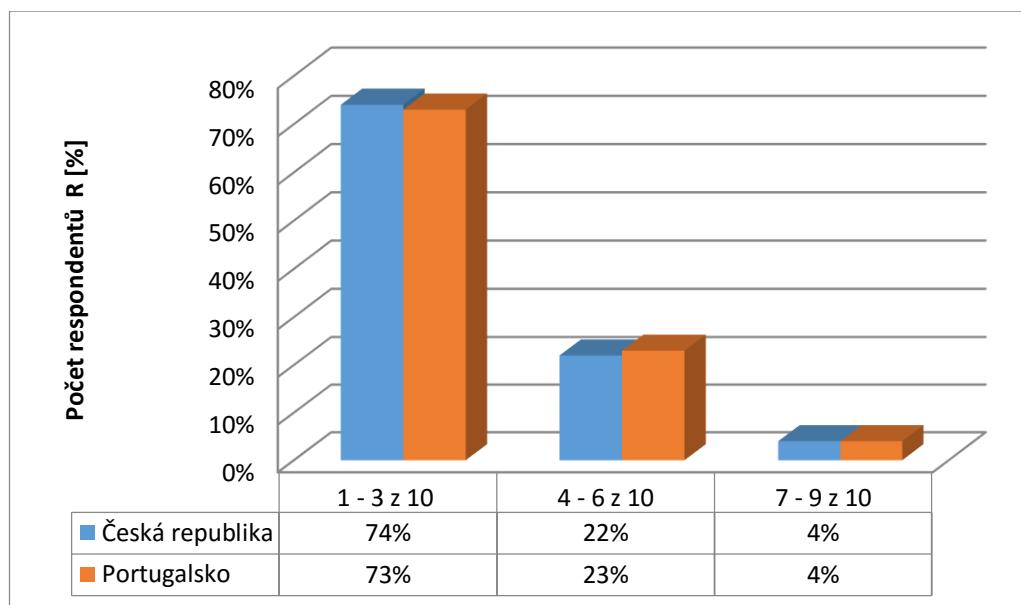
Pocit ohrožení záchranářů při setkání se s klientem pod vlivem alkoholu, který navíc vykazuje znaky agresivního chování, uvádí třetí položka dotazníku. Vytěžená data uvedená v grafu Q3 potvrzují hypotézu H₂. Celých 88 % respondentů z České republiky a 82 % respondentů z Portugalska se cítilo někdy během své dosavadní praxe být v ohrožení. Data vykresluje graf Q3.

V souvislosti se stále zvyšující se agresí ve společnosti obecně a se zdánlivým nárůstem napadení zdravotníků v rámci přednemocniční neodkladné péče se jedná o jedno z nejvíce znepokojivých zjištění průzkumu.

Charakteristika napadení záchranářů je potom uvedena v rámci položky Q5. Vysoký podíl zde mají prvky verbální agrese ze strany klientů a velice znepokojivá je skutečnost, že opravdu významný podíl zde tvoří skupina respondentů, kteří byli klientem pod vlivem alkoholu za svou dosavadní praxi napadeni i fyzicky. Z tohoto hlediska je nutné při kontaktu s klientem, který vykazuje prvky agrese, dodržovat zásady správné komunikace. V mnoha případech se právě důsledným dodržováním správné komunikace předejde takovým konfliktům. Na zvážení je zde samozřejmě mnoho dalších aspektů a svou roli zde hraje i stres záchranáře v těchto krizových situacích.

4. Jaký podíl klientů pod vlivem alkoholu vykazuje agresivitu vůči personálu?

Graf Q 4 Odhadovaný poměr agresivních klientů pod vlivem alkoholu



Zdroj: vlastní

Další položka měla zachytit hodnocení záchranářů, konkrétně pak, jaký podíl klientů pod vlivem alkoholu dle jejich zkušenosti mívá sklony právě k agresivnímu jednání a může vyústit až v napadení zasahujícího personálu, k této položce se vztahuje graf Q4.

Nejvyšší podíl respondentů odpovídal v rámci hodnot „1 - 3 z 10“, konkrétně pak 74 % respondentů z České republiky a 73 % respondentů z Portugalska.

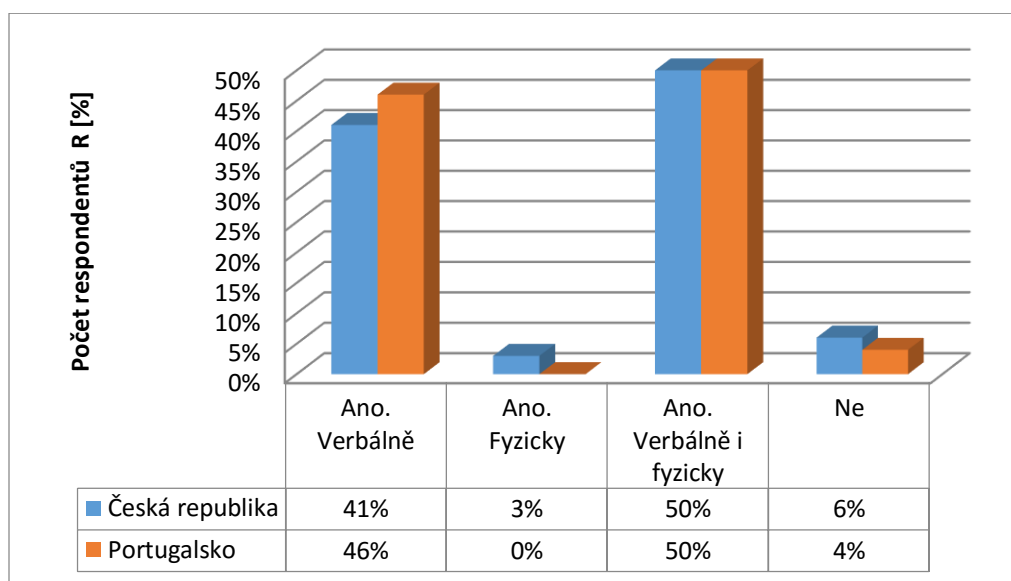
V rámci odpovědi „4 - 6 z 10“ bylo vytěženo 22 % responsí od českých záchranářů a 23 % z Portugalska. Pro odpověď „7 - 9 z 10“ byl v České republice i v Portugalsku shodný počet respondentů, konkrétně 4 %.

U této položky se četnost odpovědí mezi Českou republikou a Portugalskem příliš neliší, v obou zemích respondenti odpovídali téměř totožně.

Tato otázka se nevztahuje k žádné z uvedených hypotéz a má tedy pouze informativní charakter a rozšiřuje tak data, která popisují zejména subjektivní náhled respondentů na tuto problematiku, vzhledem k jejich osobním zkušenostem z praxe.

5. Byl (a) jste někdy napaden (a) klientem pod vlivem alkoholu?

Graf Q 5 Charakteristika napadení zdravotnického pracovníka klientem pod vlivem alkoholu



Zdroj: vlastní

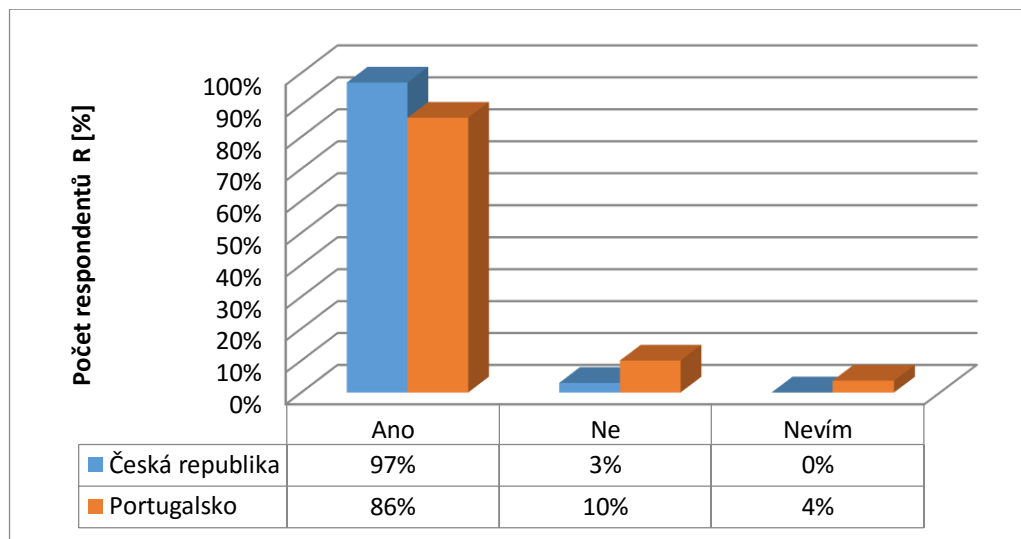
Pátá položka přímo souvisí se třetím hypotetickým tvrzením H₃. Jedním z nejvýznamnějších a bohužel také nejvíce alarmujícím zjištěním tohoto průzkumu je skutečnost, že 94 % respondentů v rámci české přednemocniční neodkladné péče a 96 % respondentů z portugalské PNP bylo za svou dosavadní praxi jakkoli napadeno klientem pod vlivem alkoholu. Vytěžená data z obou zemí vykresluje graf Q5. Analýzou této položky došlo k potvrzení třetí stanovené hypotézy.

Verbálně bylo za svou dosavadní praxi 41 % respondentů z ČR a 46 % respondentů z Portugalska. Výhradně fyzicky byla napadena 3 % respondentů z ČR, zatímco v rámci portugalských respondentů tak neodpověděl nikdo. U odpovědi „verbálně i fyzicky je shodné zastoupení respondentů v obou zemích, odpovědělo tak 50 % záchranářů z ČR i z Portugalska. Obecně napadeno nebylo pouze 6 % respondentů z České republiky a 4 % záchranářů z Portugalska.

Relativní četnost napadených respondentů se od doby před-průzkumu navýšila. V rámci před-průzkumu bylo klienty pod vlivem alkoholu jakýmkoli způsobem napadeno 92,68 % respondentů v ČR a 87,04 % respondentů v Portugalsku. V rámci českých respondentů došlo tedy k nárůstu o 1,32 % a v rámci portugalských respondentů dokonce o 8,96 %.

6. Setkáváte se v praxi opakovaně se stejnými klienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu?

Graf Q 6 Opakované ošetření stejných klientů pod vlivem alkoholu

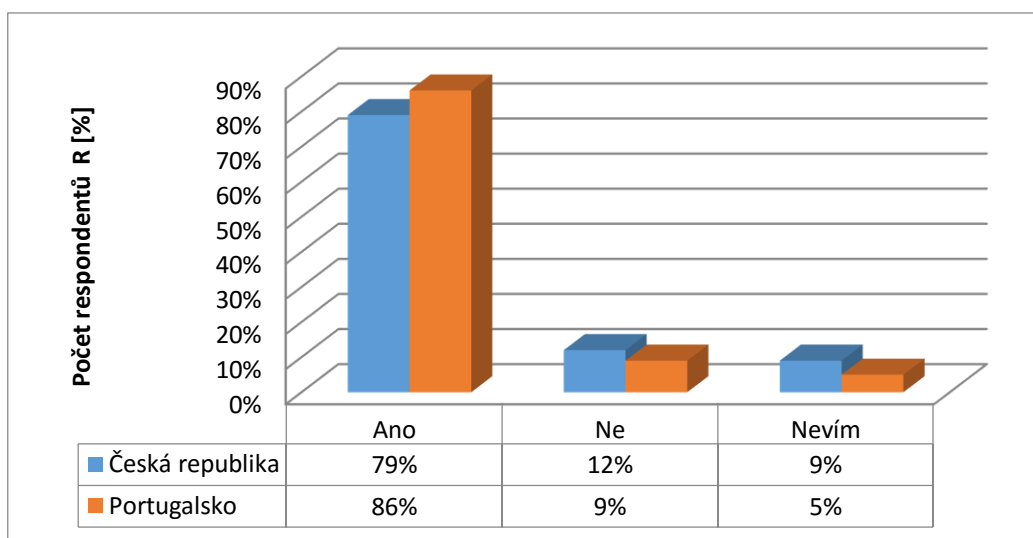


Zdroj: vlastní

Tato položka úzce souvisí s hypotetickým tvrzením H₄, se stejnými klienty se opakovaně setkává 97 % respondentů z české přednemocniční neodkladné péče a 86 % respondentů z Portugalska. Touto položkou byla potvrzena hypotéza H₄.

7. Četnost výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu je většinou vyšší v nočních a brzkých ranních hodinách.

Graf Q 7 Charakteristika relativní četnosti ošetření klientů pod vlivem alkoholu v nočních hodinách

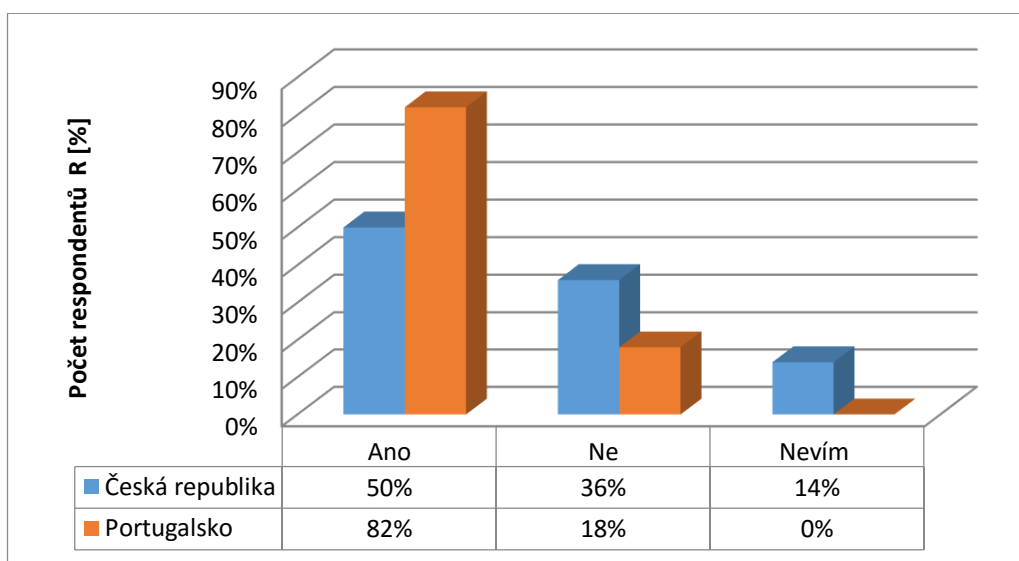


Zdroj: vlastní

Položka Q7 je opět zaměřena na zjištění osobních zkušeností respondentů. V České republice se 79 % respondentů domnívá, že četnost výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu je vyšší v nočních a brzkých ranních hodinách. V Portugalsku je o této skutečnosti přesvědčeno 86 % respondentů. Tyto skutečnosti popisuje graf Q7.

8. Četnost výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu bývá relativně vyšší na konci týdne.

Graf Q 8 Charakteristika relativní četnosti ošetření klientů pod vlivem alkoholu na konci týdne



Zdroj: vlastní

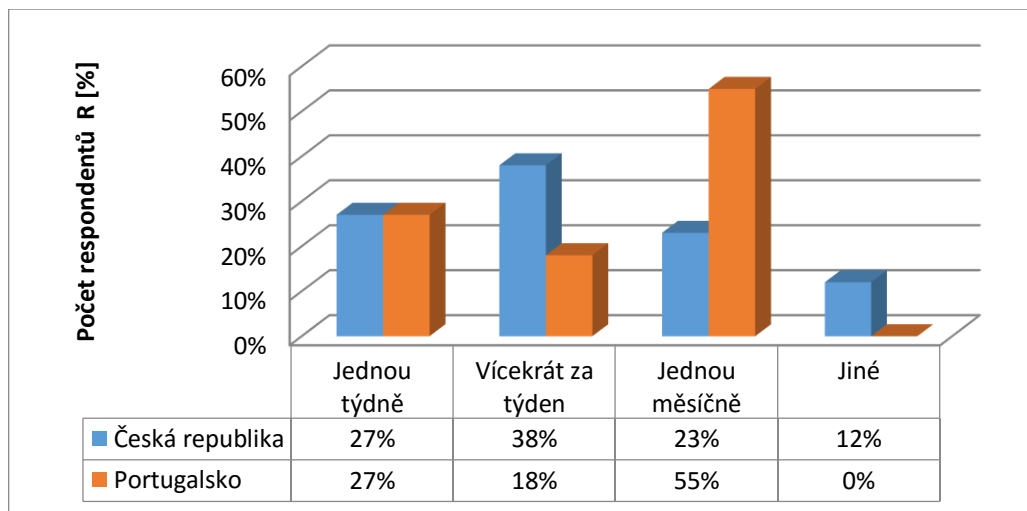
Tato položka se také přímo nevztahuje k žádné z uvedených hypotéz. V rámci této položky šlo o zjištění, zda je podle respondentů četnost výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu vyšší na konci týdne.

O této skutečnosti je přesvědčeno 50 % respondentů z České republiky a 82 % respondentů z Portugalska. Tuto hypotetickou skutečnost pak neguje 36 % respondentů z české přednemocniční neodkladné péče a 18 % respondentů z Portugalska. Celých 14 % respondentů z České republiky se nepřiklání ani k jednomu tvrzení.

Z uvedených dat v grafu Q8 lze tedy uvažovat, že excesivnější pití alkoholu je v Portugalsku častější právě na konci pracovního týdne, resp. tedy v pátek a v sobotu v rámci víkendových kulturních akcí. Zatímco v České republice zřejmě v takové míře nezáleží na dni v týdnu.

9. Kolikrát se průměrně setkáváte s traumaty spojených s požitím alkoholu?

Graf Q 9 Průměrná frekvence ošetření traumat u klientů pod vlivem alkoholu



Zdroj: vlastní

Položka dotazníku Q9 se přímo vztahuje k hypotetickému tvrzení H₅. Hypotéza říká, že záchranáři v České republice se s traumaty zapříčiněnými územ alkoholem setkávají poměrně častěji než záchranáři v Portugalsku.

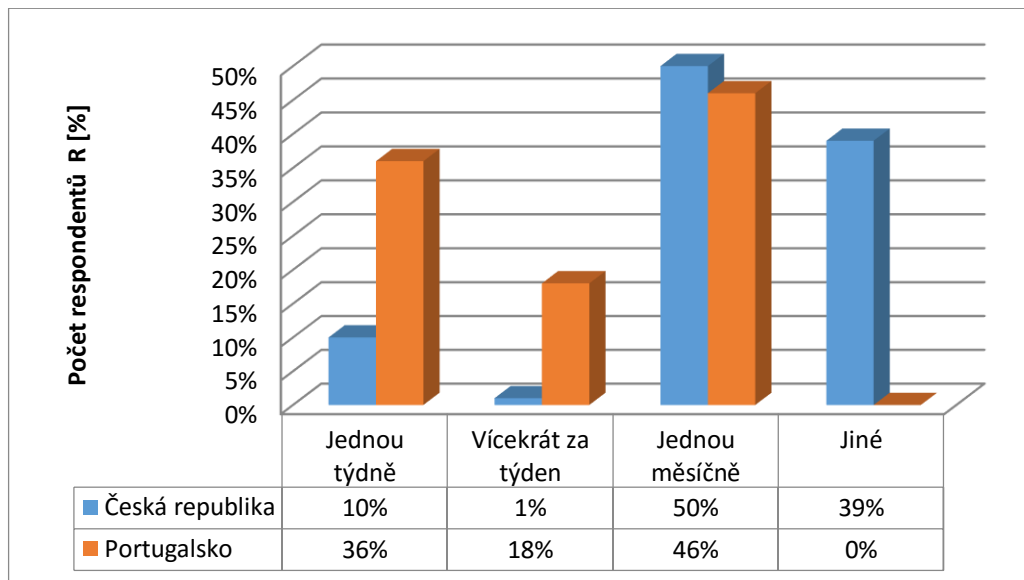
Odpověď „jednou týdně“ byla uvedena shodným počtem respondentů, v obou případech 27 %. Z hlediska potvrzení hypotézy H₅ signifikantní odpověď „vícekrát za týden“ uvedlo 38 % respondentů v České republice a 18 % respondentů v Portugalsku. Díky tomuto aspektu lze usuzovat, že výskyt traumat zapříčiněných požitím alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči je poměrně vyšší v České republice. Hypotéza H₅ byla tedy potvrzena.

Pro odpověď „jednou měsíčně“ bylo pak 23 % respondentů v ČR a 55 % respondentů v Portugalsku. Pro odpověď jiné bylo 12 % respondentů z České republiky a odpovídali následovně. Několik respondentů opět uvádí skutečnost, že průměr v tomto ohledu nelze stanovit. Další z respondentů uvádí, že četnost traumat spojených s územ alkoholem může být i vícekrát za měsíc. Respondenti také uvádějí reliabilitu mezi jednotlivými týdny. Někteří z respondentů také uvádějí občasný výskyt tohoto fenoménu a blíže specifikují, že se ve většině případů jedná o pády či dopravní nehody.

Dva z těchto respondentů nevědí, jak se k této problematice blíže vyjádřit. Vytěžená data jsou prezentována v grafu Q9.

10. Kolikrát se průměrně setkáváte s dopravními nehodami spojených s územ alkoholu?

Graf Q 10 Průměrná frekvence zásahů při dopravních nehodách spojených s podezřením na požití alkoholu



Zdroj: vlastní

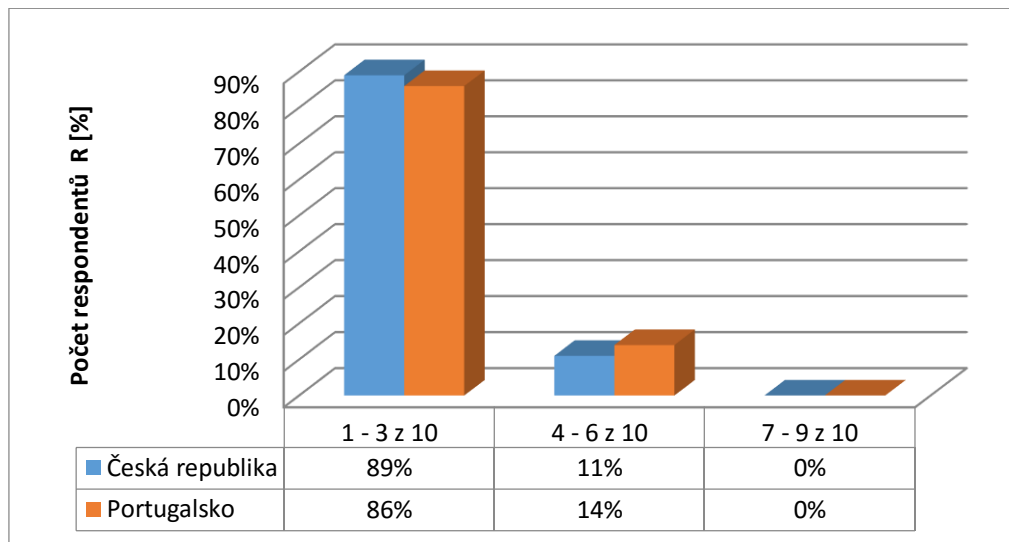
Položka Q10 se nevztahuje k žádné z uvedených hypotéz. Jednalo se zde o určení průměrné frekvence výjezdů k dopravním nehodám, které byly suspektně způsobeny požitím alkoholu účastníky silničního provozu. Odpověď „jednou týdně“ byla uvedena 10 % respondentů z České republiky a 36 % respondentů z Portugalska.

Odpověď „vícekrát za týden“ byla zvolena 1 % respondentů v ČR a 18 % respondentů v Portugalsku. Odpověď s největším zastoupením respondentů v obou zemích byla „jednou měsíčně“, zvolena byla 50 % respondentů v ČR a 46 % respondentů v Portugalsku. Odpověď „jiné“ byla zvolena vysokým počtem záchranářů z ČR, konkrétně 39 %.

V rámci odpovědi „jiné“ byla respondenty z ČR zmíněna například skutečnost, že na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět, neb výsledek dechové zkoušky provedenou PČR se zpravidla nedozví. Několik respondentů uvedlo také nižší výskyt dopravních nehod suspektně zapříčiněných požitím alkoholu, uvádějí skutečnost, že se s takovými nehodami setkají dokonce méně než jednou za měsíc. Dále uvádějí, že se s tímto fenoménem setkají průměrně několikrát do roka, 5krát za rok či 1krát za 4 měsíce, atp. Několik respondentů nedokáže tento průměr stanovit, blíže specifikovat či se blíže k tématice vyjádřit. Data jsou uvedena v grafu Q10.

11. Jaký poměr z celkového počtu dopravních nehod tvoří dle Vašeho odhadu nehody zapříčiněné požitím alkoholu?

Graf Q 11 Odhadovaný poměr dopravních nehod zapříčiněných požitím alkoholu

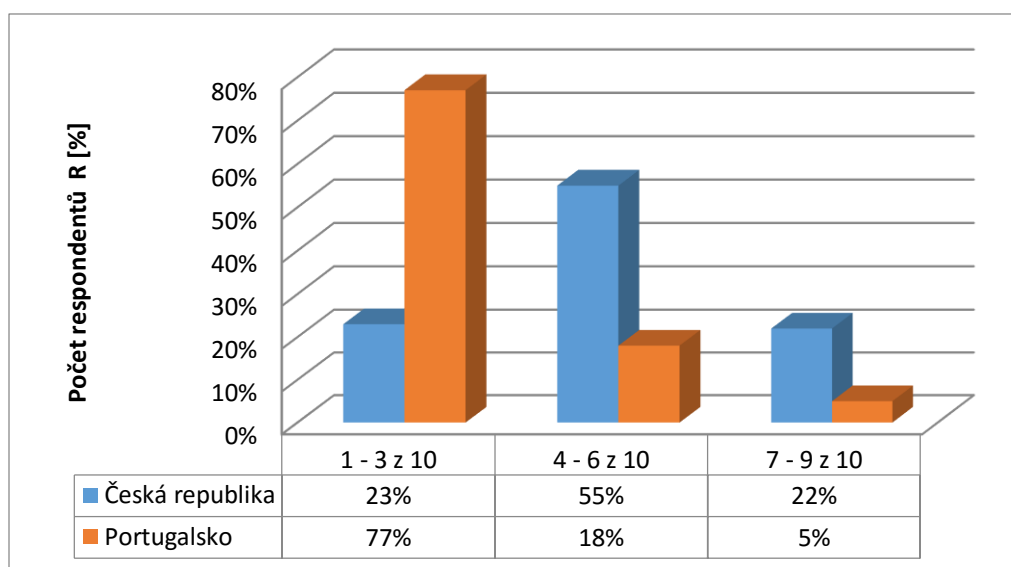


Zdroj: vlastní

Odhadovaný poměr dopravních nehod zapříčiněných alkoholem je podle 89 % respondentů z ČR a 86 % respondentů z Portugalska 1 – 3 z 10.

12. Kolik klientů se suspektním územ alkoholu bývá z vrstvy s nízkým socioekonomickým stavem či lidí bez přístřeší?

Graf Q 12 Odhadovaný poměr klientů - abuzérů se zhoršeným socioekonomickým stavem

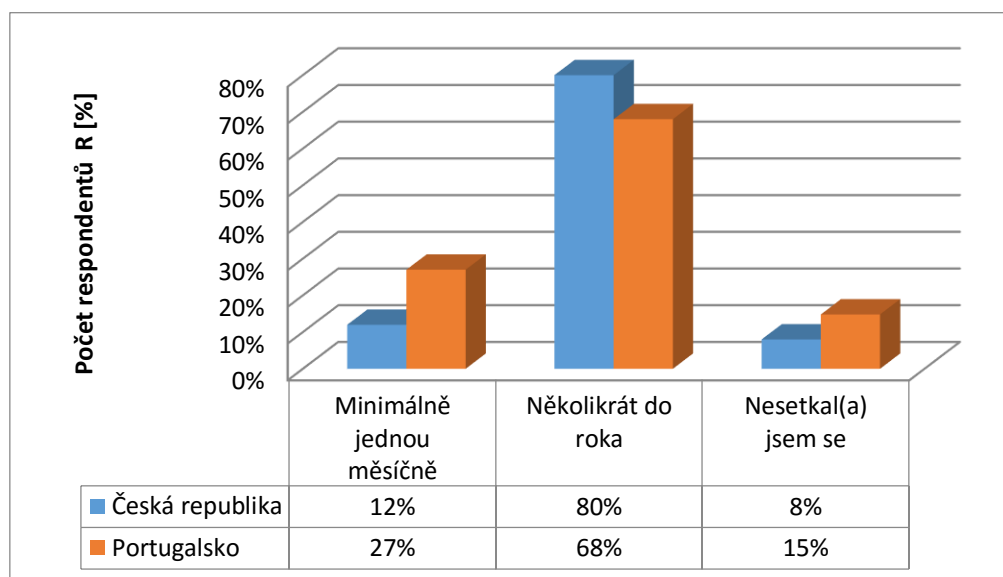


Zdroj: vlastní

V rámci této položky byli respondenti tázáni, jaký poměr klientů pod vlivem alkoholu má dle jejich profesní zkušenosti zhoršený socioekonomický stav. Většina respondentů z Portugalska (77 %) byla pro odpověď „1 – 3 z 10“, pro stejnou odpověď bylo pouze 23 % respondentů z ČR. Nadpoloviční většina respondentů z Portugalska (55 %) byla pro poměr „4 – 6 z 10“, pro stejnou odpověď se rozhodlo pouze 18 % respondentů z ČR. U odpovědi „7 – 9 z 10“ bylo zastoupení 22 % respondentů z České republiky a jen 5 % z Portugalska. Tato data mohou korelovat se skutečností, že v české přednemocniční neodkladné péči se záchranáři setkávají více s opilými lidmi bez domova než záchranáři v portugalské PNP. Analýzu této položky zachycuje graf Q12.

13. Jak často se setkáváte s územ alkoholu u dětí a adolescentů?

Graf Q 13 Průměrná frekvence ošetření dětí a adolescentů s územ alkoholu

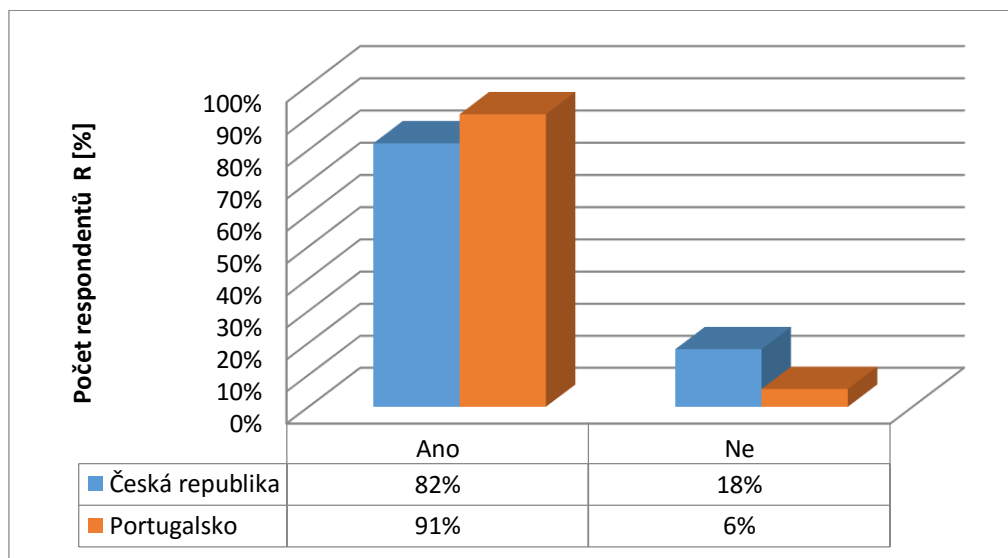


Zdroj: vlastní

Tato položka se nevztahuje k uvedeným hypotézám. V rámci průzkumu byl kladen důraz i na ošetření dětí a adolescentů pod vlivem alkoholu v PNP. S touto problematikou souvisí položka Q13. Minimálně jednou za měsíc se s dětmi a adolescenty pod vlivem alkoholu setká 27 % respondentů z Portugalska a pouze 12 % respondentů z ČR, dá se tedy předpokládat, že četnost výskytu dětí a adolescentů pod vlivem alkoholu v PNP může být vyšší v Portugalsku. Několikrát do roka se s takovými případy setká 80 % záchranářů z ČR a 68 % respondentů z Portugalska. S případy opilých dětí a adolescentů se nikdy nesetkalo 8 % záchranářů z ČR a 15 % respondentů z Portugalska. Tyto aspekty jsou demonstrovány grafem Q13.

14. Velký nárůst intoxikací alkoholem u dětí je obvykle spojován se sezónními událostmi. (Závěr školního roku na ZŠ, maturitní plesy, etc.)

Graf Q 14 Charakteristika četnosti ošetření intoxikací alkoholem u dětí závislá na sezónních událostech



Zdroj: vlastní

V rámci poslední položky šlo opět pouze o zjištění subjektivního hodnocení problematiky záchranáři v obou zemích na základě jejich profesních zkušeností. Respondenti byli dotazováni, zda se ztotožňují s hypotézou, že nárůst intoxikací alkoholem u dětí a adolescentů je spojen spíše se sezónními událostmi, tím jsou myšleny například maturitní plesy, konec školního roku, atp.

Toto tvrzení považuje za pravdivé 82 % respondentů v České republice a 91 % respondentů v Portugalsku. Je tedy zřejmé, že vyšší četnost výjezdů k opilým dětem a adolescentům bývá tedy vyšší v takových obdobích v obou zemích. Analýza této položky je vyobrazena v grafu Q14.

Respondenti dostali v poslední doplňkové otázce možnost se blíže vyjádřit k tématu. Vyjádřilo se zde celkem 16 respondentů z ČR. V České republice jeden z respondentů uvádí trend zvyšující se agrese ze strany klientů a také nárůst výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu a stěžuje si na nedostatečnou legislativní ochranu záchranářů před napadením. Další z respondentů udává v souvislosti s opilými klienty větší počet dopravních nehod, zejména pak cyklistů.

Jiný respondent popisuje skutečnost horšího zodpovězení u položky Q12, tedy poměr klientů se suspektním územ alkoholu, kteří zároveň mají zhoršené socioekonomické zázemí, respondent se k tématu vyjádřil následovně:

„Závislost alkoholu není spojena jen s nízkým socioekonomickým statutem, někdy ba naopak, proto tato otázka je hůře zodpověditelná.“

Nutno poznamenat, že v rámci této položky se nejednalo o závislost, ale například o klienty bez domova, kteří dle zasahujícího personálu suspektně požili alkohol. Diagnostiku závislosti personál přednemocniční neodkladné péče neprovádí.

Jiný z respondentů uvádí v jeho regionu nárůst ošetření klientů pod vlivem alkoholu a nezáleží prý tolik na dni v týdnu či na sezónních událostech. Z hlediska regionálního se vyjádřil i další respondent a subjektivně hodnotí Moravskoslezský kraj jako region, kde se pije více než v ostatních regionech ČR.

Jeden respondent uvádí také riziko vzniku alkoholismu u adolescentů a připisuje jej špatné komunikaci, nedůsledné a přespříliš autoritativní výchově rodičů. Další z respondentů této otázky hodnotí zdánlivý nárůst konzumace alkoholu u dětí a adolescentů z důvodu zkoušení a udává také špatné zkušenosti z pohraničního regionu, kde je nyní dle jeho slov vyšší výskyt mladých cizinců, kteří bývají více agresivní.

Stejně jako v rámci před-průzkumu respondenti také uvádějí možnost systémových změn, zejména vymáhání finančních nákladů za ošetření uživatelů alkoholu zdravotními pojišťovnami.

Jeden z respondentů se k problematice užívání alkoholu obecně vyjádřil takto, dalšího komentáře již není třeba:

„Dnes se pije nepřetržitě, nejen na konci týdne jako před pár lety. Pijí všechny sociální vrstvy. Alkohol stírá sociální nálepku a ukazuje v plné nahotě osobnost.“

V rámci portugalských respondentů se k této doplňkové otázce vyjádřili 2 respondenti. Jeden z respondentů uvádí sporadickou konzumaci alkoholu a kouření cigaret u adolescentů při trávení volného času teenagerů mimo školu, avšak při některých kulturních akcích tyto aspekty u teenagerů vzrůstají. Druhý respondent uvádí zvýšené pití alkoholu u teenagerů v sobotu na kulturních akcích, diskotékách, atd. Adolescenti by dle něj měli být více zdrženliví a raději si dvakrát promyslet možné následky svého jednání.

7.1 Systémové chyby průzkumu

V rámci průzkumu je stěžejní i popis systémových chyb při sběru, příp. následné analýze dat. Na základě vyhodnocení systémových chyb před-průzkumu byly některé z položek přepracovány či z původního dotazníku odstraněny úplně.

Prvním aspektem, který je třeba zmínit je problematika různého spektra konzumovaných alkoholických nápojů v obou zemích. Charakter opilosti může být z tohoto hlediska odlišný.

V Portugalsku je ve vyšší míře konzumováno víno (55,5 %). Pak následuje pivo s relativním zastoupením 30,8 %. Dále jsou v Portugalsku konzumovány destiláty (10,9 %) a ostatní alkoholické nápoje (2,8 %). Spektrum konzumovaných alkoholických nápojů v Portugalsku prezentuje graf 14.

Graf 14 Spektrum konzumovaných alkoholických nápojů v Portugalsku



Zdroj: GISAH, 2016

Nutné je také zmínit skutečnost, že řidiči v Portugalsku mají povolenou hladinu alkoholu v krvi do 0,5 ‰. Tato výjimka se samozřejmě nevztahuje na řidiče z povolání a řidiče ambulancí.

U položek Q9 – Q11 nutno zmínit skutečnost, že se před vznikem dopravní nehody či traumatu nemusí jednat o opilost. Klient již nemusí mít hladinu alkoholu v krvi, ale může se v těchto případech jednat o následnou kocovinu v důsledku metabolismu alkoholu na acetaldehyd a tyto stavy mohou také výrazně přispívat ke snížení reakční rychlosti.

Dalším faktorem je diagnostika opilosti. Zdravotnický personál v rámci přednemocniční neodkladné péče opilost nediodagnostikuje, signifikantní je teprve až výsledek dechové zkoušky PČR. Z hlediska respondentů se tedy jedná spíše o subjektivní hodnocení a požití alkoholu klienty v těchto případech je tedy bráno jako suspektní. Lékaři a záchranáři v PNP také nediodagnostikují závislost na alkoholu, proto se v novém

znění dotazníku termín „závislost“ již neobjevuje a jedná se o klienty „pod vlivem alkoholu“.

Několik respondentů z ČR se také vyjádřilo ke skutečnosti, že si z dané škály u některých položek nemohlo vybrat adekvátní odpověď. Na místě je tedy zvažování vytvoření širší a sjednocené škály odpovědí v dalších šetřeních.

7.2 Publikace dat

V návaznosti na zájem respondentů o výsledky tohoto šetření byla vytvořena jednoduchá statická webová stránka, kde byly publikovány základní parametry a informace týkající se tohoto průzkumu.

The image shows a screenshot of a research website. The main heading is "Research" with the subtitle "Porovnání abusu alkoholu u klientů v přednemocniční péči v ČR a Portugalsku". Below this, there is a navigation menu with "Hlavní stránka", "Portugals", and "Download". The main content area is divided into two sections: "ZÁKLADNÍ INFORMACE O PRŮZKUMU" and "ZISKANÁ DATA Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ". The first section includes a pie chart and text describing the research methodology and findings. The second section includes a bar chart and text detailing the survey results. On the left side, there is a sidebar with a "Poradíme Vámi" section and a "jak na alkohol" logo. The website is designed with a clean, professional layout using a color palette of blues, greys, and whites.

Obrázek 3 Webová stránka s publikovanými daty průzkumu

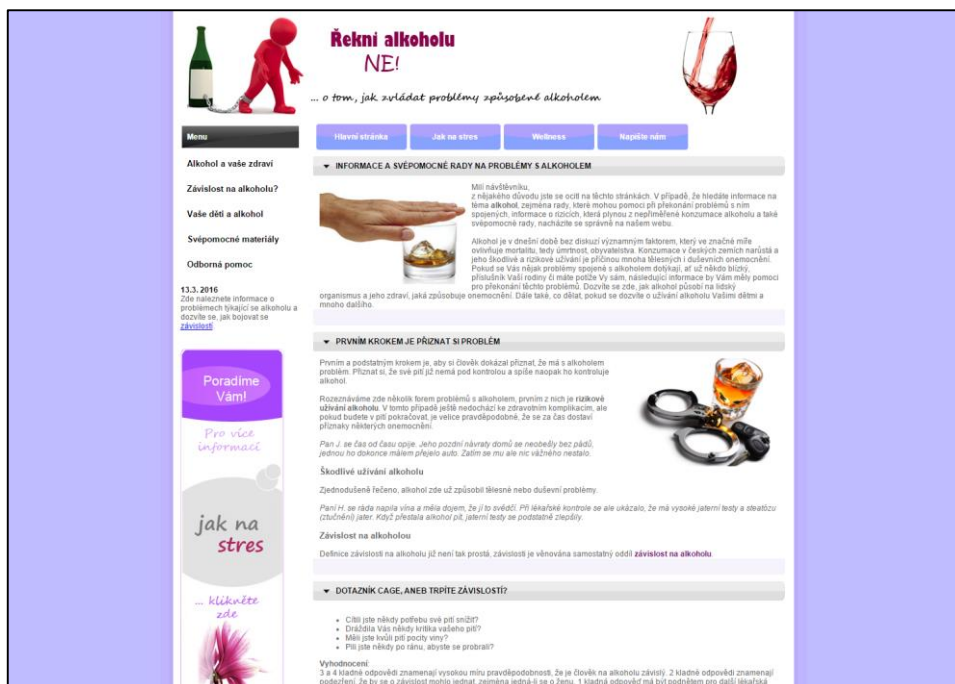
Zdroj: vlastní

Nachází se zde stručná metodologie průzkumu, charakteristika průzkumného souboru, analyzovaná data a kompletní znění bakalářské práce. Tento webový projekt je fyzicky uložen na diskovém poli v rámci serveru AV ČR, v.v.i.

Záloha stránky je dostupná na webové adrese <http://zeus.asu.cas.cz/~urban/research>. Webová stránka s publikovanými daty také odkazuje na následující webový projekt, který vznikl v rámci bakalářské práce a týká se závislosti na alkoholu.

7.3 Webový projekt pro závislé na alkoholu

V rámci praktické části bakalářské práce byl také koncipován webový projekt malého rozsahu, který má informovat veřejnost o rizicích vztahujících se ke konzumaci alkoholu obecně a také poukázat na negativní dopady na zdraví při dlouhodobém alkoholismu. Návštěvníci zde naleznou rady a také svépomocné materiály týkající se závislosti na alkoholu. Pozornost je zde věnována také na užívání alkoholu dětmi a adolescenty.



Obrázek 4 Webový projekt Řekni alkoholu NE!

Zdroj: vlastní

Tento webový projekt vznikl v návaznosti na dřívější již **neexistující** projekt Jak na stres (www.jak-na-stres.cz) a webová stránka s názvem „Řekni alkoholu NE!“ byla dostupná na subdoméně (www.alkohol.jak-na-stres.cz).

Jedná se také o jednoduchou statickou webovou stránku psanou v HTML 4.01. Stránky obsahují hlavní stránku (index.html) a podkategorie *Alkohol a vaše zdraví*, *Závislost na alkoholu*, *Vaše děti a alkohol*, *Svépomocné materiály* a *Odborná pomoc*.

Projekt je nyní dostupný na URL <http://zeus.asu.cas.cz/~urban/research/web>.

8 DISKUZE

Ihned na úvod je třeba zmínit, že problematika abúzu alkoholu je natolik obsáhlá, že ji nelze shrnout v rámci jedné práce. Tento cíl na bakalářskou práci ani nebyl kladen, cílem bylo nastínit základní a stěžejní aspekty problematiky alkoholu promítající se do přednemocniční neodkladné péče, popsat negativní aspekty týkající se poškození lidského organismu ve vztahu ke konzumaci alkoholu, nastínit trendy ve spotřebě napříč Evropou a porovnat proměnné z hlediska přednemocniční neodkladné péče a klientů pod vlivem alkoholu mezi respondenty z České republiky a z Portugalska. Z hlediska aktuálnosti problematiky úzu alkoholu u dětí a teenagerů byla věnována pozornost tomuto fenoménu i v rámci průzkumné části.

Podle Rehma a kol. (2003) v roce 2000 alkohol způsobil v globálním měřítku až 484 000 předčasných úmrtí, roky života ztracené v důsledku chorob či smrti spojené s alkoholem činily v témže roce celých 16 495 000 let. Tato čísla jsou velice znepokojivá, bohužel je možné, že jsou tato data ještě podhodnocena.

V rámci průzkumné části bylo stanoveno 5 hlavních hypotetických tvrzení, která byla následně při analýze vytěžených dat potvrzena. Jedním z nejvýznamnějších výsledků je skutečnost, že záchranáři v České republice se s klienty pod vlivem alkoholu během výkonu svého povolání setkávají poměrně častěji než záchranáři v Portugalsku. Doslovné znění hypotézy H_1 bylo: „Záchranáři v Portugalsku se s klienty pod vlivem alkoholu setkávají méně“. Toto hypotetické tvrzení bylo na základě vyhodnocení vytěžených dat potvrzeno.

Svědčí o tom výsledky šetření, kdy bylo zjištěno, že 72 % českých záchranářů se za uplynulé 2 roky setkala s klienty pod vlivem alkoholu více než v 50 případech. Se stejným počtem případů za 2 roky se však setkala pouze 26 % portugalských záchranářů. Z hlediska průměrné frekvence ošetření klientů pod vlivem alkoholu v rámci PNP se 46 % českých záchranářů setkává s takovým klientem průměrně několikrát za týden. Ve stejné frekvenci se s klienty pod vlivem alkoholu setkává pouze 18 % dotazovaných portugalských záchranářů. Je tedy zřejmé, že tato problematika je více vykreslena v české PNP a lze usuzovat skutečnost, že česká společnost obecně je z hlediska konzumace alkoholu mnohem více tolerantní.

Dalším aspektem týkající se bezprostředně přednemocniční neodkladné péče, konkrétně bezpečnosti zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče, je agresivita klientů. Alkohol je bezpochyby rizikovým faktorem k umocnění agresivních projevů klientů vůči zdravotnickým pracovníkům. Nejvíce alarmujícím zjištěním celého průzkumu je skutečnost, že 88 % zdravotnických pracovníků v české přednemocniční neodkladné péči se za svou dosavadní praxi cítilo ohroženo v souvislosti s agresivními projevy klientů pod vlivem alkoholu. V Portugalsku se během výkonu svého povolání stejně ohroženo cítilo někdy být 82 % respondentů. Jedná se tedy zatím pouze o pocit ohrožení, ne o samotné napadení, ať již verbální či fyzické. Tímto byla potvrzena druhá hypotéza, exaktní znění hypotetického tvrzení **H₂** bylo: „Více než ½ záchranářů v obou zemích se někdy cítila ohrožena z důvodu setkání se s agresivním klientem.“

Následně bylo potvrzeno také třetí hypotetické tvrzení **H₃** ve znění: „Více než ½ záchranářů v obou zemích se již setkalo s klientem pod vlivem alkoholu, který se vůči nim choval agresivně.“ Jakýmkoli způsobem bylo totiž dle analýzy dat napadeno celých 96 % zdravotníků v portugalské PNP a 94 % zdravotníků v české PNP.

V rámci průzkumu bylo také dokázáno, že čeští záchranáři se setkávají opakovaně se stejnými klienty pod vlivem alkoholu ve vyšší míře než záchranáři v Portugalsku. Svědčí o tom data, která prezentují, že opakované ošetření stejných klientů pod vlivem alkoholu pozoruje 97 % českých záchranářů a pouze 86 % záchranářů v Portugalsku. Tento důkaz potvrzuje přijetí hypotetického tvrzení **H₄**: „Více než ½ záchranářů v obou zemích se setkává opakovaně se stejnými klienty pod vlivem alkoholu“.

Jedním ze stěžejních cílů práce bylo také zařazení alkoholu jako rizikového faktoru v souvislosti se vznikem traumat, dopravních nehod, atp. Podle Sovinové a kol. (2002) je alkohol faktorem, který se podílí z 10 % na celkové úrazovosti. Tento aspekt úzce koresponduje s posledním hypotetickým tvrzením **H₅** v doslovném znění: „Záchranáři v České republice se setkávají častěji s traumaty způsobenými alkoholem.“ Alarmujícím zjištěním našeho průzkumu v této souvislosti byla skutečnost, že celých 38 % záchranářů v rámci české přednemocniční neodkladné péče se setkává s traumaty způsobenými alkoholem několikrát týdně, zatímco v portugalské PNP se ve stejné míře s takovými traumaty setkává o 20 % respondentů méně. Poslední hypotéza byla tedy také potvrzena.

Z hlediska úzu alkoholu u dětí a teenagerů je znepokojivé zjištění, že s ošetřením dětského či adolescentního klienta se v rámci PNP nesetkalo celých 15 % záchranářů v Portugalsku, avšak pouze 8 % záchranářů v České republice.

Doporučení pro praxi

- Doporučení na úrovni systémové - legislativní

Cílem by mělo být nastavit efektivní politiku ve vztahu k alkoholu vedoucí k redukci spotřeby, významným prvkem je existence Evropského akčního plánu ve vztahu k alkoholu. Dalšími efektivními faktory jsou například redukce reklam na alkoholické nápoje, zvyšování cen alkoholických nápojů a naopak podpora snižování cen nealkoholických nápojů. Dále omezení sponzoringu veřejných kulturních akcí společnostmi z alkoholového průmyslu, omezení přístupu adolescentů na takové akce.

Cílená spotřeba alkoholu je nezbytná, o přímém vztahu mortality a úrovně spotřeby alkoholu ve společnosti pojednává již Her a kol. (1998).

V této souvislosti je nezbytné postavit alkohol ve společnosti na rovinu tabákových výrobků, k cílenému pravidelnému růstu cen u alkoholu nedochází, jako je tomu u tabákových výrobků, varování na etiketách zcela chybí, přičemž řešení problémů spojených s alkoholem je ve výsledku finančně nákladnější. K zamyšlení je možnost vymáhání dlužné částky za ošetření zdravotními pojišťovnami, pokud je ošetření ve zdravotnickém zařízení spojeno s předchozím požitím alkoholu.

Otázkou však je, zda by měla legislativní opatření či opatření na úrovni zdravotních pojišťoven z hlediska proplácení zdravotní péče klientů pod vlivem alkoholu význam. Podle Nešpora a kol. (2004) některé ze zdravotních pojišťoven v USA nehradí zdravotní péči klientům, kteří byli pod vlivem alkoholu a dochází tak buď k prostému nezjišťování vlivu alkoholu či dokonce k zatajování těchto skutečností samotnými lékaři v klinických zařízeních.

- Doporučení na úrovni společenské

Společnost v České republice je ve vztahu ke konzumaci alkoholu velice tolerantní. Toto může být jednou z hlavních příčin v souvislosti postavení České republiky v rámci Evropy z hlediska spotřeby alkoholu. Cílem by měla být podpora prevence ve školských

zařízeních, tvorba speciálních programů týkající se prevence abúzu alkoholu, také zajištění efektivní prevence již na úrovni praktických lékařů. Podle Chicka (1998) by lékař či zdravotník rozhodně neměl doporučovat alkohol v jakémkoli množství vzhledem k jakémukoli systémovému onemocnění.

Prevenci alkoholismu lze docílit již na úrovni rodiny i na úrovni jednotlivců. Výchova v rodině, stejně jako ve školských zařízeních, by měla cílit na posilování motivace jedinců, pomoci se vyvarovat stykům s rizikovým okolím, rozlišovat dobré a špatné hodnoty, naučit se vybírat si vhodnou společnost, která minimalizuje potenciální sklony k nadměrnému pití alkoholu.

- Doporučení na úrovni poskytovatelů PNP

Stěžejním cílem je nepodceňování této problematiky. Z hlediska agresivity klientů a možnosti napadení záchranářů je nezbytný rozvoj vzdělávacích programů i na úrovni školicích středisek krajských zdravotnických záchranných služeb. Záchranáři obecně by měli být vzděláváni v komunikaci s intoxikovanými klienty, tímto lze předejít mnoha situacím, které nezděravka končí až fyzickým napadením záchranářů. Vyšší pozornost této tématice by měla být věnována již ve školských zařízeních vzdělávajících budoucí zdravotnické specialisty v přednemocniční neodkladné péči. Na místě je také zvýšené úsilí o legislativní podporu, co se týče ochrany zdravotnických pracovníků před napadením klienty.

- Doporučení na úrovni zdravotnických pracovníků v PNP

Nezbytné je dodržování zásad správné komunikace v krizových situacích. Stěžejní je i edukace klienta o možných rizicích nadměrného pití alkoholu a negativních dopadech na jeho zdraví. Samozřejmostí by měl být lidský a profesionální přístup stejně jako u všech ostatních klientů. Na zvažování je i integrace specifických kurzů sebeobrany v rámci pracovišť zdravotnické záchranné služby. Tyto kurzy mohou navštěvovat i jednotlivci na svém vlastním uvážení.

Na základě analyzovaných dat by v dalších šetřeních týkajících se problematiky alkoholu v přednemocniční neodkladné péči měla být věnována zvýšená pozornost alkoholu u dětí a teenagerů a také obecně traumatům způsobených alkoholem. Problematika těchto aspektů v přednemocniční péči stále stoupá a svědčí o tom výsledky našeho průzkumu.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo nastínit problematiku abúzu alkoholu v rámci přednemocniční neodkladné péče a prezentovat komparaci aspektů týkajících se PNP a alkoholu v rámci české a portugalské přednemocniční péče. Byly nastíněny skutečnosti týkající se reakcí alkoholu na molekulární a buněčné úrovni a také celkové účinky a negativní dopady na zdraví lidského organismu stran jednorázového abúzu i chronického alkoholismu. Důraz byl kladen na popis duševních i somatických onemocnění způsobených alkoholem.

V rámci teoretických východisek bakalářské práce byla popsána i problematika syndromu závislosti na alkoholu, jeho diagnostika a následná terapie na specializovaných odděleních psychiatrie. Z hlediska přednemocniční neodkladné péče a vzhledem ke studijnímu oboru bylo signifikantní popsat aspekty týkající se akutní intoxikace alkoholem. Dílčím cílem bylo popsat trendy ve spotřebě alkoholu v Evropě a porovnat je se spotřebou alkoholu v České republice a v Portugalsku.

V rámci průzkumné části bakalářské práce byl kladen důraz na porovnání proměnných týkající se klientů pod vlivem alkoholu v PNP mezi českými a portugalskými respondenty. Došlo zde k významným zjištěním, zejména z hlediska četnosti a frekvence výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu, dále z hlediska vzniku traumat způsobených požitím alkoholu. Nejvíce aktuální a bohužel také nejvíce alarmující zjištění se týkají agresivity klientů pod vlivem alkoholu vůči zasahujícímu zdravotnickému personálu. Těmto aspektům by měla být věnována vyšší pozornost a to na všech úrovních společnosti. V rámci průzkumu bylo stanoveno 5 hypotéz a na základě analýzy dat vytěžených od respondentů byly následně potvrzeny.

Signifikantním prvkem, co se týče obecně alkoholismu a s tím souvisejícími aspekty pro přednemocniční neodkladnou péči, je právě prevence na všech úrovních.

Cíle práce byly splněny v plné šíři, problematika byla popsána z hlediska nejvýznamnějších prvků týkajících se PNP a byla provedena komparace dat v rámci obou prezentovaných průzkumných souborů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AUTOCITACE

URBAN, R., 2014. *Porovnání abusu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči v České republice a Portugalsku: Absolventská práce*. Čelákovice: Vyšší odborná škola Mills, s.r.o. Stupeň kvalifikace: Diplomovaný specialista (DiS.). 106 l., 13 l. příl. Vedoucí práce: PhDr. Martina Muknšnáblová.

MUKNŠNÁBLOVÁ, M. a R. URBAN, 2014. *Sborník z mezinárodní konference AWHP 2014: Komparace abusu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči v České republice a v Portugalsku*. Praha: Manus. © ČVUT, Fakulta biomedicínkého inženýrství. ISBN 978-80-86571-24-9.

MONOGRAFIE, SERIÁLOVÉ PUBLIKACE, INTERNETOVÉ ZDROJE

ASHLEY, M. J., R. FERRENCE, R. ROOM, S. BONDY, J. REHM a E. SINGLE, 1997. Moderate drinking and health: Implications of recent evidence. In: *Canadian Family Physician*. **43**, 687 - 694. ISSN 1117-20.

BJÖRN, H., 2012. *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: Modintryckoffset AB. 390 s. ISBN 978-91-7278-233-4.

ČEŠKA, R., 2007. *Intoxikace alkoholy* [online]. [Cit. 2015-11-27]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&termId=3499&tname=Intoxikace+alkoholy

ESPAD, 2012. *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*. [online]. [Cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.espad.org>

GISAH, 2016. *Global Information System on Alcohol and Health*. [online]. [Cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH>

HER, M. a J. REHM, 1998. Alcohol and all-cause mortality in Europe 1982 - 1990: A pooled cross-section time-series analysis. In: *Addiction*. **93**(9), 1335 - 1340. ISSN 1360-0443.

HÖSCHL, C., J. LIBIGER, J. ŠVESTKA, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

HYNIE, S., 2001. *Farmakologie v kostce*. 2., přeprac. vyd. Praha: Triton. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.

CHICK, J., 1998. Alcohol, health, and the heart: Implications for clinicians. In: *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*. **33**(6), 576 - 591. ISSN 0735-0414.

CHIKRITZHS, T., STOCKWELL T., NAIMI T. et al., 2015. Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? In: *Addiction* [online]. **110**(5), 726–727 [cit. 2016-02-21]. ISSN 1360-0443. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/add.12828>

ISBELL, H., 1955. Craving for alcohol. In: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 38-42. ISSN 0033-5649.

KLINIKA ADIKTOLOGIE, 2016. *Screeningový dotazník CAGE*. [online]. [Cit. 2015-12-26]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/en/articles/detail/586/2005/Screeningovy-dotaznik-CAGE>

KOL. AUTORŮ, 2009. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 2. aktualiz. vyd. ÚZIS ČR, Bomton agency. Cca 743 s. ISBN 978-80-904259-1-0.

KOLÁŘ, K., M. KODÍČEK a J. POSPÍŠIL, 2005. *Chemie organická a biochemie*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: SPN. 128 s, ISBN: 80-7235-283-0.

- NEŠPOR, K., 2007. Intoxikace alkoholem a kocovina. In: *Praktické lékařství* [online]. **3**, 156-158 [Cit. 2016-02-21]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2007/04/02.pdf>
- NEŠPOR, K., 2010. *Léčba závislosti na alkoholu, léčba deliria tremens*. [online]. [Cit. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/PoVs4.doc>
- NEŠPOR, K., 2011a. Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. In: *Psychiatrie* [online]. **15**(3),154-159 [Cit. 2016-02-19]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2011/03/07_nespor_psych_3-11.pdf
- NEŠPOR, K., 2011b. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. 173 s, ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY, 2002. „Průchozí“ drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající. [online]. [Cit. 2016-01-04]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/gatew6.doc>
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY, 2015. Pravděpodobný konec hypotézy o protektivním efektu malých dávek alkoholu u srdečních onemocnění. In: *Medical Tribune* [online]. **11**(11), A6 [Cit. 2016-02-21]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/AlSrEp3.doc>
- NEŠPOR, K., J. KNOR, a L. CSÉMY, 2004. Alkohol, neúmyslně způsobená poranění a násilí vůči záchranářům. In: *Časopis lékařů českých*. **143**(11), 779-80. ISSN 0008-7335.
- NIAAA, 2010. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Alcohol's effects on the body*. [online]. [Cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/alphabets-effects-body>
- ODDĚLENÍ LABORATORNÍ MEDICÍNY NEMOCNICE ŠTERNBERK, 2003. *Ethanol v krvi*. [online]. [Cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <http://laborator.nemsne.cz/metody/laboratorni-metody/soubory/ethanol.pdf>

OECD, 2016. *Organization for Economic Co-operation and Development: Health Status, Non-Medical Determinants of Health: Alcohol Consumption*. [online]. [Cit. 2016-03-03]. Dostupné z:

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

REHM, J., R. ROOM, M. MONTEIRO, G. GMEL, K. GRAHAM, N. REHN, C. T. SEMPOS a D. JERNIGAN, 2003. Alcohol as a Risk Factor for Global Burden of Disease. In: *European Addiction Research* [online]. **9**, 157–164 [cit. 2016-03-112]. ISSN 1421-9891. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12970584>

ROERECKE, M. a J. REHM, 2015. Alcohol and ischaemic heart disease risk – finally moving beyond interpretation of observational epidemiology. In: *Addiction* [online]. **110**(5), 723–724 [cit. 2016-02-21]. ISSN 1360-0443. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12787/full>

SOVINOVÁ, H., L. CSÉMY a P. SADÍLEK, 1999. *Zdraví a škodlivé návyky*. Státní zdravotní ústav Praha. ISBN 80-7071-141-8.

SOVINOVÁ, H., L. CSÉMY, K. HAMPL a V. PACOVSKÝ, 2002. *Alkohol a úrazy*. Státní zdravotní ústav Praha. ISBN 80-7071-206-6.

SOVINOVÁ, H., L. CSÉMY, a P. SADÍLEK, 2003. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-230-9.

STEVEN, M. P., 2006. *Alcohol-sensitive GABA receptors and alcohol antagonists*. [online]. [Cit. 2016-01-30]. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1482489>

WENKE, M. et al., 1990. *Farmakologie pro lékařské fakulty*. Vyd. 2., Praha: Avicenum. 580 s., ISBN 08-027-86.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2012. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen. 149 s., ISBN 978-92-890-0264-6.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2013. *Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013*. Copenhagen. v, 170 s., ISBN 978-92-890-0008-6.

WIKIMEDIA COMMONS, 2009. *Ethanol Keilstrich* [obrázek]. [online]. [Cit. 2015-11-27]. Dostupné z: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ethanol_Keilstrich.svg

ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. In: *Interní Medicína*. **11**(10), 471. ISSN 1212-7299.

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník AUDIT	II
Příloha B – Dotazník pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby	IV
Příloha C – Informovaný souhlas se sběrem dat na ZZS Nymburk	VII
Příloha D – Informovaný souhlas se sběrem dat na ZZS Kolín	VIII
Příloha E - Průvodní E-mail, žádost o umožnění sběru dat.....	IX
Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce ...	XI
Příloha H – Rešerše bakalářské práce	XII

Příloha A – Dotazník AUDIT

Otázky	0	1	2	3	4	Score
<p>Dotazník AUDIT:</p> <p>Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.</p> <p>Demografické informace (neuvádějte, prosím, jméno).</p> <p>Pohlaví: muž / žena Věk: let Dokončené vzdělání:</p> <p>Současné zaměstnání:</p>						
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					Celkem	

Dotazník AUDIT

vyplňte dotazník a sečtěte body, získané za odpovědi na jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkový skór.

Hodnocení dotazníku AUDIT

Celkové orientační hodnocení

- **Celkový skór < 8** (u osob na 65 let <7) - není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením
- **Celkový skór > 8** (u osob na 65 let >7) - existuje riziko škodlivého pití
- **Celkový skór 8-15** - představuje střední úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skór 16 -19** - představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skór >20** - indikuje závislost na alkoholu

Podrobné hodnocení

- **Otázky 2 a 3:** u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití, které může poškodit zdraví
- **Otázky 4, 5 a 6:** u každé z těchto otázek skór více jak 1 bod indikuje riziko závislosti na alkoholu
- **Otázky 7,8,9,10:** u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu.

Příloha B – Dotazník pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby

Vážení,

jako student bakalářského studijního programu Specializace ve zdravotnictví, si Vás v rámci bakalářské práce *Komparace abusu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči v České Republice a v Portugalsku* dovoluji oslovit formou tohoto krátkého dotazníku. Věnujte, prosím, několik minut jeho vyplnění, velice mi tím pomůžete při sběru dat pro mou závěrečnou práci. Děkuji velice.

Richard Urban, DiS.

Student oboru ZZ, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Vedoucí práce: **PhDr. Martina Muknšánblová**

U otázek se zaškrťovací odpovědí zakřížkujte políčko u zvolené odpovědi a u otevřených otázek pište do vyznačeného pole.

1. Kolikrát jste se v posledních 2 letech setkal/a s klientem pod vlivem alkoholu?

- 5 – 10.
- 11 – 20.
- Méně než 50.
- Více než 50.**
- Jiné. **Zdůvodněte.**

2. Jak často se **průměrně** při výkonu povolání setkáváte s klienty pod vlivem alkoholu?

- Několikrát týdně.
- Minimálně jednou týdně.
- Minimálně jednou měsíčně.
- Jiné. **Zdůvodněte.**

3. Cítil(a) jste se někdy během ošetřování a transportu klienta pod vlivem alkoholu ohrožen(a)?

- Ano.
- Ne.

4. Jaký podíl klientů pod vlivem alkoholu vykazuje agresivitu vůči personálu?

- 1 – 3 z 10
- 4 – 6 z 10
- 7 – 9 z 10

5. Byl(a) jste někdy napaden(a) klientem pod vlivem alkoholu?

- Ano. Verbálně.
- Ano. Fyzicky.
- Ano. Verbálně i fyzicky.
- Ne.

6. Setkáváte se v praxi opakovaně se stejnými klienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu?
 Ano.
 Ne.
 Nevím.
7. Četnost výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu je většinou vyšší v nočních a brzkých ranních hodinách.
 Ano.
 Ne.
 Nevím.
8. Četnost výjezdů ke klientům pod vlivem alkoholu bývá relativně vyšší na konci týdne.
 Ano.
 Ne.
 Nevím.
9. Kolikrát se **průměrně** setkáváte s traumaty spojených s požitím alkoholu?
 Jednou týdně.
 Vícekrát za týden.
 Jednou měsíčně.
 Jiné. **Zdůvodněte.**
10. Kolikrát se **průměrně** setkáváte s dopravními nehodami spojených s územ alkoholu?
 Jednou týdně.
 Vícekrát za týden.
 Jednou měsíčně.
 Jiné. **Zdůvodněte.**
11. Jaký poměr z celkového počtu dopravních nehod tvoří dle Vašeho odhadu nehody zapříčiněné požitím alkoholu?
 1 – 3 z 10
 4 – 6 z 10
 7 – 9 z 10
12. Kolik klientů se suspektním územ alkoholu bývá z vrstvy s nízkým socioekonomickým statusem či lidí bez přístřeší?
 1 – 3 z 10
 4 – 6 z 10
 7 – 9 z 10

13. Jak často se setkáváte s územ alkoholu u dětí a adolescentů?

- Minimálně jednou měsíčně.
- Několikrát do roka.
- Neseťkal(a) jsem se.

14. Velký nárůst intoxikací alkoholem u dětí je obvykle spojován se sezónními událostmi. (Závěr školního roku, maturitní plesy, etc..)

- Ano.
- Ne.

Chcete se dále jakkoli vyjádřit k tématu, sdělit své postřehy, charakterizovat své praktické zkušenosti?

*Moc Vám děkuji za vyplnění dotazníku. Přeji hodně pracovních i osobních úspěchů.
R. Urban, DiS.*

Příloha C – Informovaný souhlas se sběrem dat na ZZS Nymburk

Souhlas s dotazníkovým šetřením na výjezdovém stanovišti ZZS Nymburk

Souhlasím s dotazníkovým šetřením na našem pracovišti v rámci absolventské práce Richarda Urbana – *Porovnání abusu alkoholu u klientů v přednemocniční péči v České Republice a v Portugalsku.*

V Nymburce dne: 30.12.2019

RICHARD URBAN
zdravotnický asistent



Podpis studenta

22 Zdravotnická záchranná služba
107 Středočeský územní úřad
271 příslušnost organizace
Podpis a razítko organizace
Dřevská 55, 289 02 Nymburk, ČR
IČ: 750 01 420

Příloha D – Informovaný souhlas se sběrem dat na ZZS Kolín

Souhlas s dotazníkovým šetřením na výjezdovém stanovišti ZZS v Kolíně

Souhlasím s dotazníkovým šetřením na našem pracovišti v rámci absolventské práce Richarda Urbana – *Porovnání abusu alkoholu u klientů v přednemocniční péči v České Republice a v Portugalsku.*

V Kolíně dne: 10.11.2013

RICHARD URBAN
zdravotnický asistent

Podpis studenta



Podpis a razítko organizace

Zdravotnická záchranná služba
Středočeského kraje
příspěvková organizace
Okresní středisko ZZS v Kolíně
vrbní sestra
Žitkova 146, 280 02 Kolín
IČ: 750 30 926

Příloha E - Průvodní E-mail, žádost o umožnění sběru dat

Dobrý den,

měl bych dotaz ohledně dotazníkového šetření na Vašich výjezdových základnách v rámci mé bakalářské práce *Komparace abusu alkoholu u klientů PNP v České republice a v Portugalsku*, a to zda by bylo možné provést šetření na Vašem pracovišti rozesláním krátkého elektronického formuláře. U některých proměnných jde převážně o subjektivní názory zaměstnanců ZZS. Podobně zaměřený průzkum probíhal již v roce 2014 a publikovaná data lze nalézt například ve Sborníku konference AWHP 2014.

http://www.awhp.cz/doc/Zbornik_prednasek_AWHP.pdf

Výstupem by mělo být srovnání subjektivního pozorování a zkušeností zaměstnanců ZZS v ČR a v Portugalsku a dále objektivní zhodnocení na základě dostupných dat z WHO databází (GISAH, etc..)

Dotazník nezabere více než 2 minuty Vašeho času, děkuji velice za ochotu a Váš čas.

Jsem s pozdravem

Richard Urban, DiS.

Student oboru ZZ, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Příloha F – Souhlasy se sběrem dat v rámci pracoviště

Dobrý den,

na základě Vaší žádosti a zaslání dotazníku povolují dotazníkové šetření v organizaci Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje.

Váš dotazník bude přeposlán na všechny okresy našeho kraje se žádostí o jeho vyplnění.

Případné dotazy směřujte prosím na mě.

S pozdravem

--

Bc.Pavel Tlustý

Náměstek NLZP

ZZS SČK

731 137 167

Dobrý den,

Váš dotazník jsme umístili na intranet ZZS MSK a je nyní přístupný pro vyplnění všem našim zaměstnancům.

S pozdravem

--

PhDr. Lukáš Humpal

tiskový mluvčí

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje

Výškovická 2995/40, 700 30 Ostrava-Zábřeh

Tel.: 553 777 706

GSM: 722 548 840 GSM: 720 513 162

E-mail: lukas.hu***@zzsmsk.cz

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Urban Richard	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Komparace abusu alkoholu u klientů v přednemocniční neodkladné péči v České republice a v Portugalsku	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Výjezdové základny zdravotnické záchranné služby na území ČR x výjezdové základny Bombeiros, AHBV a INEM na území Portugalska	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Martina Mukšnáblová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>M.Š.</i> podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	Nehodí se	

v *Č. Lačovicích* dne 14. 9. 2011

[Podpis]
podpis studenta

Příloha H – Rešerše bakalářské práce

Formulář

Objednávka rešerše: 2015-09-16 16:17:54

Číslo objednávky

res00187/15

Podrobné tematické vymezení

Hlavním cílem práce je nastínit problematiku abusu alkoholu u klientů v přednemocniční péči, zejména dopady na biopsychosociální zdraví klienta, dále možné dopady na práci záchranáře, tím rozumějme zejména možnost agresivního chování ze strany pacienta. Důraz bude kladen okrajově také na dětskou toxikologii. Dalším cílem je samozřejmě, jak už vyplývá z názvu, porovnání charakteru a četnosti takovýchto výjezdů na záchranné službě v ČR a v Portugalsku.

Klíčová slova a jejich kombinace

Abusus alkoholu, závislost na alkoholu, alkohol u dětí, závislost na alkoholu v Portugalsku, závislost na alkoholu v ČR, alcohol abuse in emergency medical service in Portugal, alcohol abuse Portugal, alkohol záchranná služba.

Časové vymezení (retrospektiva)

Od roku: 2000

Do roku: současnost

Jazykové vymezení

Čeština, angličtina

Typ rešerše

vícezdrojová

Druh výstupu

CD

Termín vyhotovení

12. 10. 2015

Rešerše pro účely

bakalářská práce

Příjmení a jméno (titul)

Richard Urban, DiS.

Název pracoviště (u studentů školy)

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Číslo průkazu čtenáře NLK

Národní lékařská knihovna

Sokolská 54

121 30 Praha 2

Tel: 296 335 918 E-mail: her*****@nlk.cz