

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA POD VLIVEM NÁVYKOVÉ
LÁTKY POSÁDKAMI ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ
SLUŽBY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZDENĚK JINDŘÍŠEK

Praha 2017

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

**OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA POD VLIVEM NÁVYKOVÉ
LÁTKY POSÁDKAMI ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ
SLUŽBY**

Bakalářská práce

ZDENĚK JINDŘÍŠEK

Stupeň vzdělání: Bakalář
Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Bc. Josef Taybner

Praha 2017



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

Jindříšek Zdeněk
3. A ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami
Zdravotnické záchranné služby

*Treatment of a Patient under the Influence of Addictive Substances by
Crews of the Emergency Rescue Service*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. et Bc. Josef Taybner

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval především vedoucímu práce panu PhDr. Mgr. et Bc. Josefu Taybnerovi za odborné vedení práce, vstřícnost, trpělivost a také za cenné rady a připomínky.

ABSTRAKT

JINDŘÍŠEK, Zdeněk. *Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Bc. Josef Taybner. Praha. 2017. 84 s.

Tématem bakalářské práce je problematika ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby. Teoretická část práce se zabývá nejčastěji užívanými návykovými látkami, jejich cestou vstupu a působením na organismus, včetně možnosti léčebného řešení intoxikovaného pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Součástí teoretické části je vymezení základních pojmů ve vztahu k návykovým látkám spolu s vhodným návodem ke komunikaci se specifickým pacientem nebo v krizové situaci. Praktická – průzkumná část práce se zabývá vyhodnocením průzkumného dotazníkového šetření, pomocí kterého je zjišťováno, se kterými intoxikacemi návykovými látkami se setkávají nejčastěji zdravotničtí záchranáři v Libereckém kraji. Hlavním cílem bakalářské práce bude navržení a vytvoření standardizovaného ošetrovatelského postupu u pacientů pod vlivem návykové látky pro posádky rychlé zdravotnické pomoci.

Klíčová slova

Intoxikace. Návyková látka. Přednemocniční neodkladná péče. Droga. Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

JINDŘÍŠEK, Zdeněk. *Treatment of a Patient under the Influence of Addictive Substances by Crews of the Emergency Rescue Service*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Mgr. et Bc. Josef Taybner. Prague. 2017. 84 pages.

The topic of this Bachelor's thesis is treatment for patients under influence of addictive substances by personnel of the Emergency Medical Service. The theoretical part of the thesis concerns itself with the most frequently used addictive substances, with the way they enter the organism and their influence upon it including possibilities of medical care for an intoxicated patient in prehospital emergency care. The theoretical part includes definition of basic terms in relation to addictive substances along with corresponding instructions for communication with a specific patient or in a critical situation. The practical – research part of the thesis – concerns itself with evaluation of a research survey that is used to establish intoxications with addictive substances that the emergency personnel in the Liberec region encounter the most. The main aim of the Bachelor's thesis will be to suggest and create a standardised treatment procedure in patients under influence of an addictive substance for personnel of fast emergency care.

Key words

Intoxication. Addictive substance. Prehospital emergency care. Drug. Emergency rescuer.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	17
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	22
ÚVOD	18
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK	21
1.1 ZÁKLADNÍ POJMY VE VZTAHU K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM.....	21
1.2 ÚČINKY VYVOLANÉ NÁVYKOVOU LÁTKOU A SYNDROM ZÁVISLOSTI.....	22
2 SKUPINY NÁVYKOVÝCH LÁTEK	24
2.1 ALKOHOL	24
2.1.1 VSTUP ALKOHOLU DO ORGANISMU	25
2.1.2 ÚČINKY ALKOHOLU NA ORGANISMUS A INTOXIKACE.....	25
2.1.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA ALKOHOLEM	26
2.2 OPIOIDY A OPIÁTY	27
2.2.1 VSTUP OPIOIDŮ, OPIÁTŮ DO ORGANISMU	27
2.2.2 ÚČINKY OPIOIDŮ, OPIÁTŮ NA ORGANISMUS A INTOXIKACE ..	28
2.2.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA OPIOIDNÍ LÁTKOU	30
2.3 KONOPNÉ DROGY	30
2.3.1 VSTUP KONOPNÝCH DROG DO ORGANISMU	31
2.3.2 ÚČINKY KONOPNÝCH DROG NA ORGANISMUS A INTOXIKACE.....	31
2.3.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA KONOPNOU DROGOU ...	32
2.4 SEDATIVA A HYPNOTIKA	32
2.4.1 VSTUP SEDATIV A HYPNOTIK DO ORGANISMU	33
2.4.2 ÚČINKY SEDATIV A HYPNOTIK NA ORGANISMUS A INTOXIKACE.....	33
2.4.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA SEDATIVNÍ NEBO HYPNOTICKOU LÁTKOU.....	34
2.5 STIMULANCIA	34
2.5.1 VSTUP STIMULANCIÍ DO ORGANISMU	35
2.5.2 ÚČINKY STIMULANCIÍ NA ORGANISMUS A INTOXIKACE	35
2.5.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA STIMULACIÍ.....	36

2.6	HALUCINOGENY	36
2.6.1	VSTUP HALUCINOGENŮ DO ORGANISMU.....	37
2.6.2	ÚČINKY HALUCINOGENŮ NA ORGANISMUS A INTOXIKACE ...	37
2.6.3	LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA HALUCINOGENY	38
2.7	MDMA A TANEČNÍ DROGY	38
2.7.1	VSTUP MDMA A TANEČNÍCH DROG DO ORGANISMU	39
2.7.2	ÚČINKY MDMA A TANEČNÍCH DROG A INTOXIKACE	39
2.7.3	LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA MDMA A TANEČNÍ DROGOU.....	39
2.8	TĚKAVÉ LÁTKY	40
2.8.1	VSTUP TĚKAVÝCH LÁTEK DO ORGANISMU.....	40
2.8.2	ÚČINKY TĚKAVÝCH LÁTEK A INTOXIKACE	40
2.8.3	LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA TĚKAVOU LÁTKOU	40
2.9	TABÁK.....	41
2.9.1	VSTUP TABÁKU DO ORGANISMU	41
2.9.2	ÚČINKY TABÁKU A INTOXIKACE	41
2.9.3	LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA TABÁKEM.....	41
3	KOMUNIKACE A AGRESIVNÍ PACIENT V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI	42
3.1	ZÁKLADNÍ KOMUNIKACE A KRIZOVÁ INTERVENCE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI.....	42
3.2	KOMUNIKACE MEZI ZÁCHRANÁŘEM A PACIENTEM.....	42
3.3	KOMUNIKACE S RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKEM	43
3.4	KOMUNIKACE SE SVĚDKEM UDÁLOSTI	43
3.5	KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM.....	44
3.6	KOMUNIKACE S OSOBAMI ZÁVISLÝMI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	44
3.6.1	KOMUNIKACE S OSOBAMI POD VLIVEM LÁTEK SE STIMULAČNÍM ÚČINKEM	44
3.6.2	KOMUNIKACE S OSOBAMI POD VLIVEM TLUMÍCÍCH A SEDATIVNÍCH LÁTEK.....	45
3.6.3	KOMUNIKACE S OSOBAMI POD VLIVEM HALUCINOGENNÍCH LÁTEK.....	45
3.7	AGRESE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI	45
3.7.1	KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM.....	46

3.7.2	OMEZENÍ PACIENTA.....	46
3.7.3	FARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE.....	46
4	OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA POD VLIVEM NÁVYKOVÉ LÁTKY POSÁDKAMI ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	47
4.1	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
4.2	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	50
4.3	CELKOVÉ SHRnutí VÝSLEDKŮ Z PRŮZKUMU.....	79
5	DISKUZE.....	80
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	82
6	ZÁVĚR	84
	PŘÍLOHY.....	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A	Arteria (tepna)
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Syndrom hyperreaktivity s poruchou pozornosti)
AV	Atrioventrikulární
AVPU	Alert, Voice, Pain, Unresponsive – pomůcka využívaná během vyšetření vědomí
CNS	Centrální nervová soustava
DC	Dýchací cesty
EKG	Elektrokardiogram
FR	Fyziologický roztok
GABA	Gama-aminomáselná kyselina
GCS	Glasgow coma scale (klasifikace bezvědomí)
GIT	Gastrointestinální trakt (trávicí ústrojí)
HIV	Human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency)
i.o	Intraoseální
i.v	Intravenózní
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LSD	Dietylamid kyseliny lysergové
MDA/MDE	3,4-metylendioxyamfetamin
MDMA	Metylendioxymetamfetamin
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
Mmol	Milimol
NGS	Nazogastrická sonda
OTI	Orotracheální intubace
O	Kyslík
PCP	Fencyklidin
PČR	Policie České republiky
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PMK	Permanentní močový katetr
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SpO	Saturace krve kyslíkem

THC	Tetrahydrokanabinol
UPV	Umělá plicní ventilace
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS JČK	Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
ZZS LK	Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

(KALINA, 2015), (VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdominální – břišní

Absorpce – vstřebávání

Abstinence – zdrženlivost

Abstinenční syndrom – soubor příznaků, které vznikají po odnětí návykové látky

Abúzus – nadměrné užívání, zneužívání

Acetylkoenzym A – významná sloučenina (aktivní kyselina octová)

Afinita – příbuznost

Agitovaný – neklidný

Agonista – působící stejně

Alicyklické sloučeniny – uhlovodíky ze skupiny karbocyklických isocyklických sloučenin, které neobsahují struktury aromatických kruhů

Alifatické sloučeniny – organické acyklické sloučeniny, které obsahují atomy uhlíku v lineárním uspořádání

Alkaloid – látka zásadité povahy s heterocyklickou vazbou atomu dusíku

Alkoholdehydrogenáza – enzym, který se podílí na metabolismu alkoholu

Alterace – změna

Amnézie – ztráta paměti

Analgezie – snížení až vymizení vnímání bolesti

Anamnéza – předchorobí

Antagonista – působící opačně

Antidotum – látka používaná ke zvrácení účinku jiné látky

Anxiolýza – utlumení nebo odstranění úzkosti

Arytmie – porucha srdečního rytmu

Aspirace – vdechnutí, natáhnutí obsahu

Atrofie – změna velikosti tkáně

Autonomní – samovolný

Bad trip – negativní prožitky při užití drogy

Behaviorální – týkající se chování

Biologický poločas – doba za kterou se z těla vyloučí polovina dané látky
(pokračovat konopné drogy)

Bradykardie – zpomalení srdeční frekvence

Bradypnoe – pomalé dýchání

Bronchokonstrikce – zúžení průdušek

Bystander fenomén – efekt přihlížejícího

Craving – bažení, silná touha nebo nutkání po látce

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic

Defibrilace – léčebný úkon vedoucí ke zvrácení maligních arytmií

Degradace – snížení hodnoty

Dekontaminace – přerušování kontaktu mezi pacientem a danou látkou

Delirium – kvalitativní porucha vědomí

Delirium tremens – komplikovaný stav typicky po odnětí alkoholu

Deprese – duševní stav charakterizující nadměrný smutek nebo snížení, potlačení funkce (např. dechového centra)

Derivát – sloučenina odvozená od hlavní látky

Disociace – oddělení

Distribuce – rozložení

Duodenum – dvanáctník, část tenkého střeva

Dysforie – pocit nepohody

Dysrytmie – porucha pravidelnosti srdečního rytmu

Ebrieta – prostá opilost

Eliminace – vyloučení

Empatie – schopnost vcítit se

Euforie – pocit dobré nálady

Ferment – enzym

Flashback – stav při kterém dochází k poruchám vědomí a prožívání

Gaspung – lapavé dechy

Gastrointestinální – týkající se trávicího ústrojí

Gestika – pohyby rukou

Glykémie – hladina glukosy v krvi

Haptika – doteky

Hematoencefalická bariéra – bariéra oddělující krev a mozkovou tkáň

Hemodynamika – proudění krve v krevním oběhu

Hepatitis – zánět jater

Hyperaktivita – zvýšená aktivita

Hyperglykémie – zvýšená hladina glukosy v krvi

Hypersomnie – zvýšená spavost
Hyperpyrexie – vysoká horečka
Hypertenze – vyšší hodnota krevního tlaku
Hypertermie – zvýšená tělesná teplota
Hypoglykémie – snížená hladina glukosy v krvi
Hypotenze – nižší hodnota krevního tlaku
Hypotermie – snížená tělesná teplota
Inhalační – způsob podání vdechnutím
Inhibice – potlačení
Instabilní – vratký
Intoxikace – otrava
Intramuskulární – způsob aplikace do svalu
Intranazální – způsob aplikace nosem
Intravenózní – způsob aplikace do žíly
Ischemie – místní nedokrevnost vedoucí k poškození tkáně
Kardioverze – metoda sloužící k úpravě srdečního rytmu
Klonický – škubavý
Konfabulace – smyšlenka, zkreslování skutečnosti
Konverze – změna, přeměna
Korekce – úprava
Korsakova psychóza – amnestický syndrom, často vedoucí ke konfabulacím
Krebsův cyklus – biochemické reakce probíhající v mitochondriích
Labilní – nestálý
Laryngospasmus – křečovitě uzavření hrtanu
Letální – smrtící
Lucidní – jasný
Magillovy kleště – dlouhé zahnuté kleště
Mimika – výraz obličeje
Mióza – zúžení zornic
Monoaminoxidáza – enzym metabolizující monoaminy
Motorika – hybnost
Mydriáza – rozšíření zornic
Myoklonus – svalový záškub
Myorelaxace – uvolnění svalů

Nozoagnózie – neuvědomování si choroby

Nystagmus – mimovolné pohyby očí

Orotracheální intubace – zavedení endotracheální rourky ústy

Oxidace – okysličování

Oxygenoterapie – léčba kyslíkem

Palpitace – vnímané pocity bušení srdce

Paralýza – ochrnutí

Parenterální – způsob aplikace mimo trávicí ústrojí

Paternalistický – nadřazený

Perorální – způsob aplikace ústy

Potencovat – posilovat

Proxemika – přiblížení a oddálení

Psychotropní – mající vliv na duševní stav

Pyrexie – horečka

Receptor – buňka nebo skupiny buněk, které zaznamenávají stav nebo změny v organismu

Reentry – krouživý

Refrakterní – nereagující na léčbu

Rehydratace – doplnění tekutin organismu

Rektální – způsob aplikace konečníkem

Restrikce – omezení

Resuscitace – oživování

Reziduální – zbytkový

Rhabdomyolýza – rozpad kosterního svalu

Salivace – slinění

Sedace – zklidnění

Somatický – tělesný

Status epilepticus – dlouhotrvající nebo opakující se epileptický záchvat bez úpravy vědomí

Subkutánní – způsob aplikace do podkoží

Sublinguální – způsob aplikace pod jazyk

Substituce – náhrada

Subtyp – podtyp

Symptom – příznak

Syndrom – soubor příznaků
Synestezie – porucha cití, asociace vjemů
Tachykardie – zrychlení srdeční frekvence
Tachypnoe – rychlé dýchání
Termoregulace – řízení tělesné teploty
Titrace – forma podávání látky od menší k vyšší dávce
Tonický – zvýšené svalové napětí
Toxikománie – drogová a lékové závislost
Transdermální – způsob podání skrz kůži
Trauma – úraz, poranění
Tremor – třes
Vazodilatace – rozšíření cév
Vitální – životní

(PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2011), (KALINA, 2015), (VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Míra rizika vzniku závislosti u vybraných látek	24
Tabulka 1 Průzkumná otázka 1 test dobré shody.....	49
Tabulka 2 Průzkumná otázka 2 test dobré shody.....	50
Tabulka 3 Pracovní pozice a vzdělání	51
Tabulka 4 Délka praxe v letech.....	52
Tabulka 5 Setkání s dětským pacientem pod vlivem návykové látky.....	53
Tabulka 6 Četnost ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky.....	54
Tabulka 7 Celkový počet pacientů pod vlivem návykové látky	55
Tabulka 8 Nejčastější věková kategorie ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky	56
Tabulka 9 Obsah výzvy	57
Tabulka 10 Komplikace ošetřování pacienta.....	58
Tabulka 11 Asistence PČR při vyšetřování pacienta	59
Tabulka 12 Důvod asistence PČR při ošetřování pacienta	60
Tabulka 13 Přítomnost jiných lidí.....	61
Tabulka 14 Spolupráce okolí s výjezdovou posádkou	62
Tabulka 15 Fyzické napadení pacientem pod vlivem návykové látky.....	63
Tabulka 16 Nejčastější místo setkání s pacientem pod vlivem návykové látky	64
Tabulka 17 Nejčastější intoxikační látky.....	65
Tabulka 18 Nejčastější cesta vstupu návykové látky do organismu	66
Tabulka 19 Způsob podávání antidota	67
Tabulka 20 Nejčastěji podávané antidotum.....	68
Tabulka 21 Problém s předáváním pacienta pod vlivem návykové látky	69
Tabulka 22 Provedení kompletního odhalení a kontroly	70
Tabulka 23 Monitorace základních životních funkcí	71
Tabulka 24 Zajištění žilního vstupu	72
Tabulka 25 Zajištění žilního vstupu proti vůli pacienta	73
Tabulka 26 Předání vzorku zvratků k toxikologickému vyšetření	74
Tabulka 27 Záznam odběru a předání zvratků v dokumentaci.....	75
Tabulka 28 Nutnost zahájit KPR	76
Tabulka 29 Látka užitá resuscitovaným pacientem	77

Tabulka 30 Úspěšnost KPR u pacienta intoxikovaného návykovou látkou	78
Graf 1 Pracovní pozice a vzdělání	51
Graf 2 Délka praxe v letech	52
Graf 3 Setkání s dětským pacientem pod vlivem návykové látky	53
Graf 4 Četnost ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky	54
Graf 5 Celkový počet pacientů pod vlivem návykové látky.....	55
Graf 6 Nejčastější věková kategorie ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky	56
Graf 7 Obsah výzvy.....	57
Graf 8 Komplikace ošetřování pacienta	58
Graf 9 Asistence PČR při vyšetřování pacienta.....	59
Graf 10 Důvod asistence PČR při ošetřování pacienta	60
Graf 11 Přítomnost jiných lidí	61
Graf 12 Spolupráce okolí s výjezdovou posádkou.....	62
Graf 13 Fyzické napadení pacientem pod vlivem návykové látky	63
Graf 14 Nejčastější místo setkání s pacientem pod vlivem návykové látky.....	64
Graf 15 Nejčastější intoxikační látky	65
Graf 16 Nejčastější cesta vstupu návykové látky do organismu.....	66
Graf 17 Způsob podávání antidota.....	67
Graf 18 Nejčastěji podávané antidotum	68
Graf 19 Problém s předáváním pacienta pod vlivem návykové látky.....	69
Graf 20 Provedení kompletního odhalení a kontroly	70
Graf 21 Monitorace základních životních funkcí	71
Graf 22 Zajištění žilního vstupu.....	72
Graf 23 Zajištění žilního vstupu proti vůli pacienta.....	73
Graf 24 Předání vzorku zvratků k toxikologickému vyšetření.....	74
Graf 25 Záznam odběru a předání zvratků v dokumentaci.....	75
Graf 26 Nutnost zahájit KPR	76
Graf 27 Látka užitá resuscitovaným pacientem.....	77
Graf 28 Úspěšnost KPR u pacienta intoxikovaného návykovou látkou	78

ÚVOD

Problematika ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami zdravotnických záchranných služeb v České republice představuje stále aktuálnější problém. Evropská zpráva o drogách z roku 2016 zdůrazňuje komplexnost, vzrůstající tendenci a rozmanitost drogového trhu, který je přítomný i na našem území. Vzhledem k demografickému umístění České republiky je třeba počítat s velkou pravděpodobností dovozu návykových látek ze zahraničí, především z okolních nebo blízkých států. Bakalářská práce se zabývá ošetřováním pacienta pod vlivem návykové látky, posádkami Zdravotnické záchranné služby.

Teoretická část práce popisuje nejčastěji používané návykové látky, se kterými se lze v podmínkách přednemocniční neodkladné péče setkat. V této části práce jsou uvedeny základní pojmy ve vztahu k návykovým látkám spolu s přehledem jednotlivých druhů látek, včetně jejich zástupců. Dále je zde uveden ucelený přehled účinků těchto látek, včetně jejich možného vstupu do organismu, projevy intoxikace a následná terapie. Vzhledem k náročnosti ošetřování pacientů pod vlivem návykové látky se současně čtenář této práce dozví, jakou formu komunikace správně zvolit a jaká pravidla a postupy dodržovat.

Hlavním cílem průzkumné části práce, je na základě zjištěných dat získaných kvantitativním průzkumným šetřením, navrhnout a vypracovat ošetřovatelský standard pro ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky v přednemocniční neodkladné péči vhodný pro zdravotnické záchranáře a sestry s potřebnou specializací Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Dílčím cílem práce je zjistit, zda je intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví. Dalším dílčím cílem je zjistit nejčastější intoxikační návykovou látku se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Hlavní cíl: Seznámit čtenáře s problematikou nejčastějších intoxikací návykovými látkami v přednemocniční neodkladné péči.

Dílčí cíl: Uvést ucelený přehled nejčastějších návykových látek, včetně jejich vstupu do organismu a následné terapie v přednemocniční neodkladné péči.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Hlavní cíl: Navrhnout a vypracovat standardizovaný postup ošetření pacienta pod vlivem návykové látky vhodný pro posádky rychlé zdravotnické pomoci (RZP).

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda je intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví.

Dílčí cíl 2: Zjistit nejčastější intoxikační návykovou látku se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají.

Vstupní literatura

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

ŠVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK, 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3146-9.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2103. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

PELCLOVÁ, Daniela, 2014. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3. dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2597-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby, proběhlo v období od října 2016 do února 2017. Pro vyhledávání zdrojů bylo použito elektronických databází Bibliographia medica Čechoslovaca, PubMed, Medvik, Medline a již napsaných vysokoškolských prací.

Časové omezení vyhledávaných odborných publikací bylo vytyčeno od roku 2007 do současnosti v českém, slovenském a anglickém jazyce. V českém jazyce byla použita klíčová slova: intoxikace, návyková látka, droga, přednemocniční neodkladná péče, urgentní zdravotnické služby, psychoaktivní látky. Stejná klíčová slova v anglickém

jazyce byla využita: intoxication, addictive substance, drug, prehospital emergency care, urgent medical care, psycho-active substances.

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Tato kapitola je zaměřena především na základní pojmy vztahující se k problematice intoxikací návykovými látkami.

1.1 ZÁKLADNÍ POJMY VE VZTAHU K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM

Návyková látka je definována jako látka, která svým působením mění lidské prožívání (psychotropní efekt) a její dlouhodobé a pravidelné užívání vede ke vzniku návyku a závislosti (KALINA, 2015).

Závislost rozdělujeme na fyzickou (somatickou) a psychickou. Fyzická závislost se projevuje rozvojem nepříjemných tělesných příznaků (třes, pocení, průjem), které vznikají po vysazení nebo rychlém snížení pravidelné dávky návykové látky. Psychickou závislost charakterizuje touha po navození příjemných psychických stavů. Fyzická závislost trvá několik dnů, nejvýše několik týdnů, psychická závislost trvá déle (FISCHER, ŠKODA, 2014, str. 82).

Drogová závislost se označuje jako toxikomanie. Toxikomanem se stává člověk, který je závislý na návykových látkách. Tento typ lidí se často stává vykonavatelem trestných činů, které následně vedou k získání drogy (ŠTEFAN, HLADÍK, 2012).

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) řadí každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla v závislosti na užití psychoaktivní látky do kategorie duševních poruch a poruch chování, které jsou vyvolané užíváním psychoaktivních látek. V mezinárodní klasifikaci nemocí WHO se označují jako F10-F19. Diagnóza se stanovuje na základě aktuálního stavu pacienta spolu s účinkem, který způsobuje návyková látka. Do těchto účinků zařazujeme: akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, amnestický syndrom a reziduální stav s psychotickou poruchou a pozdním začátkem (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

1.2 ÚČINKY VYVOLANÉ NÁVYKOVOU LÁTKOU A SYNDROM ZÁVISLOSTI

Akutní intoxikace je přechodný stav, který vzniká po užití psychoaktivní látky a vede k projevům účinku užití látky. Projevy intoxikace mohou být minimální, ale mohou vést až k poruchám životně důležitých orgánů a následné smrti. Intoxikace bývají často komplikovány jiným traumatickým poraněním nebo onemocněním uživatele (KALINA, 2008), (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Škodlivé užívání návykové látky vede k somatickému nebo psychickému poškození člověka. Častým problémem je vznik onemocnění infekční cestou (např. HIV nebo hepatitis) po aplikaci látky nesterilní jehlou intravenózní cestou (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Syndrom závislosti vzniká po opakovaném užívání návykové látky a diagnostikuje se, jestliže po dobu jednoho měsíce nepřetržitě nebo opakovaně v kratších intervalech dochází k výskytu tří nebo více následujících projevů užívání látky (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012, str. 209). Jedná se o silnou touhu nebo pocit nutkání užít látku (craving), dále pak potíže s kontrolou užívání látky, projevy vzniku odvykacího stavu, vznik tolerance účinku látky, ztráta jiných zájmů a pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých účinků (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012)

Odvykací stav je též označován jako abstinční syndrom nebo syndrom z odnětí návykové látky. Projevem odvykacího stavu jsou somatické a psychické příznaky, které vznikají po vysazení návykové látky, která byla užívána opakovaně nebo ve vysokých dávkách. Odvykací stav může doprovázet delirium tremens, typicky při těžké závislosti na alkoholu. Příznaky deliria tremens často gradují ve večerních a nočních hodinách, mezi základní projevy řadíme nervozitu, nespavost a v některých případech dochází i ke vzniku epileptického záchvatu. Typické jsou halucinace, zmatenost, úzkost, agrese a třes. Delirium tremens většinou končí amnézií na celý průběh. V některých případech může dojít i ke smrti. (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012), (HOSÁK et al., 2015).

Psychotické poruchy vznikají v průběhu nebo jako následek užívání návykové látky. Typické bývá vznik halucinací a bludů. Psychotické poruchy nevznikají v důsledku akutní intoxikace nebo vzniku odvykacího stavu (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Amnestický syndrom je porucha charakterizovaná chronickým zhoršením krátkodobé paměti. Bezprostřední paměť, vědomí a kognitivní funkce narušeny nejsou. Ztráta všímavosti, snížená výbavnost, konfabulace a nozoagnózie vzniká u dlouhodobé závislosti na alkoholu a označuje se jako Korsakova psychóza (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

Reziduální stav s psychotickou poruchou a pozdním začátkem vzniká při déletrvajícím účinku látky a zahrnuje krátkodobé stavy (např. flashback) i chronické stavy (alkoholická demence). Flashback je stav, při kterém dochází ke krátkým poruchám vědomí, halucinacím, emočnímu napětí a poruchou prožívání. Tento stav může trvat až několik hodin a typicky se vyskytuje u halucinogenních látek, kanabinoidů a kokainu. Dlouhodobé nadměrné užívání látky označujeme jako abúzus (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012).

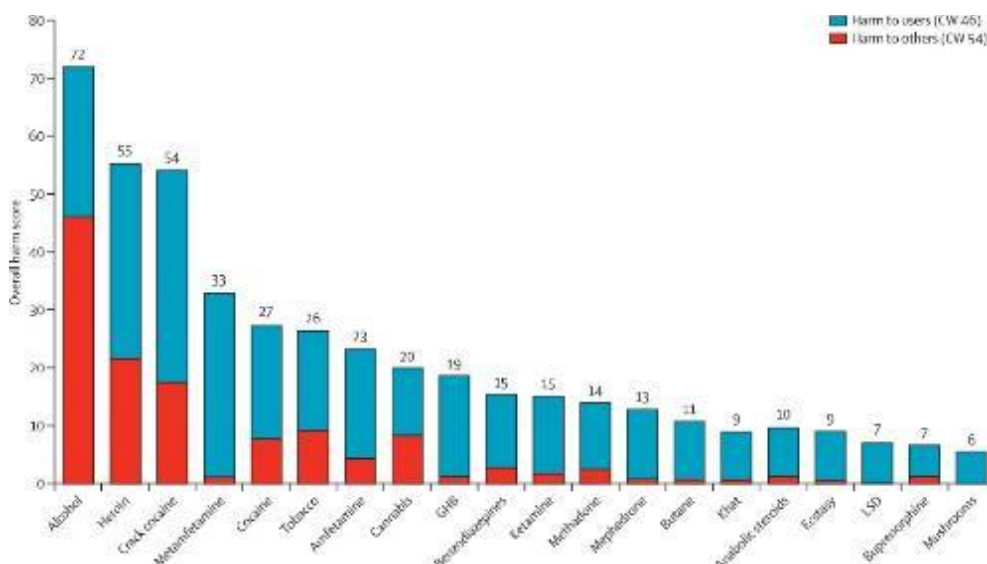
2 SKUPINY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Podle potenciálu závislosti rozdělujeme drogy na tři základní skupiny:

- Psychomotorická stimulancia (pervitin, kokain)
- Halucinogenní látky (kanabinoidy, LSD, psylocibin)
- Tlumivé látky (benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty, těkavé látky)

Nejčastěji jsou drogy s vyšším rizikem závislosti označovány jako „tvrdé“, s menším rizikem jako drogy „měkké“. Rozdělení vybraných drog podle míry rizika vzniku závislosti popisuje následující graf (KALINA, 2015).

Obrázek 1 Míra rizika vzniku závislosti u vybraných látek



Zdroj: NUTT et al., 2010

2.1 ALKOHOL

Alkohol je též označován jako etylalkohol nebo etanol, vyrábí se kvašením cukrů. Alkohol je látka lidstvu známá především jako nápoj v různých koncentracích (3–52%) a v některých čisticích prostředcích (cca 50%). Česká republika se svojí spotřebou piva řadí na přední světová místa. Počet osob se syndromem závislosti převyšuje v ČR až 300 000 (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011), (KALINA, 2015).

2.1.1 VSTUP ALKOHOLU DO ORGANISMU

Alkohol nejčastěji vstupuje do organismu perorální cestou, kde se začíná absorbovat už na sliznicích v ústech, dále v žaludku a v duodenu. Přibližná doba k dosažení maximální hladiny alkoholu v krvi je 30-60 minut. Doba vstřebávání se může měnit v závislosti na plnosti žaludku nebo při rychlém požití většího objemu alkoholu v krátkém časovém sledu. Destilát se zpravidla vstřebá rychleji než pivo. Při distribuci se alkohol rozvádí po celém těle s převahou do tělních tekutin a svalů mozku. V menším zastoupení se dostává do kostí a tukových tkání (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PELCLOVÁ, 2014).

Hlavním způsobem eliminace alkoholu z organismu je oxidace, jednak plícemi a minimálně je vylučován močí. Oxidace probíhá v játrech a svalech. Působením alkoholdehydrogenázy dochází k degradaci alkoholu na acetaldehyd, který je dále konvertován na acetylkoenzym A, který může vstupovat do Krebsova cyklu nebo se přeměnit na jiné biologické sloučeniny typu mastných kyselin. Při vstupu acetylkoenzymu A do Krebsova cyklu dochází k jeho oxidaci, na CO₂ a vodu. Pro oxidaci alkoholu je důležitý jaterní ferment alkoholoxidáza, jehož přítomnost se u různých národů liší a tím vznikají rozdílné časové úseky oxidace (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

2.1.2 ÚČINKY ALKOHOLU NA ORGANISMUS A INTOXIKACE

Účinek alkoholu na organismus závisí na hodnotě požitého množství a dalších faktorech (např. prostředí). Menší dávky mají spíše stimulační účinek, vyšší působí tlumivě. Stav po požití alkoholu označujeme jako prostá opilost (ebrieta). Mezi základní účinky alkoholu pokládáme ovlivnění CNS a kardiovaskulárního systému (MARTÍNKOVÁ et al., 2007), (KALINA, 2015).

V závislosti na hladině alkoholu v krvi rozdělujeme intoxikaci na čtyři stádia:

- Excitativní stadium: při hladině alkoholu v krvi 0,3-0,5 ‰. V této fázi dochází k lehké opilosti, která se většinou projevuje dobrou a uvolněnou náladou, mírnou ztrátou rozvahy a pomalejšími reflexi na zevní prostředí. Člověk je více komunikativní, lehce ztrácí kontrolu nad svou motorikou a

může být lehce zarudlý v obličejí. Součástí alkoholové intoxikace bývá abdominální bolest a hypoglykémie.

- Hypnotické stadium: probíhá při hladině 1-2,5 ‰. Hypnotická fáze nastává při dalším požití alkoholu, dochází k prohlubování původních účinků a připojují se další. Člověk ztrácí kontrolu nad schopností mluvit, často zkresluje a opakuje stejná slova, vymýšlí si a podporuje tak své sebevědomí. Součástí hypnotické fáze bývá zhoršení zraku a prohloubení deficitu kontroly motoriky. Často dochází k projevům agrese, zmatenosti i poruchám vědomí.
- Narkotické stadium: při hodnotách alkoholu v krvi 2,5-3,5 ‰. Úroveň motorických dovedností klesá, člověk nad sebou ztrácí kontrolu, jeho tendence k agresivnímu chování stoupá. Dochází ke zhoršení schopnosti reagovat na zevní podněty a k nekoordinovaným pohybům, které mohou skončit pádem. V této fázi je vyšší riziko poruchy vědomí s následnou aspirací, ke které může dojít na podkladě oslabení kašlacího reflexu.
- Asfyktické stadium: hodnoty alkoholu v krvi přesahují 3,5 ‰. Při dosažení této fáze dochází k těžké intoxikaci organismu. Jedinec v tomto stavu jen minimálně reaguje na podněty okolního světa. Přítomná bývá namáhavá bradypnoe, cyanóza a celkový útlum. Vlivem inhibice termoregulace dochází k hypotermii, v některých případech se mohou vyskytovat křečové stavy. Hodnoty nad 4 ‰ vedou k depresi dýchání, těžkým poruchám vědomí a následné smrti (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PAVLOVSKÝ, 2012), (PELCLOVÁ, 2014).

2.1.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA ALKOHOLEM

Pokud došlo k intoxikaci pacienta a nachází se v excitativní nebo hypnotické fázi, je možné ho po vyloučení jiného onemocnění nebo poranění předat Policii ČR, která ho transportuje na zřízenou záchrannou stanici. Pokud nastanou jakékoliv pochybnosti o pacientově zdravotním stavu, tak ho transportujeme do nemocničního zařízení. V případě narkotického a asfyktického stádia je pro pacienta nutná hospitalizace (REMEŠ, TRNOVSKÁ, 2013).

Léčba intoxikovaného v PNP je symptomatologická, s cílem vyvarovat se hypotermii, hypoglykémii a selhání základních životních funkcí. Hypotermii předcházíme využitím tepla, hypoglykémii lze zmírnit podáním glukózy. U pacienta v bezvědomí s GCS <8 je nutné zajistit adekvátní ventilaci a oxygenaci za využití OTI a UPV. Zajištění dýchacích cest za využití OTI vede k ochraně před aspirací. Výplach žaludku lze provést do 90 minut po požití, během fáze gastrointestinální absorpce. Použití nescifického antidota Naloxonu není doporučováno, názory na jeho použití při intoxikaci alkoholem nejsou jednotné. U intoxikovaných dětí lze použít antidotum Fyzostigmin v dávce 0,03-0,05 mg/kg, při těžkých otravách se podává opakovaně každých 20-30 minut. Pro zklidnění agresivního nebo neklidného pacienta lze užít nízkou dávku diazepam. Diazepam může potencovat účinek alkoholu, prohlubovat depresi dechu a vést k hypotenzi, proto je lepší se podání vyhnout (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (REMEŠ, TRNOVSKÁ, 2013), (ŠEVČÍK, MATĚJOVIČ, 2014).

2.2 OPIOIDY A OPIÁTY

Skupina těchto látek dostala v minulosti svůj název odvozený podle šťávy z nezralých makovic, které se označují jako opium. Pro intoxikace jsou významní zástupci ze skupiny alkaloidů (morfium, kodein), polosyntetických látek (heroin) a syntetických látek (metadon, buprenorfin). Pro českou republiku je specifická místní droga s označením Braun. Hrubý předpoklad uživatelů opioidů v ČR je vyčíslen na 10 na 500 osob. Nejrozšířenější látka na území EU z této skupiny je heroin (FIŠAR, 2009), (KALINA, 2015).

2.2.1 VSTUP OPIOIDŮ, OPIÁTŮ DO ORGANISMU

Opioidy jsou nejčastěji užívány intravenózní cestou. Do dalších způsobů řadíme cestu intranazální, perorální, sublinguální, inhalací výparů nebo kouřením. V medicíně lze využít i dalších specializovaných cest (transdermálně, rektálně aj.) (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.2.2 ÚČINKY OPIOIDŮ, OPIÁTŮ NA ORGANISMUS A INTOXIKACE

Účinek opioidů je zprostředkován vazbami na specifické receptory, jejichž aktivací dochází k náležité odpovědi. Rozlišujeme tři základní receptory:

- μ – receptory: při jejich aktivaci dochází k analgezii, útlumu dýchání, sedaci, euforii. Tento druh receptorů je zodpovědný za fyzickou závislost.
- δ – receptory: jejich uplatnění je na periférii a analgezii.
- κ – receptory: uplatnění nacházejí při spinální analgezii, sedaci a způsobují dysforii.

Opioidy lze rozdělit podle poměru afinity a vnitřní aktivity na agonisty (morfin, kodein, metadon), parciální a smíšené agonisty – antagonisty (buprenorfin) a antagonisty (naloxon) (MARTÍNKOVÁ et al., 2007).

Všeobecně lze uvést, že skupina opioidů způsobuje útlum nervového systému, dechového centra a srdeční akce. Může docházet k hypotermii, bronchokonstrikci, zvracení, zácpě, svědění a mióze, která často nereaguje na osvit (KALINA, 2015).

Morfium je vyráběno z opia. V medicíně je využíváno léku s názvem Morfin, který je určený k tišení bolesti. Účinky na organismus se projevují tlumením bolesti a činnosti mozku. Morfium vytváří pocity euforie a klidu. Často dochází k poruchám soustředění a ostrosti vidění. Uživatel vykazuje nezáměr o okolí, někdy dochází ke zvracení, suchu v ústech, zácpě, ke křečím, halucinacím a úzkosti. Morfinisti si látku do těla nejčastěji vpravují intramuskulárně, subkutánně nebo intravenózně (KALINA, 2015), (KUKLA, 2016).

Heroin je polosyntetický derivát morfinu. V minulosti byl původně vyráběn jako nenávyková náhražka za morfin. Chemické označení heroinu je diacetylmorfin, který obsahuje dvě acetylové skupiny a tím dochází k rychlejšímu nástupu účinků na podkladě lepší propustnosti v tukách a hematoencefalickou bariérou. Po orálním ochutnání heroinu je cítit nahořklá chuť. Konečný produkt heroinu většinou zanechává pach octu. Heroin je aplikován injekčně – intravenózně, subkutánně a intramuskulárně. Někteří uživatelé ho

přijímají perorálně, inhalačně ve formě výparů, šňupáním nebo kouřením heroinových cigaret (VIŠŇOVSKÝ, 2008), (KALINA, 2015).

Braun je česká droga, která je vyráběna z léků obsahující kodein. Směs derivátu kodeinu má hnědou barvu, a proto se označuje jako „braun“. Účinky této látky jsou podobné heroinu a ostatním opioidům (KALINA, 2015).

Metadon je syntetická látka určená především pro léčbu dlouhodobé bolesti a substituční léčbu u jedinců s abstinčním syndromem. Účinky metadonu jsou podobné ostatním opioidům, délka jeho působení je přes 24 hodin. Na rozdíl od heroinu nezpůsobuje orgánové poškození. Vydávání metadonu probíhá ve specializovaných centrech ve formě sirupu, který uživatel vypije před zdravotníkem. V některých případech spolehlivých jedinců lze sirup vydat i na víkend domů (ŠVARC, 2008), (BARASH et al., 2015).

Buprenorfin je syntetický opioid, který se v ČR vyskytuje především v preparátu Subutex. Spolu s metadonem patří k lékům využívaných k léčbě závislosti na opioidech. Výroba buprenorfinu je určena pouze pro medicínské využití, avšak i jako ostatní látky prosakuje na nelegální trh. Doba jeho účinku je větší než přírodní opioidy nebo metadon. Na rozdíl od jiných látek ze skupiny opiátů má menší vliv na dýchací centrum. Subutex se v medicíně užívá výhradně sublinguálně, při spolknutí by došlo k jeho metabolizaci na neúčinné látky. Ve skupině závislých je užíván jako droga aplikována injekční cestou (FISCHER, ŠKODA, 2014), (KALINA, 2015).

Projevy intoxikace závisí na typu a množství požití látky, spolu s tolerancí jedince k opioidním látkám. Při intoxikaci se již zmíněné účinky opioidů prohlubují. Klasickým projevem intoxikace je útlum CNS a dechového centra. Intoxikace může způsobit poruchu vědomí, útlum dechu v podobě bradypnoe s hlubokými dechy a špendlíkové symetrické zornice. Rozvoj kardiovaskulární deprese vede k hypotenzi a bradykardií. Může docházet ke křečím, střevní paralýze a zvracení, které může být nebezpečné z důvodu aspirace (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.2.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA OPIOIDNÍ LÁTKOU

Základním krokem při léčbě intoxikovaného je zajištění volných cest dýchacích a podpora základních životních funkcí. Účinky opiátů lze antagonizovat podáním naloxonu v dávce 0,2-0,4 mg, u dětského pacienta 5-10 µg/kg. Alternativou u závažné intoxikace heroinem je podání antidota intranazální cestou. Naloxon má kratší biologický poločas než opiáty, proto je třeba pacienta sledovat a při potřebě podanou dávku opakovat. V některých případech může dojít při použití naloxonu k akutnímu syndromu z odnětí a k laryngospasmu. Pokud u pacienta předpokládáme závislost nebo intoxikaci ještě další látkou podáváme naloxon v menší dávce 0,1-0,2 mg. Naloxon lze podávat do celkové dávky 10 mg. Pokud nedojde ke zlepšení stavu pacienta, hledáme jinou příčinu bezvědomí. Pokud neodezní křečové stavy po aplikaci naloxonu, lze podat intravenózně diazepam. Při perorální intoxikaci je nejúčinnější vypláchnutí žaludku do jedné hodiny od požití, poté podáváme adsorpční uhlí 1 g/kg. Stavy spojené s intoxikací opioidní látkou mohou vyžadovat UPV a kardiopulmonální resuscitaci (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013).

2.3 KONOPNÉ DROGY

Konopí je rostlina, která se zařazuje do čeledi *cannabaceae* (konopovité). První pokusy o pěstování konopí patří do doby okolo 10 tisíc let př. n. l. Pro svůj psychotropní efekt konopí rozlišujeme na konopí seté (*Cannabis sativa*), konopí indické (*Cannabis indica*) a konopí rumištní (*Cannabis ruderalis*). Zmíněné druhy se v dnešní době už i kombinují. Nejvyšší obsah psychotropních látek je v pryskyřici samičích květů (MIOVSKÝ, 2008), (KALINA, 2015).

Psychoaktivní látky obsažené v konopí se označují jako kanabinoidy. Psychicky nejúčinnější látkou je THC (delta-9-trans-tetrahydrokanabinol). Konopí je na území EU nejčastěji užívanou drogou, která je nejvíce užívána ve věku 15-24 let. Pro obchodování na černém trhu představuje nejrozšířenější drogu. V medicíně vykazují některé konopné látky pozitivní účinky na závažná onemocnění. Nejčastěji se s konopnou drogou setkáváme ve formě marihuany, hašiše nebo konopného oleje (KALINA, 2015), (OCISKOVÁ, PRAŠKO, 2015).

2.3.1 VSTUP KONOPNÝCH DROG DO ORGANISMU

Pro vstup konopných látek je uživateli často využíváno inhalační nebo perorální cesty. Alternativní cesty lze uvést sublinguální nebo rektální, které mají své využití spíše v medicíně, při podávání preparátů s obsahem THC (MIOVSKÝ, 2008).

Marihuanu představují usušené květy samičí rostliny konopí, které bývají smíchány s většími listy. Nejnižší obsah THC má kořen a stonek rostliny, směrem k vrcholu rostliny jeho koncentrace roste. Uživatelé Marihuany jí často označují jako: ganja, skunk, zeli nebo tráva. Usušené květy jsou uživateli většinou drceny a připomínají koření majoránku. Na území evropských států se pohybuje Marihuana v průměrných koncentracích THC 2-8 %. Nejčastějším způsobem užití je kouření cigaret, dýmky nebo využití vaporizéru (MIOVSKÝ, 2008).

Hašiš vzniká ze zralých květů samičí konopné rostliny. Název drogy pochází z arabské fráze „hashish al kief“, což znamená v překladu „usušená droga radosti.“ Hašiš je vyráběn dvěma způsoby. První představuje mláčení nebo přesívání skrz pletivo či tkaninu, druhým způsobem je tření květu rukama. Uživatelé drogy jí často označují jako shit, čaras, haš nebo čokoláda. V hašiši je často koncentrace THC až pětkrát vyšší než v marihuaně a pohybuje se v průměru okolo 20 %. Typickým způsobem užití je kouření (MIOVSKÝ, 2008), (PEČ, DUŠEK, 2009).

Konopný olej je vyráběn extrakcí hašiše a obsahuje přibližně 15-50 % THC. Olej má jantarovou až hnědou barvu. V některých případech je možné se setkat s výrobou za použití Butanu jako rozpouštědla. Cena konopného oleje je na černém trhu vyšší než ceny ostatních konopných produktů. Nejčastějším způsobem užití je kouření v dýmce, nebo se nakape na papírek od cigarety (MIOVSKÝ, 2008), (KALINA, 2015).

2.3.2 ÚČINKY KONOPNÝCH DROG NA ORGANISMUS A INTOXIKACE

Intenzita účinku je závislá na užitém množství, druhu, kvalitě a cestě podání látky. Při menších dávkách dochází k suchu v ústech, celkovému uvolnění, euforii, zpomalení času, zvýraznění vnímání a prožívání. Častým doprovodným účinkem je smích. Vlivem vazodilatace spojivkových cév dochází k charakteristickému zarudnutí spojivek. Velké množství uživatelů má zvýšenou chuť k jídlu (MIOVSKÝ, 2008), (MARX et al., 2014).

Průběh intoxikace nelze zcela jasně předvídat, protože se bude lišit v závislosti na osobnosti a psychickém rozpoložení uživatele. Při užití vyšší dávky dochází k psychózám, iluzím, agresivitě, výpadkům paměti a poruchám motoriky. Součástí intoxikace může být tachykardie a hypotenze. Intoxikace u dětí způsobuje hypotermii, nystagmus, třes a hypotermii. V případě požití silné marihuany může u dětí docházet k ospalosti, letargii a těžké poruše vědomí. Zatím nebyla popsána toxická dávka, která by vedla primárně ke smrti. Výjimkou mohou být lidé, kteří se zabijí následkem psychotického stavu nebo u dětí u kterých může dojít k závažné sedaci (MIOVSKÝ, 2008), (MARX et al., 2014).

2.3.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA KONOPNOU DROGOU

Pro léčbu intoxikovaného se snažíme najít klidné, ideálně tiché místo. Základem léčby je slovní uklidňování pacienta, případně lze podat benzodiazepiny. Pacientům, kteří vykazují psychotické příznaky lze podat antipsychotika. Podání aktivního uhlí je sporné. Výplach žaludku se nedoporučuje. Akutní potíže léčíme symptomaticky (ŠVELLA, ŠEVČÍK, 2011), (KALINA, 2015).

2.4 SEDATIVA A HYPNOTIKA

Sedativa a hypnotika představují širokou skupinu látek, které vedou k uklidnění nebo postupnému navození spánku. Velké využití nachází skupina těchto látek v psychiatrii, neurologii a anesteziologii. Jedná se o jedny z nejčastěji předepisovaných léků. Mezi zástupce řadíme primárně hypnotika II. (benzodiazepiny) a III. generace (zolpidem – Hypnogen, Stilnox), sekundárně látky s antihistaminergním působením (hydroxyzin – Atarax), antidepresiva (trazodon – Tritico, mirtazapin – Remeron) a antipsychotika (melperon – Buronil). Hypnotika I. generace představovaly v minulosti barbiturátové a nebarbiturátové látky, které vedly k přímé závislosti. Intoxikace benzodiazepiny představují velké riziko smrti. Hypnotika III. generace jsou bezpečná a doposud nebyla popsána letální intoxikace (MARTÍNKOVÁ et al., 2007), (LATTOVÁ, 2009), (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015).

V dnešní době se setkáváme hlavně se zneužíváním látek ze skupiny benzodiazepinů, které patří v ČR mezi nejčastěji předepisované. Do této kategorie látek

patří diazepam, clonazepam (Rivotril), bromazepam (Lexaurin), alprazolam (Neuro, Xanax) a oxazepam. Intoxikace benzodiazepiny se často vyskytuje v kombinaci s jinými látkami, nejčastěji s alkoholem (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PELCLOVÁ, 2014), (KALINA, 2015).

V minulosti bylo často předepisovaným hypnotikem benzodiazepin flunitrazepam (Rohypnol), který byl zneužíván a podáván obětím kriminálních činů do alkoholických nápojů. Flunitrazepam je látka bez chuti, která způsobuje v kombinaci s alkoholem ospalost a amnézii. V dnešní době podléhá vydávání restrikcí (LÁTALOVÁ, 2013).

2.4.1 VSTUP SEDATIV A HYPNOTIK DO ORGANISMU

Požítí těchto látek probíhá u běžné populace nejčastěji perorální cestou, avšak existují látky i pro injekční formu. Benzodiazepiny bývají primárně používány terapeuticky, ale s rozvojem tolerance se uživatelé snaží udržet dosavadní účinky látky, a tak ztrácejí kontrolu nad užíváním. Užívané dávky jsou závislou osobou často několikanásobně větší než původní terapeutické (KALINA, 2015).

2.4.2 ÚČINKY SEDATIV A HYPNOTIK NA ORGANISMUS A INTOXIKACE

Benzodiazepiny jsou lipofilní látky, které se vyznačují schopností rychle pronikat hematoencefalickou bariérou do CNS, kde se vážou na specifické benzodiazepinové receptory (subtyp ω_1 a subtyp ω_2). Benzodiazepiny podporují činnost neurotransmiteru GABA (gama-aminomáselná kyselina). Podle aktivace benzodiazepinového receptorů dochází ke specifickým účinkům. Aktivací subtypu ω_1 dochází k anxiolytickému, sedativnímu a hypnotickému účinku. Myorelaxanční a antikonvulzivní účinek vzniká aktivací subtypu ω_2 . Pokud dojde k náhlému vysazení těchto látek, je uživatel ohrožen závažným abstinenčním stavem, epileptickým záchvatem (i formou status epilepticus), delíriem až smrtí (MARTÍNKOVÁ et al., 2007), (PELCLOVÁ, 2014), (LÁTALOVÁ et al., 2015).

Benzodiazepiny mají široké rozpětí mezi dávkou terapeutickou a toxickou. Při intoxikacích dochází k ospalosti, těžkým poruchám vědomí, hypotenzi, ztrátě svalového napětí, útlumu a zástavě dýchání. Počáteční intoxikace může připomínat opilost (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PELCLOVÁ, 2014), (KALINA, 2015).

2.4.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA SEDATIVNÍ NEBO HYPNOTICKOU LÁTKOU

Při intoxikaci je důležité zachovat základní vitální funkce pacienta. Podání aktivního uhlí v dávce 1 h/kg je indikováno do 1 hodiny od požití léků. V současné době je k dispozici antagonist benzodiazepinů flumazenil (Anexate), který podáváme v prvotní dávce 0,3 mg do celkové dávky 2 mg. Při intoxikaci dítěte lze podat antidotum flumazenil v dávce 0,01 mg/kg do celkové dávky 0,2 mg. Použití antidota může potvrdit nebo vyvrátit podezření na intoxikace benzodiazepiny. Flumazenil nelze podat při smíšené intoxikaci benzodiazepinů a tricyklických antidepresiv, protože by mohl vyvolat křečové stavy. Celková léčba pacienta je symptomatická (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PELCLOVÁ 2014).

2.5 STIMULANCIA

Stimulancia nebo psychomotorická stimulancia představují skupinu budivých látek, které působí na organismus, především na CNS. Některé látky se využívají jako léčivé prostředky, velkou měrou v neurologii a psychiatrii, při léčbě syndromu hyperreaktivitu s poruchou pozornosti (ADHD) nebo hypersomie. Látky nezákonně připraveny obsahují rozdílné koncentrace účinných látek a různé příměsi. Počet uživatelů pervitinu se odhaduje zhruba na 20 500 osob (PELCLOVÁ, 2014), (KALINA, 2015).

Pervitin je v ČR velmi rozšířenou drogou. Typicky se jedná o prášek žluto-fialové barvy, který je bez zápachu a má nahořklou chuť. Slangově je pervitin označován jako: piko, perník, krystal nebo ice. Cena látky může být poměrně nízká, často si ho připravují sami uživatelé. Výroba je prováděna z efedrinu nebo pseudoefedrinu (PELCLOVÁ, 2014), (KALINA, 2015), (LÁTALOVÁ et al., 2015)

Kokain je alkaloid, který pochází z listů jihoamerického keře *Erythoxylon coca*. Do objevení účinků koky byla rostlina považována za zdroj méněcenného čaje. V prostředí uživatelů je kokain užíván kouřením nazýván jako crack. Při užívání kokainu vzniká silná psychická závislost, k fyzické závislosti nedochází a tím nehrozí vznik abstinčního syndromu. V dnešní době se se jako aditiva kokainu používají látky, které mohou zvyšovat jeho efekt (FIŠAR, 2009), (DOLEŽAL, 2013), (SPILKOVÁ, 2016).

Mefedron je derivát kationu, což je látka obsažená v rostlině *Catha edulis*. Kationy jsou poměrně nové syntetické drogy. Mefedron je vyráběn v kapslích, tabletách nebo jako bílý prášek. Slangově je označován jako: mef, dron, magic nebo mňau, mňau. Distribuce mefedronu je typická hlavně pro území Velké Británie. Mefedron představuje levnější náhražku kokainu (KALINA, 2015), (OCISKOVÁ, PRAŠKO, 2015).

2.5.1 VSTUP STIMULANCIÍ DO ORGANISMU

Typickým vstupem pervitinu do organismu je intranazální nebo intravenózní cesta, aplikace je možná i perorálně. Tradičním způsobem užívání kokainu je žvýkání kokových listů, typicky dopravují uživatelé látku do těla intranazální nebo injekční cestou. Kokain ve formě cracku se kouří. Mefedron je užíván perorálně, intravenózně nebo intranazálně. Méně obvyklým způsobem aplikace těchto látek je inhalace po zahřátí na alobalu (KALINA, 2015).

2.5.2 ÚČINKY STIMULANCIÍ NA ORGANISMUS A INTOXIKACE

Stimulancia jsou látky, které stimulují uvolňování a inhibují zpětné vychytávání dopaminu, noradrenalinu, serotoninu a inhibují monoaminoxidázu v presynaptických neuronech CNS. Tím dochází k celkovému zvýšení přenosu signálu na neuron. Stimulací CNS dochází primárně aktivaci sympatiku. Periferní uvolňování katecholaminů vede ke stimulaci lipolýzy a tvorbě tepla (PELCLOVÁ, 2014), (KALINA, 2015).

Při mírné intoxikaci dochází k euforii, odstranění únavy a pocitu síly a energie. Intoxikovaný bývá vlivem drogy velmi sebevědomí. Užití látky vyvolává nauzeu, miózu, zvýšenou podezřívavost a vede k tachykardii, hypertenzi a úzkosti. Intoxikovaný má tendence k děláním většího množství chyb. Větší užití dávky způsobuje paranoii, agitovanost, delirium, arytmiie a křečové stavy. Uživatelé mohou doprovázet pohybové stereotypy, bolesti na hrudi a pocity pronásledování. Subjektivně nepříjemný stav nastává po odeznění účinků a označuje se jako dojezd (KALINA, 2015), (OCISKOVÁ, PRAŠKO, 2015).

Pokud dojde k předávkování, vzniká riziko sympatomimetického toxidromu, který se projevuje: mydriázou, tachykardií, hypertenzí, palpítacemi a poruchami srdeční činnosti. Při takovém stavu je pacient ohrožen krvácením do mozku, akutní srdeční

ischémií, otokem plic a těžkou poruchou vědomí. V důsledku křečového stavu a svalové hyperaktivity vzniká hypertermie. Někdy může docházet k rhabdomyolýze a následnému selhání ledvin. Letální dávka je označováno zhruba 1200 mg, ale smrt byla popsána i u parenterální dávky 20 mg kokainu (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PELCLOVÁ, 2014).

2.5.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA STIMULACII

Akutní intoxikaci léčíme symptomaticky. Důležité je zajištění vitálních funkcí, často je potřeba podat kyslík a zajistit sedaci. Křečové stavy jsou obvykle generalizované ve formě tonicko-klonické, bývají krátké a přechodné. Při vzniku křečí podáváme diazepam (5-10 mg) i opakovaně. Pokud křeče nereagují na léčbu, je třeba podat barbiturát nebo fenytoin. Hypertenze většinou reaguje na podání benzodiazepinu, u refrakterní hypertenze podáváme intravenózně nitroglycerin nebo nitroprusid. Sinusová tachykardie většinou dobře reaguje na titrované podání anxiolytik. Supraventrikulární tachykardie bývá dobře zvládnutelná u hemodynamicky stabilních pacientů benzodiazepiny a podáním verapamilu (2,5 mg). Pokud vyhodnotíme EKG obraz jako AV uzlovou reentry tachykardii lze podat adenosin (6-12 mg). Hemodynamicky nestabilní pacient vyžaduje kardioverzi. Komorové dysrytmie by měly být léčeny hydrogenuhličitanem (0,5-1 mmol/kg), nestabilní pacient vyžaduje defibrilaci. Plicní edém léčíme podáním diuretik (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011)

Člověk, který převáží kokain v kondomech a podobných obalech ve svých útrokách je označován jako drogový kurýr. Množství převáženého kokainu většinou odpovídá stonásobkům letální dávky. Většina těchto lidí je asymptomatických, při vzniku symptomů je takový pacient považován za velmi naléhavý případ. Při léčbě je vhodné podávat aktivní uhlí k omezení resorpce kokainu. Vhodné je podávat nálev k očištění GIT. Pacient by měl být monitorovaný do doby, dokud nedojde k odstranění balíčků s drogou, a to i přesto, že nevykazuje žádné symptomy (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.6 HALUCINOGENY

Halucinogeny jsou přírodní a syntetické látky, které u zdravého člověka vyvolávají psychické změny. Podle účinku rozdělujeme halucinogeny do tří skupin: psychedelika, disociační drogy a delirogeny. V minulosti byly některé látky využívány při vyslýchání

zločinců. Rozšíření halucinogenů je celosvětové. Významné jsou občasné intoxikace přírodními látkami, na které je nutno při anamnéze pomýšlet (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011), (DOLEŽAL, 2013), (KALINA, 2015).

Psilocybin je přírodní halucinogenní látka patřící do skupiny psychedelik, obsažená v houbách rodu *Psilocybe* (lysohlávky). Historicky patří na území indiánů, roste i na některých místech v ČR. Maximální dávka je několik kusů až desítek plodnic odpovídající 150 mg (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011), (KALINA, 2015).

Dietylamid kyseliny lysergové se označuje jako LSD, jedná se o psychedelickou látku, patří mezi nejčastěji užívané halucinogeny. V minulosti byla látka syntetizována z námelu a používána k léčbě alkoholismu. Obvykle se vyskytuje ve formě krystalů nebo tripu, což jsou papírky napuštěné látkou a poutavými obrázky (HUBÍNKOVÁ, 2008), (ŠTEFAN, HLADÍK, 2012).

Disociační skupinu halucinogenů zastupuje z přírodních látek mochromůrka červená obsahující muscimol. Syntetické drogy představují například tzv. andělský prach (PCP) nebo ketamin (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011).

Delirogeny jsou látky především přírodního původu. Mezi vybrané rostliny patří: rulík zlomocný, mandragora, durman nebo blín černý. Mezi nejčastější intoxikace způsobené rostlinou řadíme ty, které způsobí rulík zlomocný. Letální dávky u dětí jsou 3 bobule (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.6.1 VSTUP HALUCINOGENŮ DO ORGANISMU

Obvyklým způsobem aplikace látek je perorální, sublinguální nebo inhalační cestou. Výjimečně jsou látky do těla vpravovány intravenózně nebo jinak (KALINA, 2015).

2.6.2 ÚČINKY HALUCINOGENŮ NA ORGANISMUS A INTOXIKACE

Účinek halucinogenních látek je závislý na duševním rozpoložení uživatele a okolí. Důležitým aspektem účinku je druh užití látky a její podaná dávka. Psychedelika vytvářejí skryté obrazy reálné mysli. Disociační látky blokují signály vědomí některým částem mozku, především fyzické vnímání. Delirogeny vytvářejí halucinace, lucidní

snění a jsou označovány za pravé halucinogeny. Všeobecně dochází ke změnám vnímání, jeho zostření, vizuální a sluchové iluze, doprovázeny euforií. Intoxikovaný může vidět hudbu nebo slyšet barvy (synestezie). Celkově dochází k deformaci vnímání času a prostoru (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (KALINA, 2015).

Celkový průběh intoxikace je zcela nepředvídatelný. Na zdravotní stav intoxikovaného často působí sympatomimetické účinky, které se projevují tachykardií, hypertenzí, mydriázou, bolestí hlavy a pocením. Doprovodným znakem intoxikace může být nauzea a zvracení. Pokud dojde k nepříznivému průběhu intoxikace (bad trip) dochází u uživatele k rozvoji úzkosti, paranoie, paniky. Tento stav mohou doprovázet halucinace (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (KALINA, 2015).

Intoxikace halucinogeny se může v klinickém měřítku podobat intoxikaci anticholinergiky, sympatomimetiky nebo lithiem. Psychiatrické onemocnění, syndrom odnětí (alkohol, sedativa nebo hypnotika) a infekce CNS mohou vytvářet podobný obraz (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.6.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA HALUCINOGENY

Intoxikovaný pacient může vyžadovat zajištění dýchacích cest a oxygenoterapii, nicméně výrazná porucha vědomí, zástava dechu, křečové stavy nebo hypotenze nejsou pro otravu halucinogenní látkou typické, a proto je třeba vyhledat jinou příčinu pacientova stavu. Absorpce halucinogenů probíhá rychle, proto není výplach žaludku primárně indikován. Výplach žaludku je nutný v případě, pokud intoxikovaný požil halucinogen v kombinaci s jinou nebezpečnou látkou. Po výplachu podáváme aktivní uhlí v dávce 1 g/kg. Při stavech bad trip, volíme pro terapie klidné a tmavé prostředí. Pokud je potřeba sedace, volíme benzodiazepiny (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.7 MDMA A TANEČNÍ DROGY

Užívání těchto syntetických látek probíhá především v tanečních klubech. Uživatelé se těmito látkami snaží ozvláštnit jejich prožitky. Hlavním zástupcem této kategorie je 3,4-metylendioxymetamfetamin (MDMA) neboli slangově extáze, která byla v minulosti používána psychiatry a psychoterapeuty v rámci partnerských terapií v USA. Taneční drogy představují i deriváty MDMA, a to MDA a MDE. V dnešní době patří

extáze mezi nejrozšířenější taneční drogy po celém světě (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2012), (KALINA, 2015).

2.7.1 VSTUP MDMA A TANEČNÍCH DROG DO ORGANISMU

Obvyklým způsobem aplikace je perorální cesta, výjimečně injekční. Někteří uživatelé mohou zkoušet i jiné alternativní cesty (KALINA, 2015).

2.7.2 ÚČINKY MDMA A TANEČNÍCH DROG A INTOXIKACE

MDMA ovlivňuje serotogenní, dopaminergní a adrenergní neurotransmitterový systém. Extáze stimuluje syntézu, inhibuje degradaci a snižuje zpětné vychytávání serotoninu, který je uvolňovaný do synaptické štěrbině. Dopaminergní systém je ovlivněn podobně jako serotogenní, navíc usnadňuje uvolňování dopaminu (KALINA, 2015).

Počátkem účinků bývá neklid a zmatenost, které vzápětí střídá pohoda a dobrá nálada. Pokud je látka užita ve skupině lidí projevují se pocity empatie a lásky. Uživatel má tendence se někoho dotýkat, jeho schopnost komunikovat s okolím roste (KALINA, 2015).

Intoxikace se většinou projevuje nevolností, zvracením, zvýšeným napětím kosterního svalstva, pocením a suchem v ústech. Sympatomimetické účinky se projevují tachykardií, hypertenzí a mydriázou. Intoxikace MDMA v kombinaci s alkoholem, stimulanty nebo antidepresivy vede ke vzniku serotoninového syndromu. Projevem bývá alterace vědomí, neuromuskulární hyperaktivita (myoklonus, tremor, křeče) a autonomní instabilita (tachykardie, hyperpyrexie) (PELCLOVÁ, 2014), (KALINA, 2015).

2.7.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA MDMA A TANEČNÍ DROGOU

Léčba pacienta spočívá v zajištění vitálních funkcí, dále vycházíme dle klinického stavu. Použití aktivního uhlí je vhodné do 1 hodiny od požití. Při agitovanosti, křečích, hypertermii, hypertenzi a tachykardií jsou lékem první volby benzodiazepiny (diazepam). Vhodné je vnější zchlazování pacienta, rehydratace a následná korekce elektrolytů (ŠVELA, ŠEVČÍK, 2011), (PELCLOVÁ, 2014).

2.8 TĚKAVÉ LÁTKY

Těkavé látky jsou chemického původu. Látky skupiny jsou alifatické, cyklické a aromatické uhlovodíky. Nejčastěji zneužívanými zástupci jsou benzen, toluen, benzín a aceton. Těkavé látky jsou užívány toxikomany hlavně v době, kdy se nemohou dostat ke své hlavní psychoaktivní látce nebo v prostředí sociálně slabších uživatelů (HOSÁK et al., 2015), (KALINA, 2015).

2.8.1 VSTUP TĚKAVÝCH LÁTEK DO ORGANISMU

Hlavní aplikační cestou je inhalace. Častým způsobem je inhalace látky pod příkrývkou nebo s igelitovým sáčkem, který bývá přetažený přes hlavu uživatele. Výjimečně jsou látky užívány injekční cestou (HOSÁK et al., 2015), (KALINA, 2015).

2.8.2 ÚČINKY TĚKAVÝCH LÁTEK A INTOXIKACE

Po vdechnutí látky dochází k žádanému efektu velmi rychle. Užití těkavé látky vede ke stavu, který se podobá opilosti. Prvním příznakem bývá euforie, posléze dochází k živým, barevným halucinacím. Akutní intoxikace způsobuje nevolnost, závratě, poruchu motoriky a řeči. Uživatel charakteristicky zapáchá po těkavé látce, je hádavý, psychicky labilní. Intoxikace může vést k útlumu, malátnosti, kvalitativním i kvantitativním poruchám vědomí s poruchou dýchacího centra. Intoxikovaný je vzhledem k způsobu aplikace látek ohrožen na životě potencionálním udušením nebo aspirací zvratků. Vlivem některých látek může docházet k poruchám srdečního rytmu a následnému selhání oběhu. Chronické užívání látek skupiny vede k poleptání dýchacích cest a atrofii mozku (HOSÁK et al., 2015), (KALINA, 2015).

2.8.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA TĚKAVOU LÁTKOU

Léčba pacienta spočívá v zajištění vitálních funkcí, akutní potíže léčíme symptomaticky a podpůrně. Inhalační intoxikace si žádá přesunutí pacienta na čerstvý vzduch, podáváme zvlhčený kyslík a hledáme známky dechové tísně (ŠEVELA, ŠEVČÍK, 2011).

2.9 TABÁK

Tabák obsahuje více než tisíc různých chemických sloučenin. Hlavní psychoaktivní látkou je alkaloid nikotin, který je silně toxickou látkou. V ČR se tabák nejčastěji kouří v cigaretách, doutnicích nebo dýmkách. Letální dávka je 50-60 mg, jedna cigareta obsahuje zhruba 1-2 mg nikotinu. Rozšíření tabáku je celosvětové, na následky užívání tabáku umírají až 4 miliony lidí ročně a v ČR až 23 000 osob. Tabák patří mezi drogy s nejvyšší mírou rizika (FISCHER, ŠKODA, 2014), (HOSÁK et al., 2015), (KALINA, 2015).

2.9.1 VSTUP TABÁKU DO ORGANISMU

Tabák se nejčastěji kouří (inhalačně), méně obvyklé je žvýkání (perorálně) nebo šňupání (intranazálně). Tradičním způsobem užívání je požívání a pití odvarů, které mohou mít až smrtelné důsledky (KALINA, 2015).

2.9.2 ÚČINKY TABÁKU A INTOXIKACE

Nikotin ovlivňuje nikotinové receptory cholinergních a dopaminergních nervových vláken. Intoxikace nikotinem vede k excitaci, zvýšení pozornosti, paměti a koncentrace. Kouření cigaret způsobuje nauzeu, potlačuje chuť k jídlu, zvyšuje salivaci a snižuje úzkost. Nikotin zvyšuje srdeční činnost, tlak a dýchání. Vyšší dávky nikotinu vyvolávají podrážděnost, ztrátu pozornosti, úzkost, neklid a nespavost. Při předávkování se mohou vyskytovat poruchy srdečního rytmu, křečové stavy a břišní kolika. Intoxikovaný je při větších dávkách ohrožený především zástavou srdce nebo útlumem dechového centra (FISCHER, ŠKODA, 2014), (HOSÁK et al., 2015).

2.9.3 LÉČBA INTOXIKOVANÉHO PACIENTA TABÁKEM

Léčba intoxikace je podpůrná, důležité je zachovat vitální funkce. Dekontaminační opatření jsou většinou zbytečná, protože nikotin stimuluje emetické centrum. Křečové stavy lze zvládnout benzodiazepiny (diazepam). Vážné otravy nikotinem vyžadují transport na jednotku intenzivní péče a pečlivé sledování (BARCELOUX, 2008).

3 KOMUNIKACE A AGRESIVNÍ PACIENT

V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

Komunikace v přednemocniční neodkladné péči (PNP) je mnohdy náročná a specifická. V nemocničním zařízení je kladen velký důraz na snahu o vytvoření partnerského vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. V PNP se snažíme o nalezení podobné cesty, ale někdy mohou nastat situace, které ohrožují pacienta nebo jeho okolí včetně zasahujících zdravotníků. V takovém případě je nutné převzít jasné vedení nad situací i s nesouhlasem pacienta (paternalistický přístup). Při náhlých změnách zdravotního stavu je ve většině případů narušena psychika pacientů a je třeba vnímat jejich pocity (empatie). Důležitým faktorem při komunikaci je zachovat klid a být sebevědomý (ANDRŠOVÁ, 2012).

3.1 ZÁKLADNÍ KOMUNIKACE A KRIZOVÁ INTERVENCE

V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

Základní znalosti komunikace jsou pro zvládnutí komunikačních technik v přednemocniční neodkladné péči pro zdravotnického záchranáře velice důležité a skládají se z nonverbální a verbální komunikace. Nonverbální komunikace představuje mimiku (výraz a pohyby obličeje), haptiku (dotyky), gestiku (pohyby rukou) a proxemiku (přiblížení a oddálení). V prostoru sanitního vozu je intimní zóna pacienta narušena, proto je důležité ho o všem informovat. Verbální komunikace by měla být jasná, srozumitelná a bez odborných termínů. Ve všech případech by měl záchranář, popřípadě lékař vystupovat jako ten, kdo vzniklý problém vyřeší (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2011).

3.2 KOMUNIKACE MEZI ZÁCHRANÁŘEM A PACIENTEM

Velice důležitým a zároveň základním bodem pro úspěšnou komunikaci s pacientem je, že ho pozdravíme a představíme se. Opakovaně se záchranáři setkávají se situacemi, kdy je pacient nazývá lékařem, protože nemá ponětí o tom, jaká je jeho pracovní pozice. Při komunikaci projevujeme zájem a snažíme se vytvářet takový vztah, aby nám pacient důvěřoval. Pacienti se nám často svěřují s informacemi, které pro ně mohou být velice diskrétní. Pokud nedokážeme navázat důvěryhodný vztah, může dojít

ke špatně odebrané anamnéze, která může změnit následný vývoj pacientova zdravotního stavu. Nesmíme zapomínat na umění naslouchat a slyšet opravdu to důležité, co se nám snaží lidé říct. Při jednání s pacientem bychom se měli držet zásad slušného chování, a to umět požádat nebo poděkovat (ANDRŠOVÁ, 2012).

3.3 KOMUNIKACE S RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKEM

Pokud je posádka zdravotnické záchranné služby (ZZS) přivolána do prostředí, ve kterém je přítomna rodina pacienta, může to být výhodné i nevýhodné pro zvládnutí situace. Značně výhodně se jeví možnost odebrat přesnou anamnézu a pro každý případ mít příbuzného při ruce. Velkou nevýhodou pak může být emoční stav okolí spolu s možnou agresivitou, včetně napadení posádky anebo jiným zásahem do procesu ošetřování. Pro příbuzné bývá příjezd ZZS k postiženému traumatickým zážitkem a každý člověk na to může reagovat jinak (strach, zoufalost, bezmoc, výčitky, agrese). V takovém případě je úkolem záchranáře situaci uklidnit a vytěžit z ní pro pacienta, co možná nejvíc. Rodinného příslušníka můžeme v některých situacích nechat držet postiženého za ruku. Během neodkladné resuscitace je na záchranářích, jak posoudí situaci a jestli rodinu ponechají v blízkosti nebo jí raději odvedou na jiné místo. Důležité je rodinu informovat o tom, co se zrovna děje. Pokud je přítomna rodina u mrtvého pacienta, tak se někdy zahajuje tzv. sociální resuscitace (resuscitace na „oko“), aby bylo rodinou chápáno, že pro postiženého bylo učiněno vše (ANDRŠOVÁ, 2012).

3.4 KOMUNIKACE SE SVĚDKEM UDÁLOSTI

Během ošetřování pacienta je někdy přítomna skupina lidí, kteří komentují každý krok záchranáře. Kromě komentářů i často překáží nebo jinak komplikují záchranné úkony. Pro takové skupiny lidí je zaveden pojem bystander fenomén („čumilové“). Pokud k takové situaci dojde a na místě není přítomna Policie ČR (PČR), je na záchranáři, aby si sjednal respekt a vykázal přítomné do dostatečné vzdálenosti, aby nedocházelo k narušení ošetřování. Svědek události může být často jediným zdrojem informací o tom, co se postiženému stalo (ANDRŠOVÁ, 2012).

3.5 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM

Při ošetřování dítěte je vhodné, aby ho doprovázel rodič. Veškerou komunikaci s rodičem se snažíme vést v přítomnosti dítěte. Rodiče bývají pod vysokým stresem, proto je dobré je nějakým způsobem zaměstnat (např. přinést hračku). Děti se často snaží komunikovat neverbálním způsobem, proto sledujeme jejich náznaky a reakce. Komunikace s dětským pacientem provádíme v takové výšce, aby naše oči byly na stejné úrovni, pokud to situace umožňuje. Na převoz sanitkou je vhodné s sebou vzít oblíbenou hračku dítěte nebo mu v případě, že vybavení sanitky obsahuje hračku, jednu dát. Veškeré postupy, které budeme provádět, můžeme dítěti ukázat pomocí panenky, plyšové nebo jiné hračky. Průběžně sledujeme, zda nám dítě rozumí (ANDRŠOVÁ, 2012).

3.6 KOMUNIKACE S OSOBAMI ZÁVISLÝMI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Komunikace s osobou pod vlivem návykové látky je v PNP velice důležitým faktorem, který ovlivňuje průběh celého ošetřování. Pacient intoxikovaný návykovou látkou je zcela nepředvídatelný a nikdy nevíme, co od něho můžeme čekat, a tak k němu i přistupujeme. Informace získané od pacienta nemusejí být zcela validní, a tak se snažíme komunikaci s pacientem minimalizovat nebo zcela vyhnout do doby, dokud neodezní účinky intoxikace. Pokud už musíme z nějakého důvodu k dialogu přistoupit, tak pokládáme jednoduché, jednoznačné a srozumitelné otázky. Snažíme se sledovat mimoslovní aktivitu pacienta a při jakýchkoliv náznacích rozrušení nebo agresivity plynoucí z komunikace, okamžitě komunikaci přerušíme a snažíme se chránit (PTÁČEK, BARTŮŇEK, 2011).

3.6.1 KOMUNIKACE S OSOBAMI POD VLIVEM LÁTEK SE STIMULAČNÍM ÚČINKEM

Při užívání návykových stimulačních látek dochází k celkovému zrychlení uživatele. Zrychluje se motorika, psychomotorika a myšlení. Často dochází k prudkým změnám nálady. Taková osoba rychle reaguje a může být i agresivní, proto je třeba být stále připravený. Při komunikaci se snažíme mluvit normálním, klidným tónem. Nesnažíme se komunikaci zrychlovat, nezvyšujeme hlas a vyhýbáme se všemu, co by

mohlo pacienta rozrušit. Předjdeme tak nežádoucím krizovým situacím, jako je například další poškození pacienta nebo dokonce člena ZZS (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2011).

3.6.2 KOMUNIKACE S OSOBAMI POD VLIVEM TLUMÍCÍCH A SEDATIVNÍCH LÁTEK

Tlumicí látky pacienta celkově zpomalují, jak na úrovni fyzické, tak i psychické. Pokud je pacient při vědomí, je komunikace zpravidla velice náročná. Utlumený pacient má často velké problémy informace přijmout a zpracovat je tak, aby dokázal validně odpovědět. Nutné je trpělivé a klidné jednání. Veškeré informace se snažíme podat pacientovi v jednoduché formě, vyhýbáme se rychlé gestikulaci. V některých případech se mohou objevovat náznaky agresivního chování (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2011).

3.6.3 KOMUNIKACE S OSOBAMI POD VLIVEM HALUCINOGENNÍCH LÁTEK

Halucinogenní látky mohou způsobovat celou řadu potencionálních projevů, které mohou nastat. Komunikace s takovým člověkem může být velice náročná a někdy až nemožná. Vysoké dávky užitých konopných látek mohou pacientovy zcela znemožnit schopnost mluvit. Ostatní halucinogenní látky mohou vytvářet iluze a halucinace, které znatelně ovlivní veškerou komunikaci. Někdy si intoxikovaný může cítit v nebezpečí. Takový pacient je pro sebe i pro okolí velice nebezpečný a je třeba na to myslet. Komunikaci přizpůsobujeme aktuálnímu stavu pacienta a jsme stále připravení reagovat (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2011).

3.7 AGRESE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

Při ošetřování v podmínkách PNP je důležité vnímat veškeré potencionální náznaky agrese nebo jiného ohrožení posádky. Ve většině případů lze předvídat, zda může ke krizové situaci dojít. Riziko agrese stoupá v závislosti na prožitku (např. úmrtí nebo těžký zdravotní stav blízké osoby), vlivem návykových látek nebo na minulosti či povaze agresora. Neklidný a nespolupracující pacient představuje vysoké riziko pro sebe i posádku ZZS. Neklid se projevuje zvýšenou psychomotorickou aktivitou, napětím, výhružkami a narušováním osobního prostoru (ANDRŠOVÁ, 2012), (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013).

3.7.1 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM

Pokud posádka vyhodnotí potencionální hrozbu ze strany pacienta, vždy k němu přistupuje obezřetně. Pokud je to možné, tak dodržuje odstup (přibližně 1 m) a nechává si otevřenou potencionální únikovou cestu. Pokud je pacient verbálně agresivní, je vhodné odstoupit až do vzdálenosti 3 metrů. Pokud se posádka cítí v ohrožení, je vhodné přivolat asistenci PČR. Nikdy s pacientem nezůstáváme o samotě. Veškeré potencionálně nebezpečné předměty je vhodné přemístit mimo dosah pacienta. Oční kontakt může v některých situacích působit pozitivně a někdy zcela naopak. Doporučováno je mít oči v podobné rovině, ale zároveň se vyhnout přisednutí k pacientovi. Pokud by došlo k jakémukoliv projevu agrese, bylo by pro záchranáře velice náročné ustoupit. Slovní projev by měl být plynulý, klidný a bez změn tónu. Nikdy se nesnažíme vstupovat do konfrontace s pacientem. Celkově je vhodné najít společné řešení skutečnosti, která vyvolala agresivní chování. V žádném případě pacienta nezesměšňujeme a nebagatelizujeme. Je doporučeno zapsat do zdravotnické dokumentace veškeré projevy agresivního chování (ANDRŠOVÁ, 2012), (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013).

3.7.2 OMEZENÍ PACIENTA

V podmínkách PNP je omezení pacienta velice složité, nutná je asistence PČR. Při manuálním omezení pacienta se používá pravidlo jeden člověk na znehybnění jedné končetiny pacienta. Mechanické omezení v podobě kurtů lze využít, pokud jsou k dispozici. Veškeré omezení pacienta je nutné zapsat do zdravotnické dokumentace, ve které nesmí chybět důvod k omezení, popis omezovacího prostředku a délka dočasného omezení (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013).

3.7.3 FARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE

Pro zvládnutí agresivního pacienta lze využít farmakologických prostředků. Taková metoda se nazývá trankvilizace. Při úzkosti je doporučeno podat benzodiazepiny (diazepam, midazolam, klonazepam). Schizofrenní stavy řešíme podáním neuroleptik (haloperidol, levopromazin). Veškeré farmakologické látky mohou být podány pouze v případě, že to pacientův stav umožňuje a jejich účinky přinesou pacientovi větší užitek než potencionální zhoršení stavu (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013).

4 OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA POD VLIVEM NÁVYKOVÉ LÁTKY POSÁDKAMI ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Průzkumný problém: Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby.

Cíle průzkumu:

Hlavní cíl: Navrhnout a vypracovat standardizovaný postup ošetření pacienta pod vlivem návykové látky vhodný pro posádky rychlé zdravotnické pomoci (RZP).

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda je intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví.

Dílčí cíl 2: Zjistit nejčastější intoxikační návykovou látku se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají.

Průzkumné otázky:

1. Je přítomnost intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví?
2. Je nejčastější intoxikace návykovou látkou, se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají, intoxikace alkoholem?

4.1 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro účel našeho průzkumného šetření byla využita kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku, kterou jsme se snažili zjistit zkušenosti posádek ZZS LK při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky. Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce je přiložen v příloze D.

V listopadu 2016 jsme stanovili cíl práce a závislosti na něm byl posléze vytvořen dotazník, který byl zaslán vedoucí NLZP a vzdělávání ZZS LK 10. 2. 2017 a od stejného data probíhalo dotazníkové šetření až do 10. 3. 2017. Výběrový soubor tvořili zaměstnanci ZZS LK v pracovních pozicích zdravotnický záchranář a zdravotní sestra se specializací (ARIP). Realizace průzkumné části práce probíhala online formou na výjezdových stanovištích ZZS LK. Dotazníky byly distribuovány elektronickou

cestou pomocí internetového odkazu. Využita byla webová stránka pro správu elektronických šetření Survio.com. Celkem bylo získáno 76 dotazníků, přičemž zcela a správně bylo vyplněno 60 dotazníků. Celková úspěšnost vyplnění dotazníku byla 79 %.

Dotazník se skládal celkem z 20 otázek, z toho u 6 otázek bylo možné odpovědět vlastní možností (jiné-doplňte) a u 6 otázek bylo možné pokračovat k podotázkám. V poslední otázce mohli někteří respondenti odpovědět na 2 podotázky. Otázky v dotazníku celkově směřovaly k získání informací, jakým způsobem probíhá ošetřování pacienta pod vlivem návykových látek.

První část dotazníku byla zaměřena na pracovní pozici, vzdělání a délku praxe respondentů. Druhá část dotazníku byla zaměřena na zkušenosti respondentů s ošetřováním i dětského pacienta pod vlivem návykové látky, četnost ošetřování pacientů pod vlivem návykové látky, jejich nejčastější pohlaví a věk. Dále zjišťovala, zda byla primárním obsahem výzvy intoxikace návykovou látkou nebo jiný důvod, komplikace během ošetřování pacienta vlivem jeho stavu, přítomnost PČR, důvod přítomnosti PČR a sociální prostředí intoxikovaného včetně spolupráce okolí s posádkami ZZS. Součástí této části dotazníku bylo ještě zjišťováno, zda mají posádky ZZS zkušenost s napadením ze strany pacienta pod vlivem návykové látky a nejčastější místo kontaktu s takovým pacientem. Třetí část dotazníku se věnovala nejčastějšímu druhu návykové látky a cestě jejího vstupu do organismu, se kterými se posádky ZZS setkávají, včetně nejčastěji podávaného druhu antidota a jeho způsob aplikace. Dále jsme zjišťovali, zda dochází k problémům s předáváním intoxikovaného pacienta návykovou látkou ve zdravotnickém zařízení, věnovala se vyšetření, monitoraci a zajištění cévního vstupu pacienta. Závěrečná část dotazníku zjišťovala, zda posádky ZZS předávají ve zdravotnickém zařízení odebraný biologický materiál (zvratky) spolu s pacientem a zápisem v dokumentaci. Poslední otázkou jsme zjišťovali, zda mají posádky ZZS zkušenost s resuscitací pacienta pod vlivem návykové látky, ve spojitosti s resuscitací bylo zjišťováno, jakou látkou byl pacient intoxikován a zda byla KPR úspěšná.

Pro ověření průzkumných otázek jsme použili test dobré shody (chí – kvadrát test).

Průzkumná otázka 1: Je přítomnost intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví?

Pro zjištění výsledku této průzkumné otázky byla použita dotazníková otázka 3a, která se přímo ptala respondentů na pohlaví nejčastěji ošetřovaných pacientů.

Na základě výsledků získaných z dotazníku u otázky 3a nyní aplikujeme χ^2 test dobré shody, abychom prokázali, zda existuje závislost intoxikace na pohlaví. Celkový počet odpovědí N je roven 60. Budeme tedy předpokládat následující rozdělení odpovědí:

Tabulka 1 Průzkumná otázka 1 test dobré shody

Pohlaví	Skutečná četnost (X_i)	Předpokládaná četnost (p_i)
Muž	0,77	0,50
Žena	0,23	0,50

Zdroj: Jindříšek, 2017

Jako nulovou hypotézu stanovíme tvrzení, že muži i ženy budou zastoupeni stejně, zatímco alternativa je, že jedno pohlaví převažuje. Test budeme provádět na hladině významnosti 95 %. Napočítáme testovací kritérium χ^2 podle následujícího vztahu

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^3 \frac{(X_i - Np_i)^2}{Np_i}.$$

Dostáváme se k hodnotě 17,07, kterou porovnáme s 95procentním kvantilem distribuční funkce χ^2 rozdělení o jednom stupni volnosti, tedy s hodnotou 3,84. Docházíme k závěru, že na hladině 95 % zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti intoxikace na pohlaví. Vzhledem k výsledkům průzkumu lze konstatovat, že pacient pod vlivem návykové látky bude pravděpodobněji muž, neboť jsme prokázali, že existuje určitá závislost mezi pohlavím a intoxikací.

Průzkumná otázka 2: Je nejčastější intoxikace návykovou látkou, se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají, intoxikace alkoholem?

Pro zjištění výsledku této průzkumné otázky byla použita dotazníková otázka číslo 12. Tato otázka se přímo dotazovala na nejčastější intoxikační látku.

Na základě výsledků získaných z dotazníku u otázky č. 12 nyní aplikujeme χ^2 test dobré shody, abychom se přesvědčili, zda převážná většina intoxikací je způsobená alkoholem. Celkový počet odpovědí N je roven 60. Budeme tedy předpokládat následující rozdělení odpovědí:

Tabulka 2 Průzkumná otázka 2 test dobré shody

Návyková látka	Skutečná četnost (X_i)	Předpokládaná četnost (p_i)
Alkohol	1,0	0.95
Ostatní	0,0	0.05

Zdroj: Jindříšek, 2017

Jako nulovou hypotézu stanovíme tvrzení, že alkohol se vyskytuje u pacientů s 95procentní pravděpodobností, ostatní látky zaujímají 5 %, alternativou bude pro nás porušení tohoto rozdělení. Test budeme provádět na hladině významnosti 95 %. Napočítáme testovací kritérium χ^2 podle následujícího vztahu

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^3 \frac{(X_i - Np_i)^2}{Np_i}.$$

Dostáváme se k hodnotě 3,16, kterou porovnáme s 95procentním kvantilem distribuční funkce χ^2 rozdělení o jednom stupni volnosti, tedy s hodnotou 3,84. Docházíme k závěru, že na hladině 95 % nezamítáme nulovou hypotézu o převaze alkoholu u intoxikovaných pacientů. Vzhledem k výsledkům průzkumu můžeme konstatovat, že nejčastější intoxikační návykovou látkou, se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají, bude alkohol.

4.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Zpracování dat, jejich vyhodnocení a následné převedení do tabulek a grafů probíhalo v březnu 2017. Grafy byly zpracovány v programu MS Office Excel. Každý respondent byl na začátku anonymního dotazníku seznámen s faktem, že veškeré získané informace budou sloužit pouze pro účely této bakalářské práce. Výsledky jsme uvedli v absolutních a relativních číslech (procentech). Originální verze dotazníku je uvedena v příloze B.

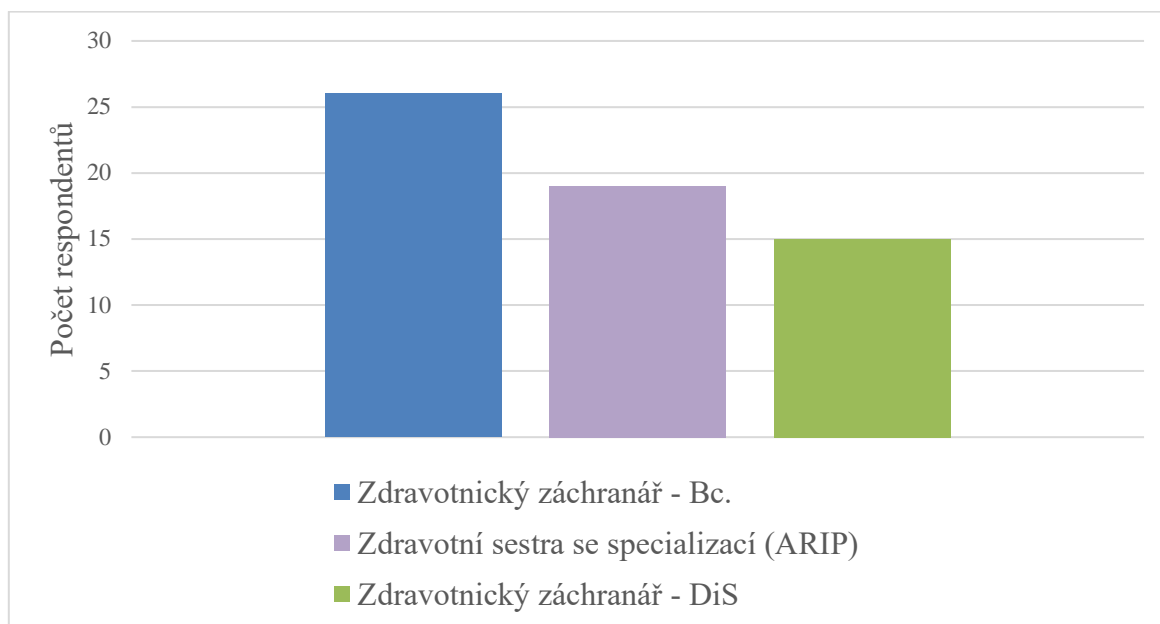
Otázka č. 1 – Uved'te pracovní pozici, vzdělání a délku praxe v letech

Tabulka 3 Pracovní pozice a vzdělání

Pracovní pozice a vzdělání	Počet respondentů	Podíl
Zdravotnický záchranář – Bc.	26	43 %
Zdravotní sestra se specializací (ARIP)	19	32 %
Zdravotnický záchranář – DiS	15	25 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 1 Pracovní pozice a vzdělání



Zdroj: Jindříšek, 2017

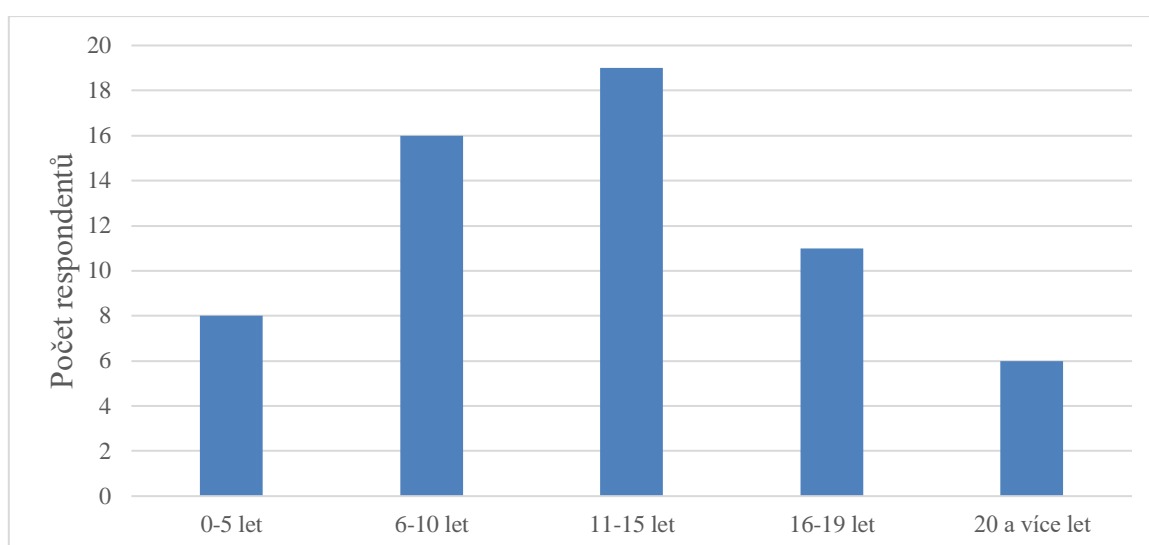
V tabulce 1 je patrné, že dotazníkového šetření se zúčastnilo 26 (43 %) respondentů s pracovní pozicí zdravotnický záchranář s vysokoškolským titulem Bc., pracovní pozici a vzdělání zdravotní sestry se specializací (ARIP) uvedlo 19 (32 %) respondentů a 15 (25 %) respondentů představovalo zdravotnické záchranáře se získaným titulem z vyšší odborné školy DiS.

Tabulka 4 Délka praxe v letech

Délka praxe v letech	Počet respondentů	Podíl
0–5 let	8	13 %
6–10 let	16	27 %
11–15 let	19	32 %
16–19 let	11	18 %
20 a více let	6	10 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 2 Délka praxe v letech



Zdroj: Jindříšek, 2017

Dotazníkového šetření se nejvíce zúčastnili zaměstnanci, kteří na ZZS LK pracují v rozmezí 11-15 let, toto zastoupení uvedlo 19 (32 %) respondentů. Délku praxe v rozmezí 16-19 let uvedlo 11 (18 %) respondentů, dále praxi 6-10 let přiznalo 16 (27 %) respondentů a 8 respondentů odpovědělo, že jejich praxe je v rozmezí 0-5 let. Nejméně respondentů odpovědělo na možnost délky praxe 20 a více let, toto zastoupení uvedlo 6 (10 %) respondentů.

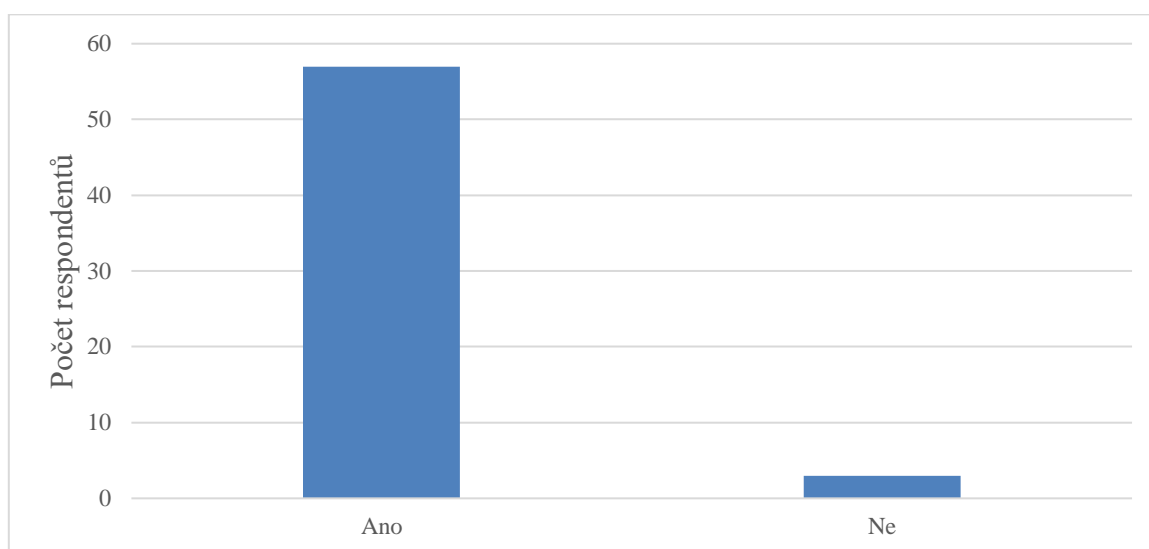
Otázka č. 2 – Setkal (a) jste se při výkonu profese s dětským pacientem pod vlivem návykové látky?

Tabulka 5 Setkání s dětským pacientem pod vlivem návykové látky

Setkání s dětským pacientem pod vlivem návykové látky	Počet respondentů	Podíl
Ano	57	95 %
Ne	3	5 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 3 Setkání s dětským pacientem pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že většina tázaných respondentů se ve své profesi setkala s ošetřováním dětského pacienta pod vlivem návykové látky. V celkovém počtu se jednalo o 57 (95 %) respondentů. V opačném případě se pouze 3 (5 %) respondenti doposud nesečkali s takovým pacientem.

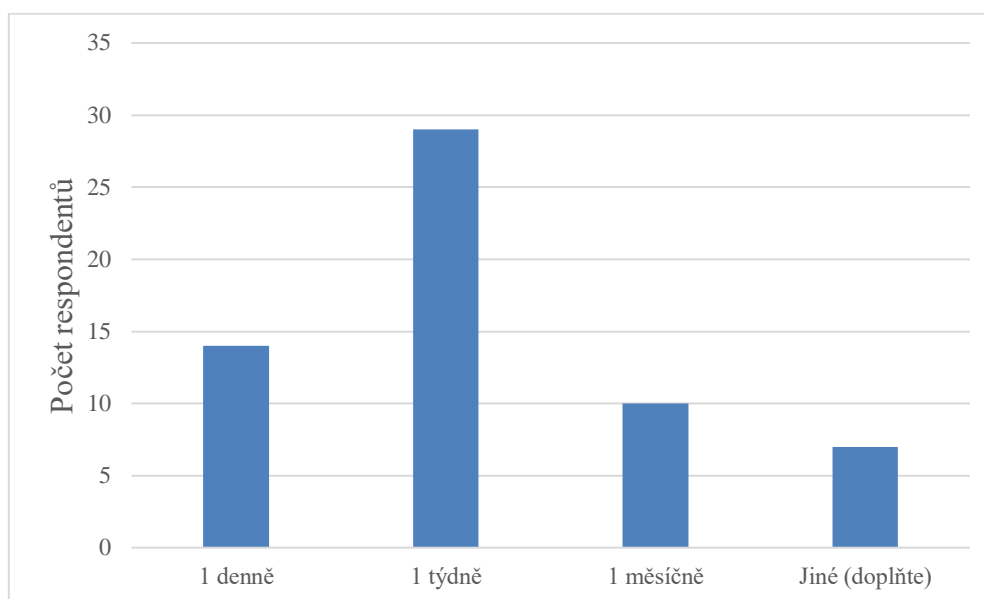
Otázka č. 3 – Jak často ošetřujete pacienta pod vlivem návykové látky

Tabulka 6 Četnost ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky

Častost ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky	Počet respondentů	Podíl
1krát denně	14	23 %
1krát týdně	29	48 %
1krát měsíčně	10	17 %
Jiné (doplňte)	7	12 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 4 Četnost ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

V otázce číslo 3 jsme zjišťovali, jak často se posádky RZP setkávají s pacienty pod vlivem návykové látky. Odpověď 1krát denně zvolilo 14 (23 %) respondentů, 1krát týdně 29 (48 %) respondentů a 1krát měsíčně 10 (17 %) respondentů. Žádná z nabízených hodnot nepřišla vhodná 7 (12 %) respondentům, kteří posléze doplnili vlastní alternativu. V odpovědi jiné se jednalo nejčastěji o odpovědi: víckrát denně, nárazově, podle sezóny, víckrát týdně a párkrát za rok.

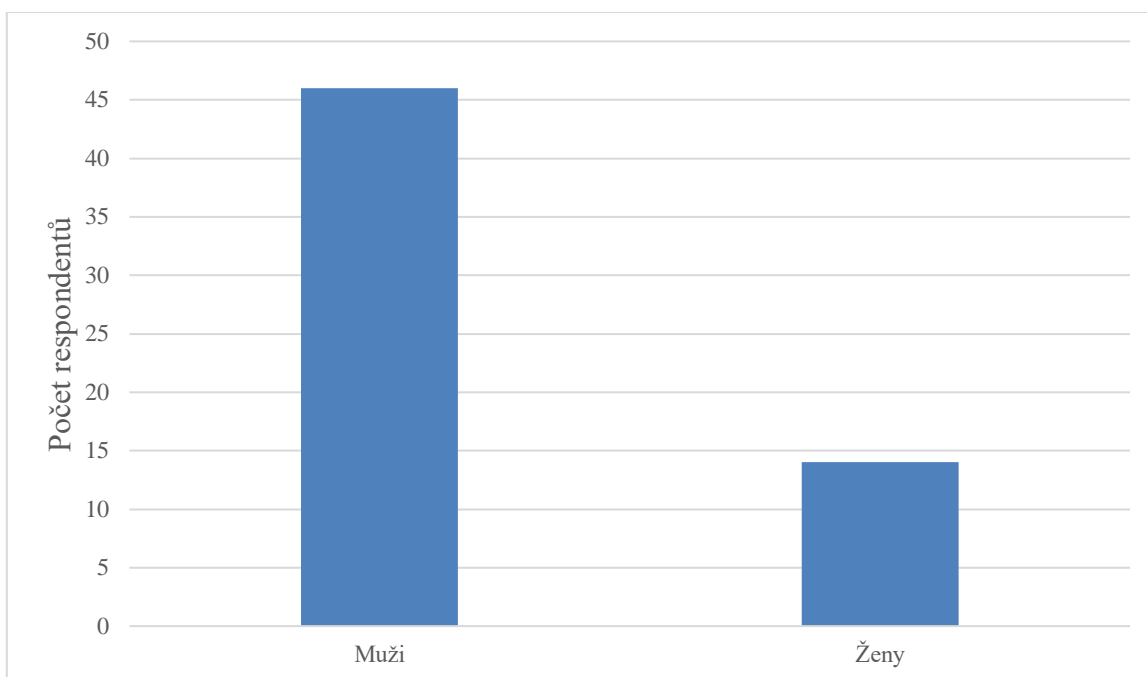
Otázka č. 3a – V celkovém součtu se jednalo spíše o

Tabulka 7 Celkový počet pacientů pod vlivem návykové látky

Celkový součet	Počet respondentů	Podíl
Muži	46	77 %
Ženy	14	23 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 5 Celkový počet pacientů pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

Na otázku vztahující se k pohlaví pacientů pod vlivem návykové látky se kterými se setkávají posádky RZP v Libereckém kraji uvedlo 46 (77 %) respondentů muže a 14 (23 %) respondentů ženy.

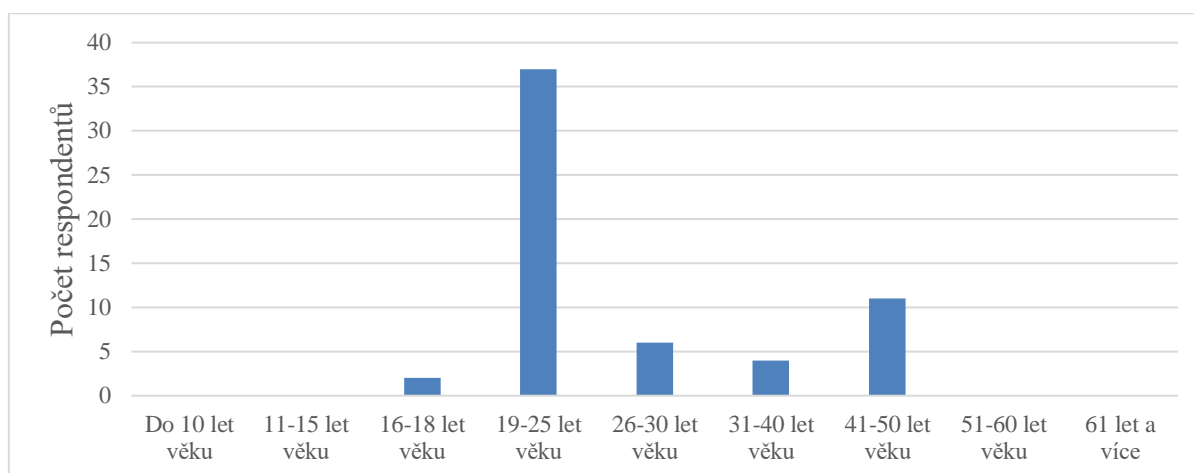
Otázka č. 4 – Vyberte nejčastější věkovou kategorii Vámi ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky

Tabulka 8 Nejčastější věková kategorie ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky

Věková kategorie	Počet respondentů	Podíl
Do 10 let věku	0	0 %
11-15 let věku	0	0 %
16-18 let věku	2	3 %
19-25 let věku	37	62 %
26-30 let věku	6	10 %
31-40 let věku	4	7 %
41-50 let věku	11	18 %
51-60 let věku	0	0 %
61 let a více	0	0 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 6 Nejčastější věková kategorie ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

Nejčastější věková kategorie ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky byla 19-25 let věku, kterou označilo 37 (62 %) respondentů. Odpověď 41-50 let věku zvolilo 11 (18 %) respondentů, dále 26-30 let věku označilo 6 (10 %) respondentů a s věkovou kategorií 31-40 let se nejčastěji setkávají 4 (7 %) respondenti. Nejmenší kategorii pacientů pod vlivem návykové látky, s kterými se záchranáři v Libereckém kraji setkávají je 16-18 let, toto tvrzení uvedli 2 (3 %) respondenti.

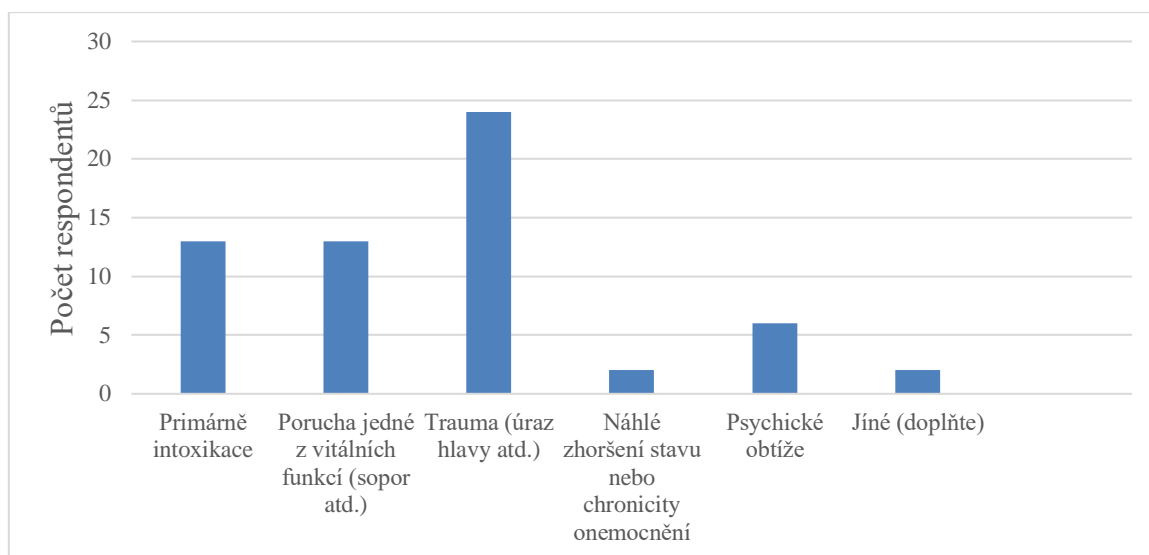
Otázka č. 5 – Byla obsahem výzvy primárně intoxikace nebo jiný důvod?

Tabulka 9 Obsah výzvy

Obsah výzvy	Počet respondentů	Podíl
Primárně intoxikace	13	22 %
Porucha jedné z vitálních funkcí (sopor atd.)	13	22 %
Trauma (úraz hlavy atd.)	24	40 %
Náhlé zhoršení stavu nebo chronicity onemocnění	2	3 %
Psychické obtíže	6	10 %
Jiné (doplňte)	2	3 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 7 Obsah výzvy



Zdroj: Jindříšek, 2017

Na otázku, zda byla obsahem výzvy primárně intoxikace nebo jiný důvod odpovědělo 24 (40 %) respondentů trauma (úraz hlavy atd.), dále možnost poruchy jedné z vitálních funkcí (sopor atd.) zvolilo 13 (22 %) respondentů a ve stejném počtu, tj. 13 (22 %) respondentů odpovědělo, že se jednalo primárně o intoxikaci. Psychické obtíže uvedlo 6 (10 %) respondentů. Náhlé zhoršení stavu nebo chronicity zvolili 2 (3%) respondenti a možnost jiné (doplňte) odpověděli také 2 (3 %) respondenti. Odpověď jiné představovala u 2 (3 %) respondentů kombinaci uvedených možností.

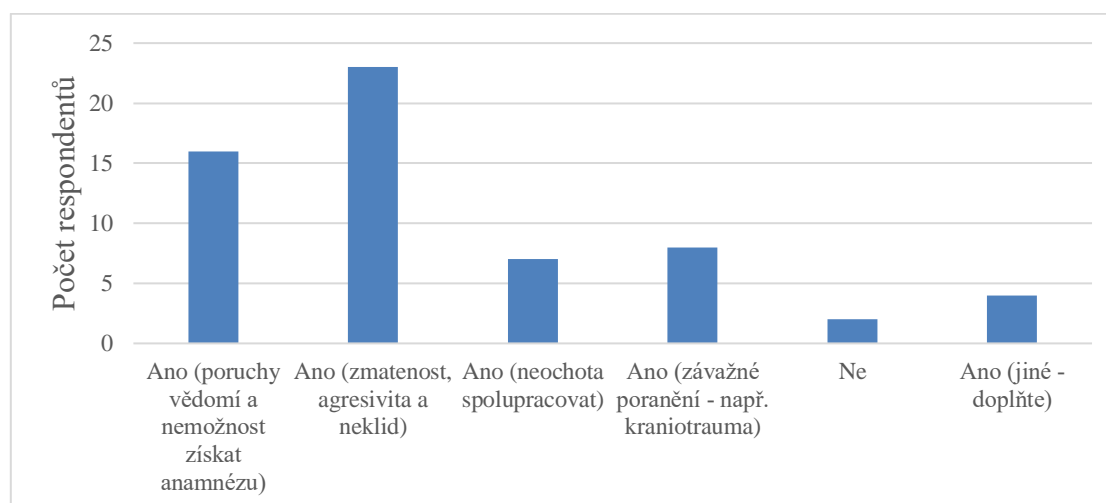
Otázka č. 6 – Bylo ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky komplikováno jeho stavem?

Tabulka 10 Komplikace ošetřování pacienta

Komplikace ošetřování	Počet respondentů	Podíl
Ano (poruchy vědomí a nemožnost získat anamnézu)	16	27 %
Ano (zmatenost, agresivita a neklid)	23	38 %
Ano (neochota spolupracovat)	7	12 %
Ano (závažné poranění – např. kraniotrauma)	8	13 %
Ne	2	3 %
Ano (jiné – doplňte)	4	7 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 8 Komplikace ošetřování pacienta



Zdroj: Jindříšek, 2017

V dotazníkovém šetření jsme zjišťovali, zda bylo ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky komplikováno jeho stavem. Nejčastější odpověď ano (zmatenost, agresivita a neklid) zvolilo 23 (38 %) respondentů, dále možnost ano (poruchy vědomí a nemožnost získat anamnézu) označilo 16 (27 %) respondentů. Zjistili jsme, že závažné poranění (např. kraniotrauma) komplikovalo ošetřování 8 (13 %) respondentům, dále 7 (12 %) respondentů zvolilo možnost ano (neochota spolupracovat). Pouze u 2 (3 %) respondentů nedošlo ke komplikaci stavu pacienta pod vlivem návykové látky. Alternativní odpověď ano (jiné – doplňte) si vybrali 4 (7 %) respondenti. V odpovědi jiné

odpověděli 4 (7%) respondenti: více faktorů, kombinace uvedených možností, křečový stav a jeho poloha.

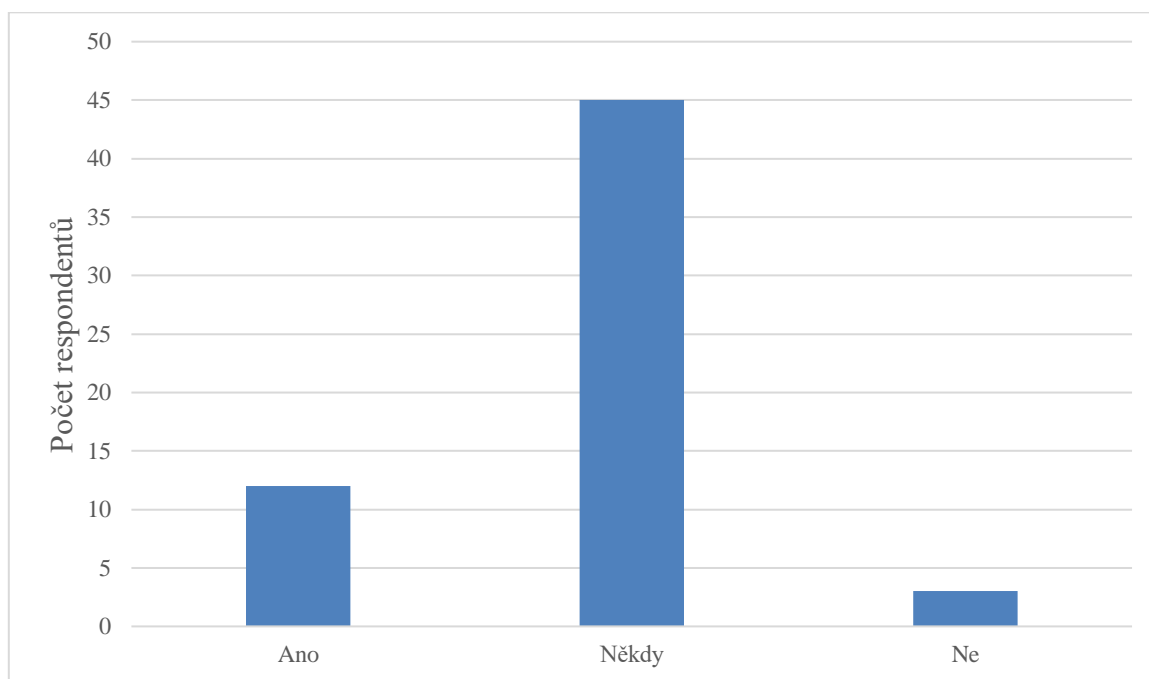
Otázka č. 7 – Asistuje PČR vždy při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky?

Tabulka 11 Asistence PČR při vyšetřování pacienta

Asistence PČR	Počet respondentů	Podíl
Ano	12	20 %
Někdy	45	75 %
Ne	3	5 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 9 Asistence PČR při vyšetřování pacienta



Zdroj: Jindříšek, 2017

Dle grafu č. 9 je patrné, že 45 (75 %) respondentů odpovědělo možnost asistence PČR probíhá někdy. Odpověď ano zvolilo 12 (20 %) respondentů a odpověď ne uvedli 3 (5 %) respondenti.

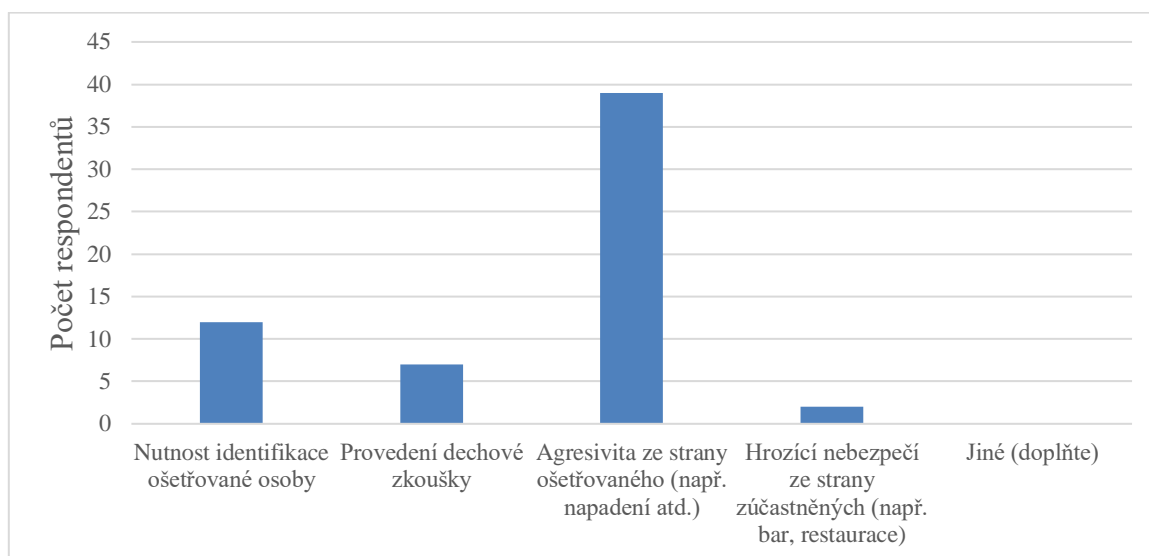
Otázka č. 8 – Pokud asistuje PČR při ošetřování pacienta, z jakého nejčastějšího důvodu?

Tabulka 12 Důvod asistence PČR při ošetřování pacienta

Důvod asistence PČR	Počet respondentů	Podíl
Nutnost identifikace ošetřované osoby	12	20 %
Provedení dechové zkoušky	7	12 %
Agresivita ze strany ošetřovaného (např. napadení atd.)	39	65 %
Hrozící nebezpečí ze strany zúčastněných (např. bar, restaurace)	2	3 %
Jiné (doplňte)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 10 Důvod asistence PČR při ošetřování pacienta



Zdroj: Jindříšek, 2017

Nejčastější důvod asistence u pacienta pod vlivem návykové látky byla agresivita ze strany ošetřovaného (např. napadení atd.), tuto možnost uvedlo 39 (65 %) respondentů. Nutnost identifikace ošetřované osoby PČR zvolilo 12 (20 %) respondentů, dále provedení dechové zkoušky zvolilo 7 (12 %) respondentů. Hrozící nebezpečí ze strany zúčastněných bylo důvodem k asistenci PČR u 2 (3 %) respondentů. Alternativní odpověď jiné (doplňte) nevyužil žádný z respondentů, tudíž 0 (0 %).

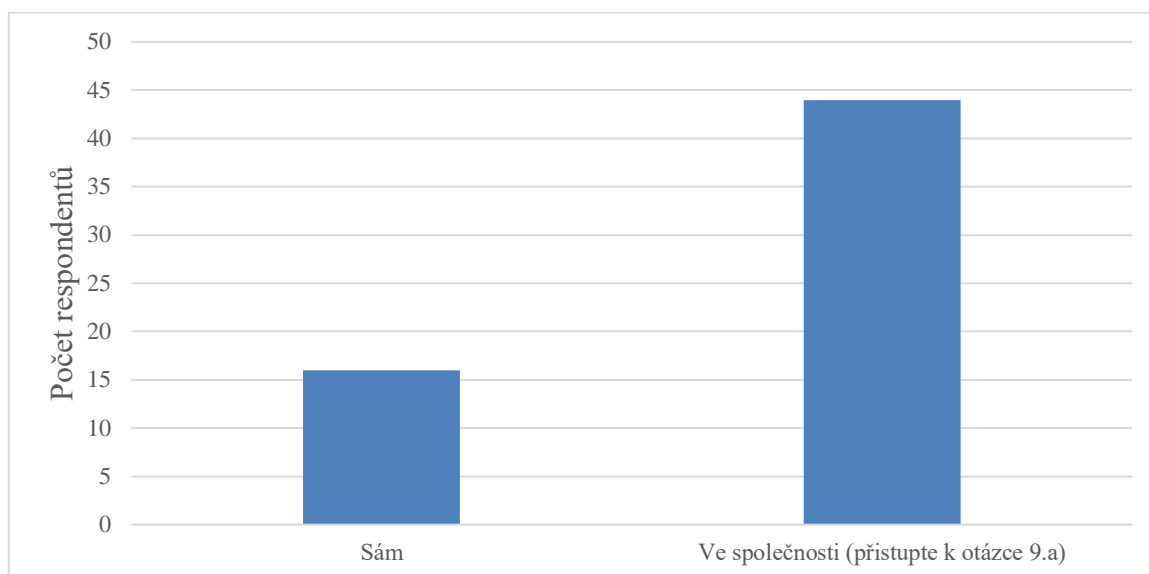
Otázka č. 9 – Byl postižený sám nebo ve společnosti lidí?

Tabulka 13 Přítomnost jiných lidí

Přítomnost jiných lidí	Počet respondentů	Podíl
Sám	16	27 %
Ve společnosti (přistupte k otázce 9.a)	44	73 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 11 Přítomnost jiných lidí



Zdroj: Jindříšek, 2017

Dle tabulky č.13 vidíme je patrné, že pacienti pod vlivem návykové látky jsou méně často sami, než ve společnosti jiných lidí. Odpověď postižený byl sám zvolilo 16 (27 %) respondentů a možnost, že byl ve společnosti jiných lidí, vybralo 44 (73 %) respondentů, kteří přistoupili k následující otázce 9.a.

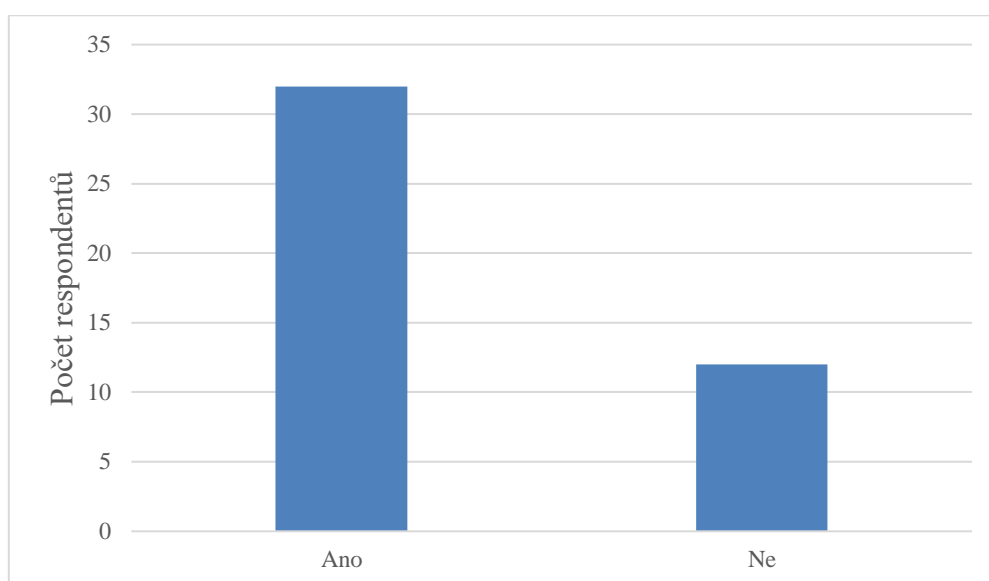
Otázka č. 9.a – Spolupracovalo okolí s výjezdovou posádkou?

Tabulka 14 Spolupráce okolí s výjezdovou posádkou

Spolupráce okolí s výjezdovou posádkou	Počet respondentů	Podíl
Ano	32	53 %
Ne	12	20 %
Celkem	44	73 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 12 Spolupráce okolí s výjezdovou posádkou



Zdroj: Jindříšek, 2017

Počet respondentů, kteří mohli být v návaznosti na otázku č. 9 připuštěni k otázce číslo 9.a, byl 44 (73 %). Okolí zásahu spolupracovalo s výjezdovou posádkou u 32 (53 %) respondentů, spolupráce neprobíhala v přítomnosti 12 (20 %) respondentů.

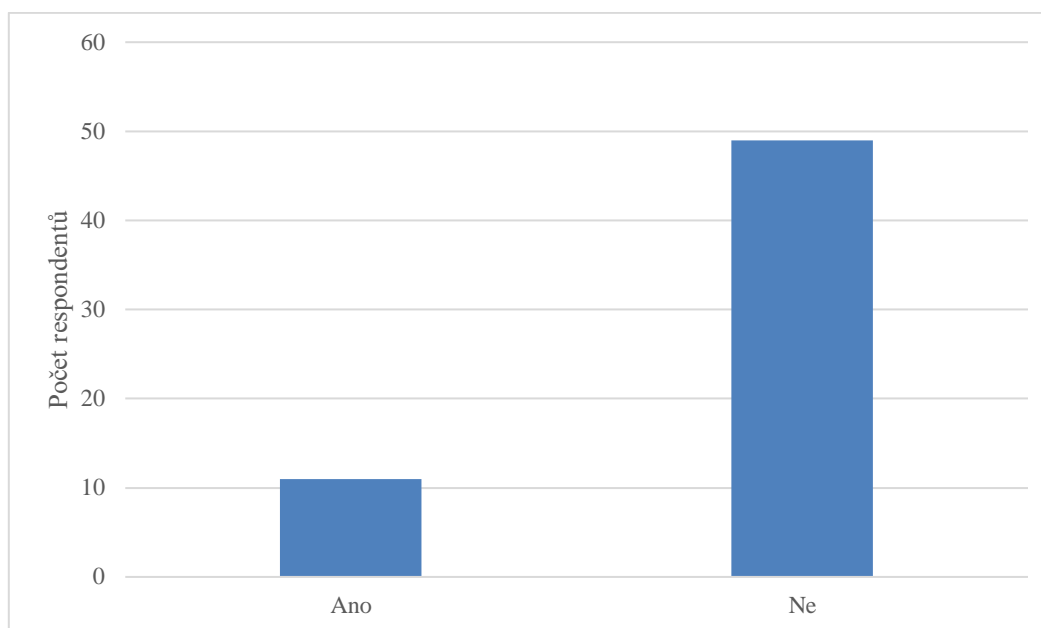
Otázka č. 10 – Byl (a) jste při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky fyzicky napaden (a)?

Tabulka 15 Fyzické napadení pacientem pod vlivem návykové látky

Fyzické napadení	Počet respondentů	Podíl
Ano	11	18 %
Ne	49	82 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 13 Fyzické napadení pacientem pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

Většina dotázaných 49 (82 %) nebyla při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky napadena. Zkušenost s napadením takovým pacientem uvedlo 11 (18 %) respondentů.

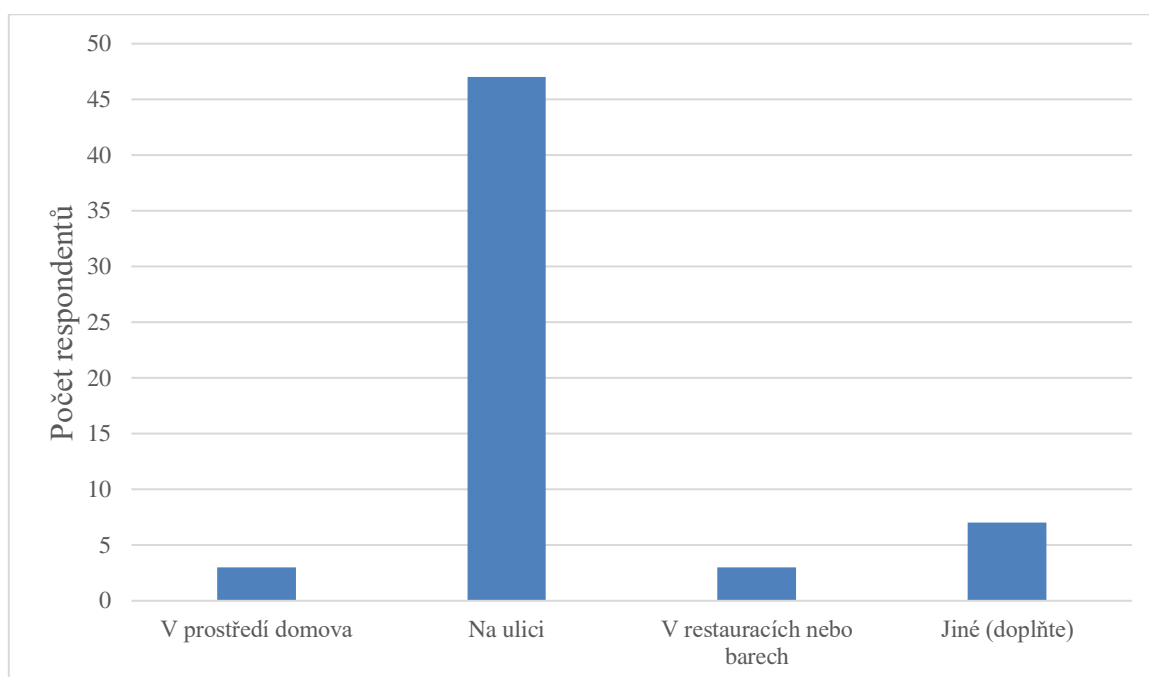
Otázka č. 11 – Kde se nejčastěji setkáváte s pacienty pod vlivem návykové látky?

Tabulka 16 Nejčastější místo setkání s pacientem pod vlivem návykové látky

Místo setkání	Počet respondentů	Podíl
V prostředí domova	3	5 %
Na ulici	47	78 %
V restauracích nebo barech	3	5 %
Jiné (doplňte)	7	12 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 14 Nejčastější místo setkání s pacientem pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

Podle tabulky a grafu je zřejmé, že nejvíce respondentů 47 (78 %) se setkala nejčastěji s pacientem pod vlivem návykové látky na ulici. Setkání s takovým pacientem v prostředí domova uvedli 3 (5 %) respondenti, totožně 3 (5 %) respondenti označili místem nejčastějšího setkání restaurace nebo bary. Alternativní odpověď jiné (doplňte) označilo 7 (12 %) respondentů, kteří nejčastěji odpověděli: různé, kdekoliv a jak kdy.

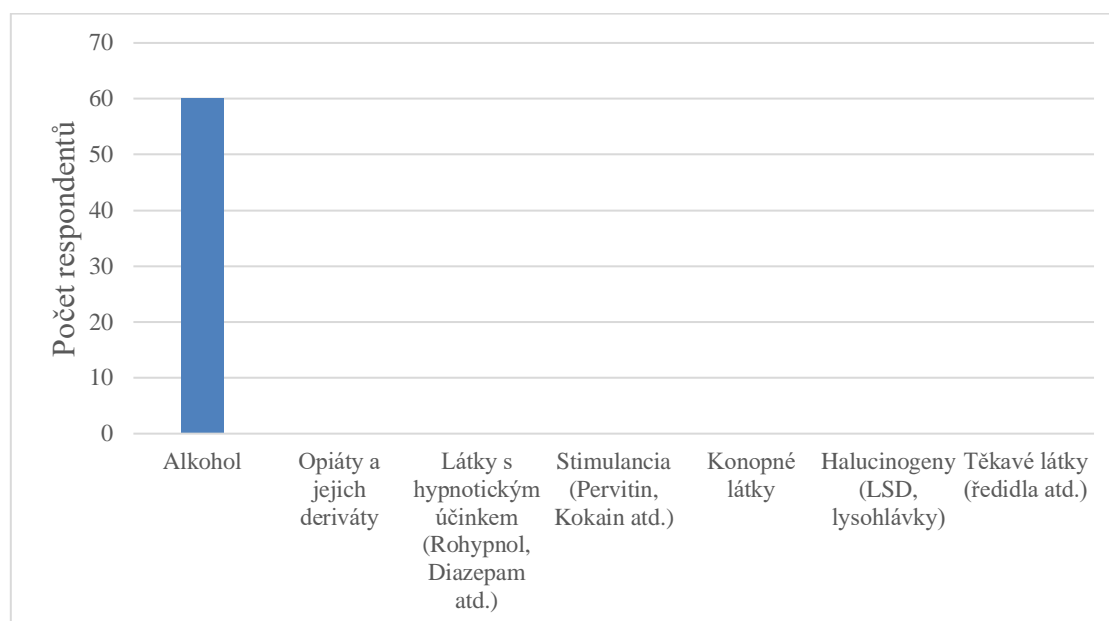
Otázka č. 12 – Jakou návykovou látkou je Vámi ošetřovaný pacient nejčastěji intoxikován?

Tabulka 17 Nejčastější intoxikační látky

Intoxikační látka	Počet respondentů	Podíl
Alkohol	60	100 %
Opiáty a jejich deriváty	0	0 %
Látky s hypnotickým účinkem (Rohypnol, Diazepam atd.)	0	0 %
Stimulancia (Pervitin, Kokain atd.)	0	0 %
Konopné látky	0	0 %
Halucinogeny (LSD, lysohlávky)	0	0 %
Těkavé látky (ředidla atd.)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 15 Nejčastější intoxikační látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

Všichni respondenti, tj. 60 (100 %) se shodli s odpovědí, že se nejčastěji setkávají s pacientem pod vlivem alkoholu.

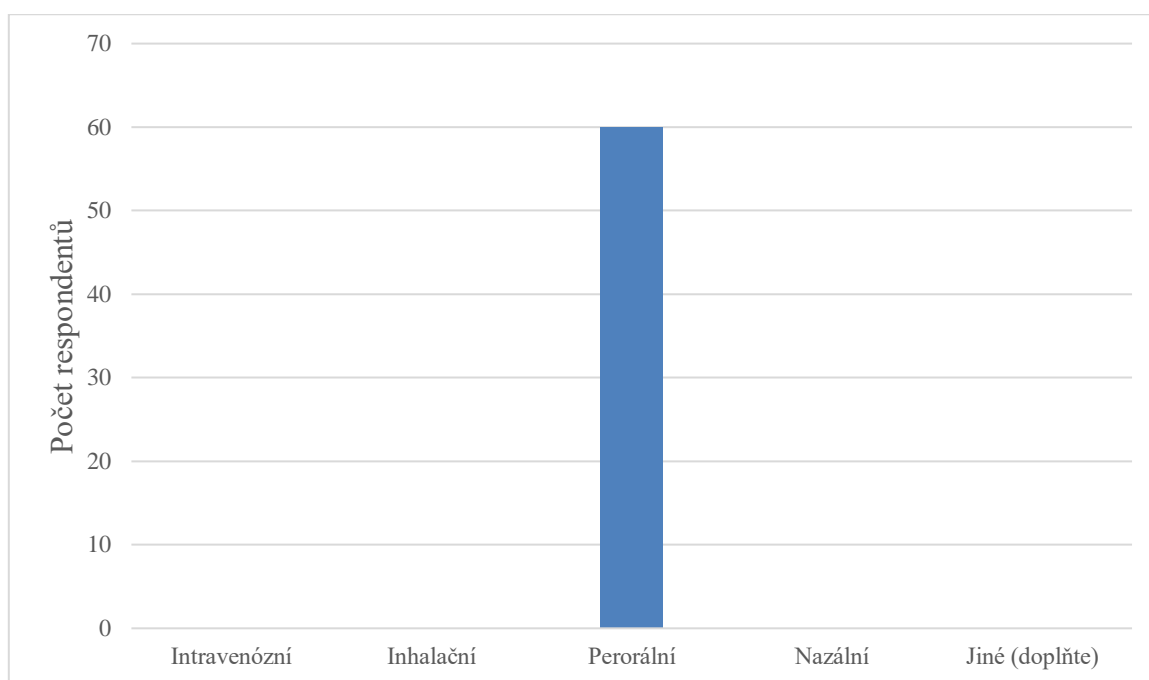
Otázka č. 13 – Jaká je nejčastější cesta vstupu návykové látky do organismu?

Tabulka 18 Nejčastější cesta vstupu návykové látky do organismu

Cesta vstupu návykové látky do organismu	Počet respondentů	Podíl
Intravenózní	0	0 %
Inhalační	0	0 %
Perorální	60	100 %
Nazální	0	0 %
Jiné (doplňte)	0	0 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 16 Nejčastější cesta vstupu návykové látky do organismu



Zdroj: Jindříšek, 2017

Za nejčastější cestu vstupu návykové látky do organismu označili všichni respondenti, tj. 60 (100 %) cestu perorální.

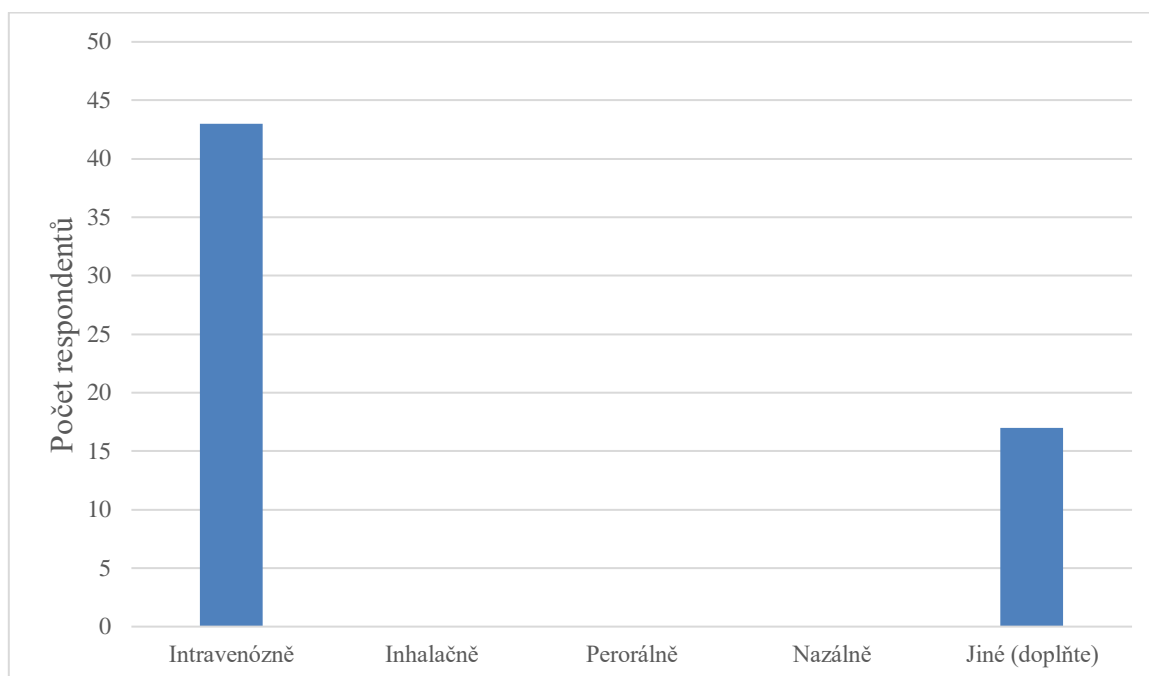
Otázka č. 14 – Jakým způsobem je na indikaci lékaře podáváno antidotum?

Tabulka 19 Způsob podávání antidota

Způsob podávání antidota	Počet respondentů	Podíl
Intravenózně	43	72 %
Inhalačně	0	0 %
Perorálně	0	0 %
Nazálně	0	0 %
Jiné (doplňte)	17	28 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 17 Způsob podávání antidota



Zdroj: Jindříšek, 2017

Dle grafu č. 17 je zřejmé, že 43 (72 %) respondentů podává antidota návykových látek intravenózní cestou. Alternativní odpověď jiné (doplňte) uvedlo 17 (28 %) respondentů, kteří se shodli na tom, že antidota nepodávají.

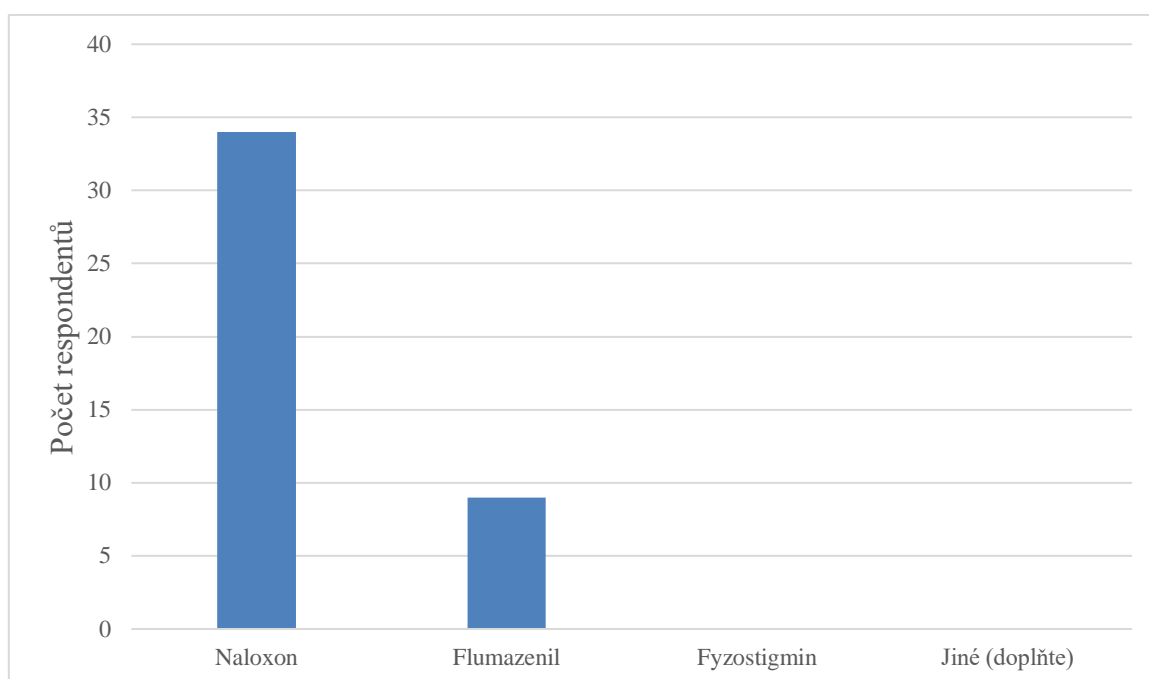
Otázka č. 14.a – Které antidotum u pacientů pod vlivem návykové látky podáváte nejčastěji?

Tabulka 20 Nejčastěji podávané antidotum

Antidotum	Počet respondentů	Podíl
Naloxon	34	57 %
Flumazenil	9	15 %
Fyzostigmin	0	0 %
Jiné (doplňte)	0	0 %
Celkem	43	72 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 18 Nejčastěji podávané antidotum



Zdroj: Jindříšek, 2017

K otázce č. 14.a přistoupilo 43 (72 %) respondentů, kteří v otázce č. 14 odpověděli, že podávali pacientům pod vlivem návykové látky antidotum. Naloxon označilo za svou odpověď 34 (57 %) respondentů, Flumazenil zařadilo do svých odpovědí 9 (15 %) respondentů. Ostatních možností nikdo z respondentů nevyužil.

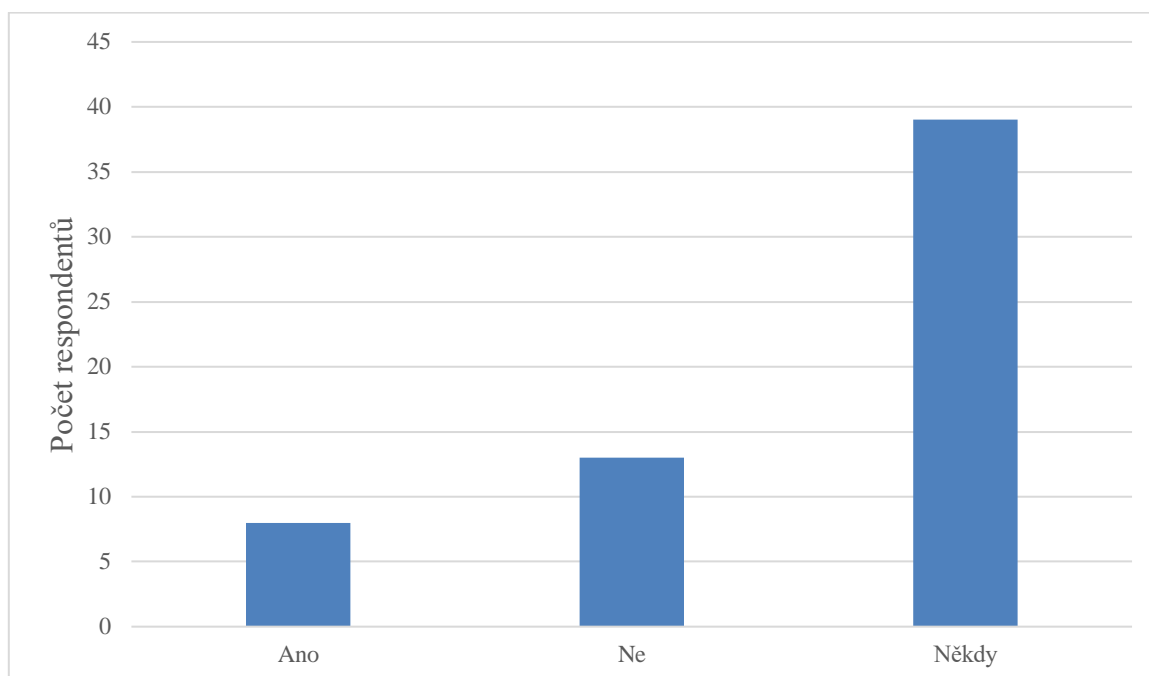
Otázka č. 15 – Máte problém s předáváním těchto pacientů ve zdravotnickém zařízení?

Tabulka 21 Problém s předáváním pacienta pod vlivem návykové látky

Problém s předáváním pacientů	Počet respondentů	Podíl
Ano	8	13 %
Ne	13	22 %
Někdy	39	65 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 19 Problém s předáváním pacienta pod vlivem návykové látky



Zdroj: Jindříšek, 2017

Problém s předáváním pacientů ve zdravotnickém zařízení uvádí 8 (13 %) respondentů, variantu bez problému označilo 13 (22 %) respondentů. Nejvíce získala odpověď někdy, kterou označilo 39 (65 %) respondentů.

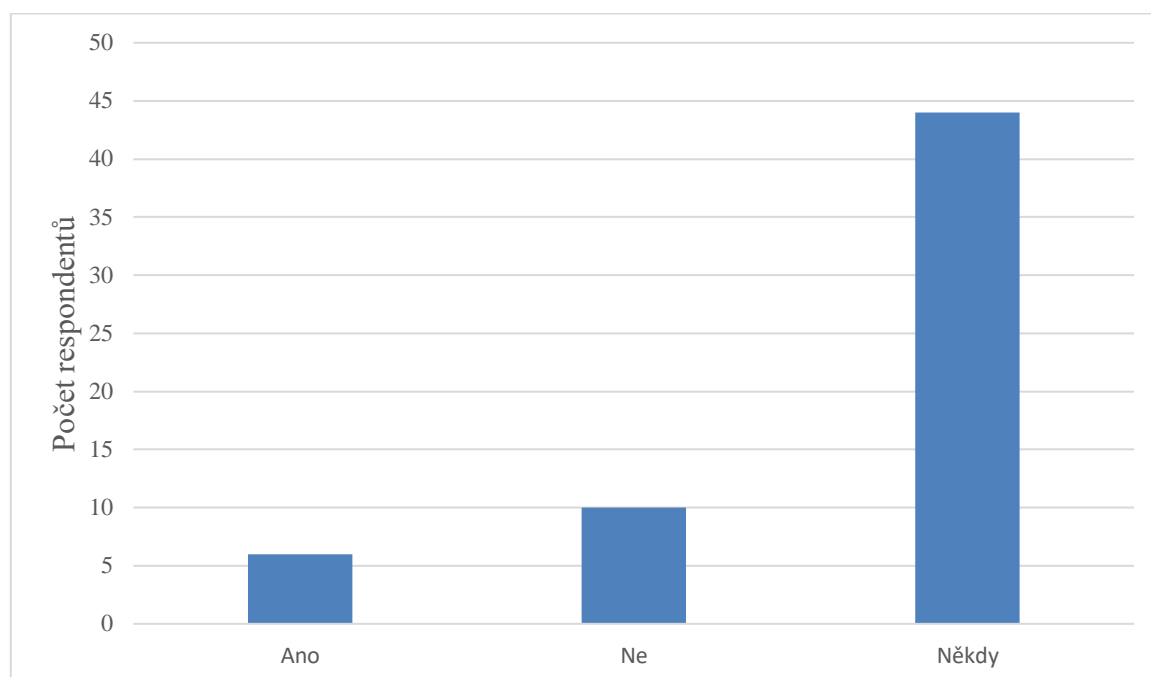
Otázka č. 16 – Provádíte vždy u pacienta pod vlivem návykové látky vyšetření od hlavy k patě, včetně jeho odhalení a kompletní kontroly (např. kapes, obsahu tašky atd.)?

Tabulka 22 Provedení kompletního odhalení a kontroly

Kompletní odhalení a kontrola	Počet respondentů	Podíl
Ano	6	10 %
Ne	10	17 %
Někdy	44	73 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 20 Provedení kompletního odhalení a kontroly



Zdroj: Jindříšek, 2017

Kompletní odhalení a kontrolu pacienta, který je pod vlivem návykové látky provádí 6 (10 %) respondentů a 44 (73 %) respondentů jí provádí někdy. Celkem 10 (17 %) respondentů celkovou kontrolu a odhalení u již zmíněných pacientů vůbec neprovádí.

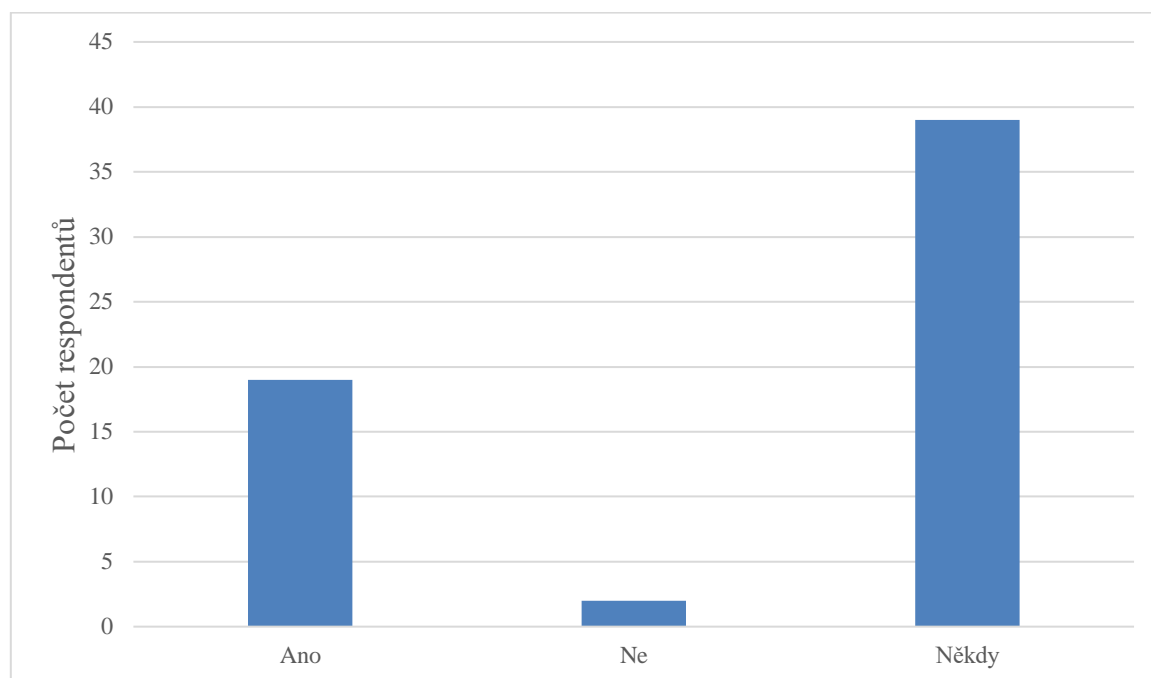
Otázka č. 17 – Provádíte vždy u pacienta pod vlivem návykové látky monitoraci základních vitálních funkcí (tlak, puls, saturace, tělesná teplota, glykémie, GCS, 3-svod EKG)?

Tabulka 23 Monitorace základních životních funkcí

Monitorace základních životních funkcí	Počet respondentů	Podíl
Ano	19	32 %
Ne	2	3 %
Někdy	39	65 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 21 Monitorace základních životních funkcí



Zdroj: Jindříšek, 2017

Na otázku vztahující se k provádění monitorace základních životních funkcí u pacienta pod vlivem návykových látek odpovědělo 19 (32 %) respondentů, že ji provádí vždy. Podle grafu a tabulky je viditelné, že 2 (3 %) respondenti nevyužívají vždy monitoring. Největší část respondentů 39 (65 %) monitoruje pacienta jen někdy.

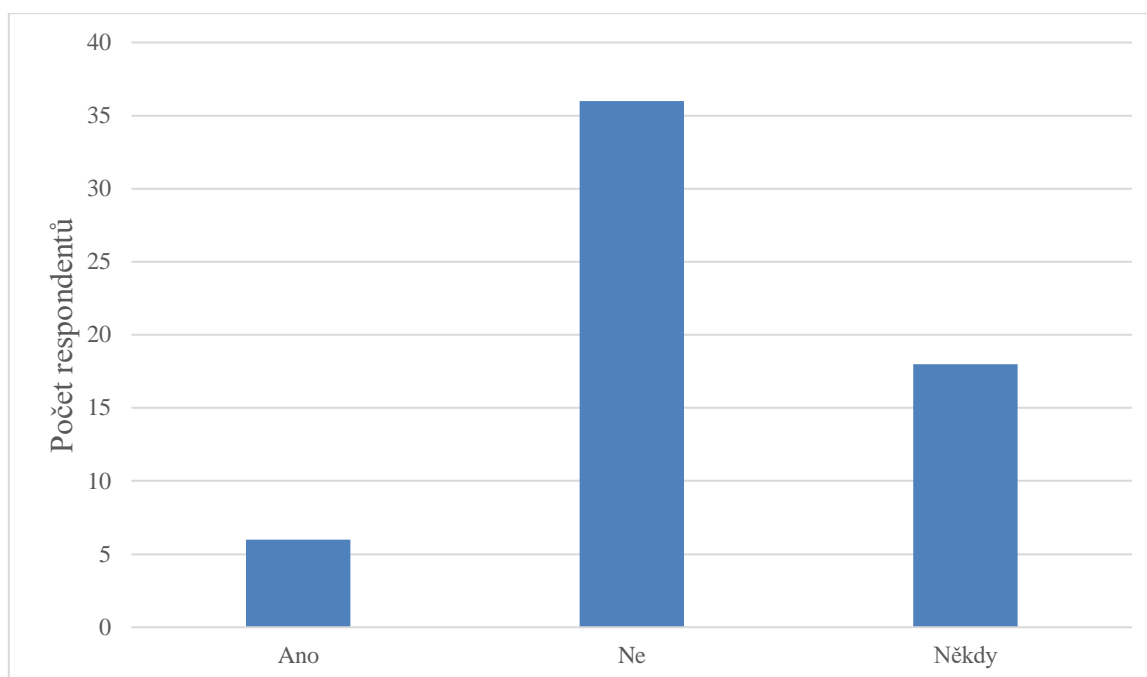
Otázka č. 18 – Zajišťujete vždy u pacienta pod vlivem návykové látky žilní vstup, i když to jeho momentální stav nevyžaduje?

Tabulka 24 Zajištění žilního vstupu

Zajištění žilního vstupu	Počet respondentů	Podíl
Ano (přistupte k otázce 18.a)	6	10 %
Ne	36	60 %
Někdy (přistupte k otázce 18.a)	18	30 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 22 Zajištění žilního vstupu



Zdroj: Jindříšek, 2017

V dotazníkovém šetření nás zajímalo, zda respondenti zajišťují žilní vstup u pacientů pod vlivem návykové látky i tehdy, zda to jejich momentální stav nevyžaduje. Největší část respondentů 36 (60 %) jich uvedlo, že žilní katetr nezavádějí. Odpověď někdy zvolilo 18 (30 %) respondentů a 6 (10 %) zavádí žilní katetr i v případě, kdy to pacientův stav nevyžaduje.

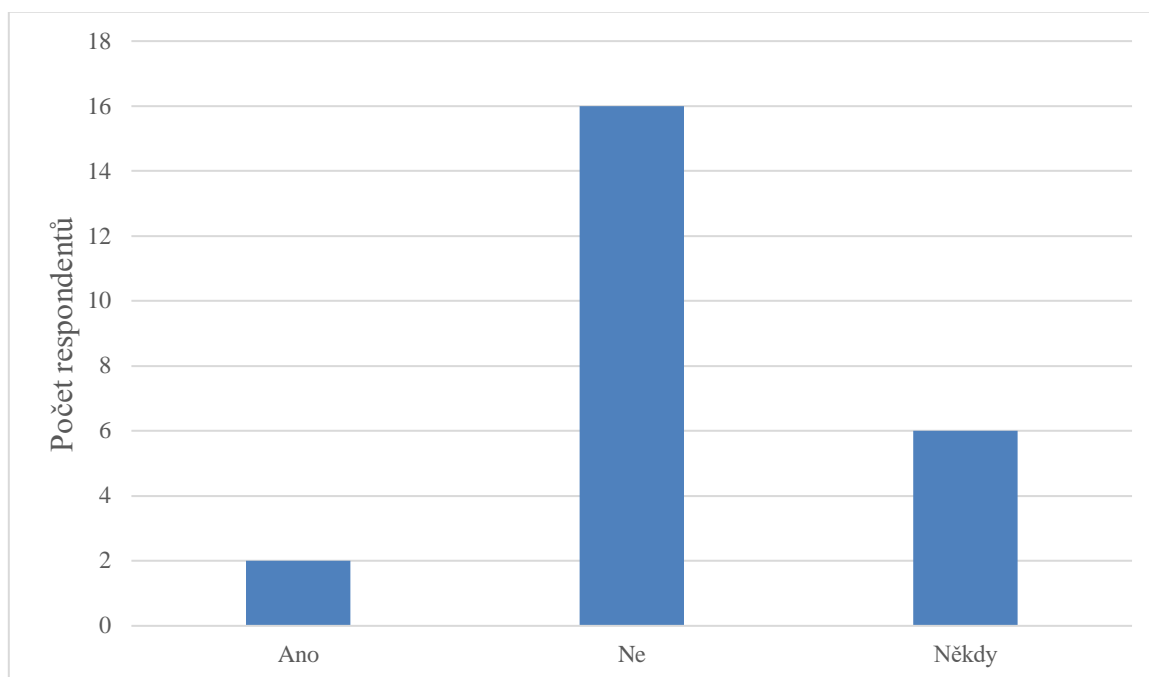
Otázka č. 18.a – Zajišťujete vždy u pacienta pod vlivem návykové látky žilní vstup i proti jeho vůli?

Tabulka 25 Zajištění žilního vstupu proti vůli pacienta

Zajištění žilního katetru proti vůli pacienta	Počet respondentů	Podíl
Ano	2	3 %
Ne	16	27 %
Někdy	6	10 %
Celkem	24	40 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 23 Zajištění žilního vstupu proti vůli pacienta



Zdroj: Jindříšek, 2017

K otázce číslo 18.a bylo připuštěno 24 (40 %) respondentů, kteří v otázce číslo 18 odpověděli, že zavádějí žilní vstup u pacienta pod vlivem návykové látky, i když to jeho stav nevyžaduje. Podle grafu a tabulky je zřetelné, že proti vůli pacienta zajišťují žilní vstup pouze 2 (3 %) respondenti, dalších 6 (10 %) respondentů jej tak zajišťuje někdy. Největší část respondentů 16 (27 %) proti vůli pacienta žilní vstup nezajišťuje.

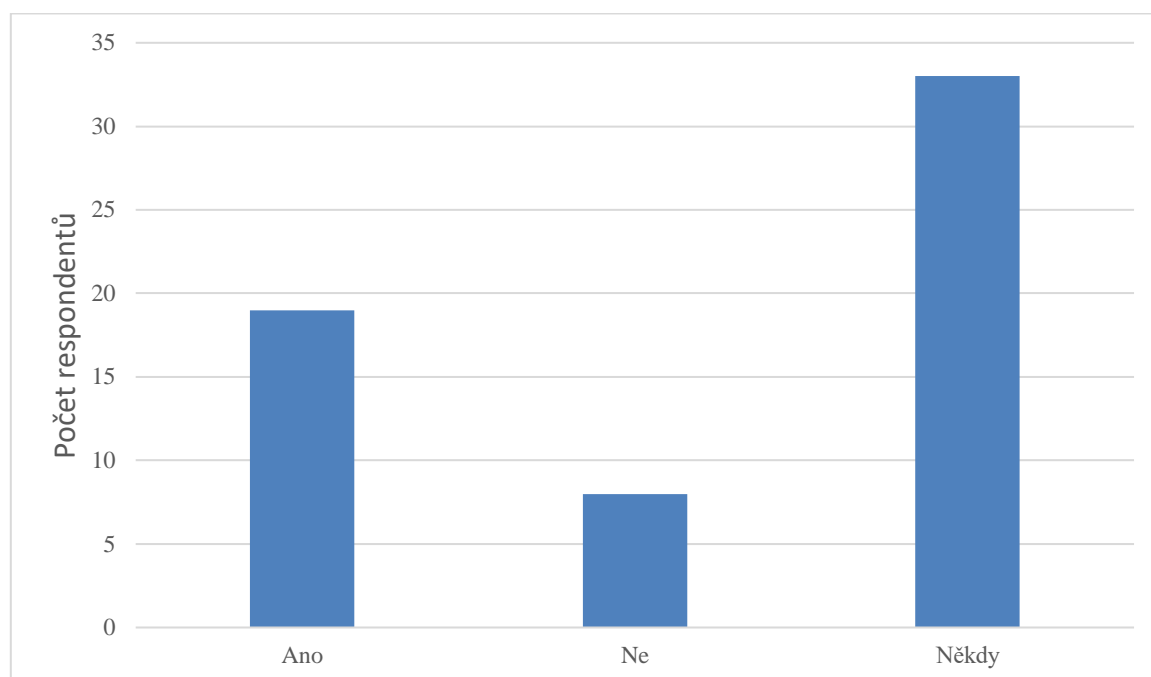
Otázka č. 19 – Pokud pacient pod vlivem návykové látky zvrací, předáváte i s pacientem ve zdravotnickém zařízení vzorek zvratků k následnému toxikologickému vyšetření?

Tabulka 26 Předání vzorku zvratků k toxikologickému vyšetření

Předání vzorku zvratků	Počet respondentů	Podíl
Ano (přistupte k otázce 19.a)	19	32 %
Ne	8	13 %
Někdy (přistupte k otázce 19.a)	33	55 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 24 Předání vzorku zvratků k toxikologickému vyšetření



Zdroj: Jindříšek, 2017

Vzorek zvratků k toxikologickému vyšetření odevzdává ve zdravotnickém zařízení 19 (32 %) respondentů a 33 (55 %) respondentů uvedlo odpověď někdy. Nejmenší část z respondentů 8 (13%) vzorek zvratků nepředává.

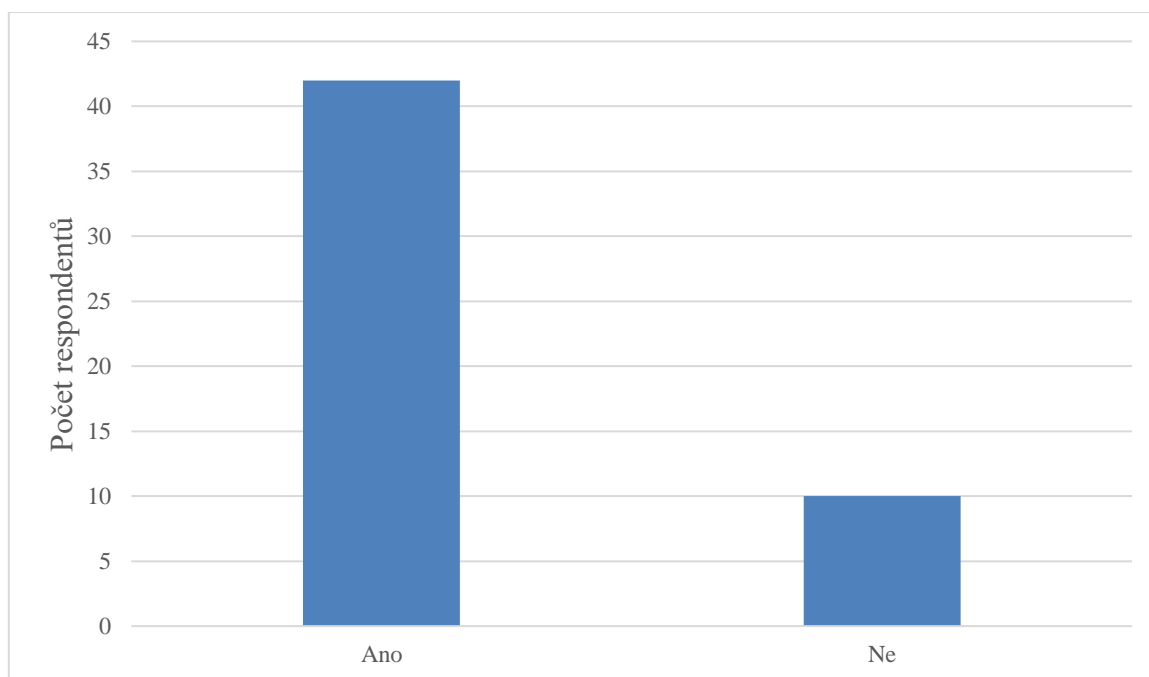
Otázka č. 19.a – Zaznamenáváte tento fakt ve zdravotnické dokumentaci?

Tabulka 27 Záznam odběru a předání zvratků v dokumentaci

Záznam v dokumentaci	Počet respondentů	Podíl
Ano	42	70 %
Ne	10	17 %
Celkem	52	87 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 25 Záznam odběru a předání zvratků v dokumentaci



Zdroj: Jindříšek, 2017

Na otázku číslo 19.a mohlo odpovědět 52 (87 %) respondentů, kteří v otázce č. 19 uvedli, že předávají vzorek zvratků k následnému toxikologickému vyšetření. Většina respondentů 42 (70 %) odpověděla, že zaznamenávají do dokumentace odběr a předání zvratků. V opačném případě odpovědělo 10 (17 %) respondentů, že záznam do zdravotnické dokumentace neprovádějí.

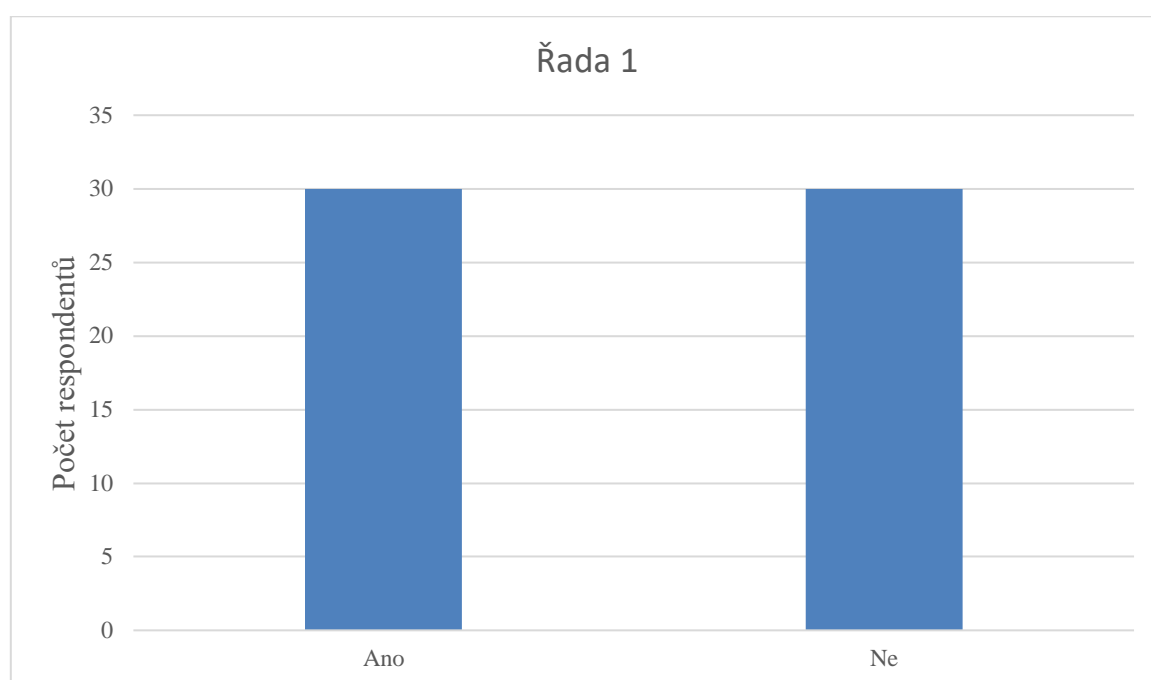
Otázka č. 20 – Bylo při ošetřování intoxikovaného pacienta někdy nutno zahájit kardiopulmonální resuscitaci (KPR)?

Tabulka 28 Nutnost zahájit KPR

Zahájení KPR	Počet respondentů	Podíl
Ano	30	50 %
Ne	30	50 %
Celkem	60	100 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 26 Nutnost zahájit KPR



Zdroj: Jindříšek, 2017

Při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky bylo u 30 (50 %) respondentů nutné zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Ve stejném počtu, tj. 30 (50 %) respondentů odpovědělo, že KPR zahajovat nemusela.

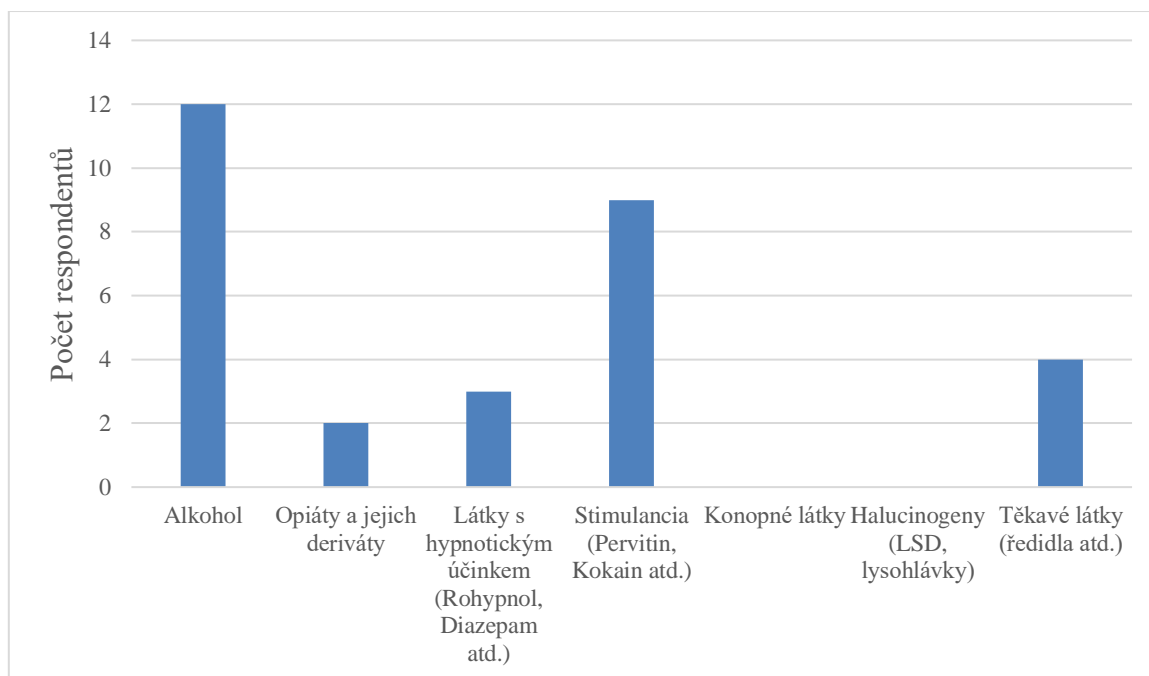
Otázka č. 20.a – Jakou látku resuscitovaný pacient užil?

Tabulka 29 Látky užívané resuscitovaným pacientem

Užitá látka	Počet respondentů	Podíl
Alkohol	12	20 %
Opiáty a jejich deriváty	2	3 %
Látky s hypnotickým účinkem (Rohypnol, Diazepam atd.)	3	5 %
Stimulancia (Pervitin, Kokain atd.)	9	15 %
Konopné látky	0	0 %
Halucinogeny (LSD, lysohlávky)	0	0 %
Těkavé látky (ředidla atd.)	4	7 %
Celkem	30	50 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 27 Látky užívané resuscitovaným pacientem



Zdroj: Jindříšek, 2017

K otázce č. 20.a přistoupilo 30 (50 %) respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že se setkali s resuscitací u pacienta pod vlivem návykové látky. Podle grafu

a tabulky je zřejmé, že nejvyšší počet respondentů 12 (20 %) uvedl, že resuscitovaný pacient užil alkoholu, dále 9 (15 %) respondentů odpovědělo možnost stimulancia. Na otázku, zda resuscitovaný pacient užil těkavé látky odpovědělo 4 (7 %) respondentů a 3 (5 %) respondenti se setkali s resuscitací pacienta pod vlivem látek s hypnotickým účinkem. Pouze 2 (3 %) respondenti uvedli možnost opiáty a jejich deriváty.

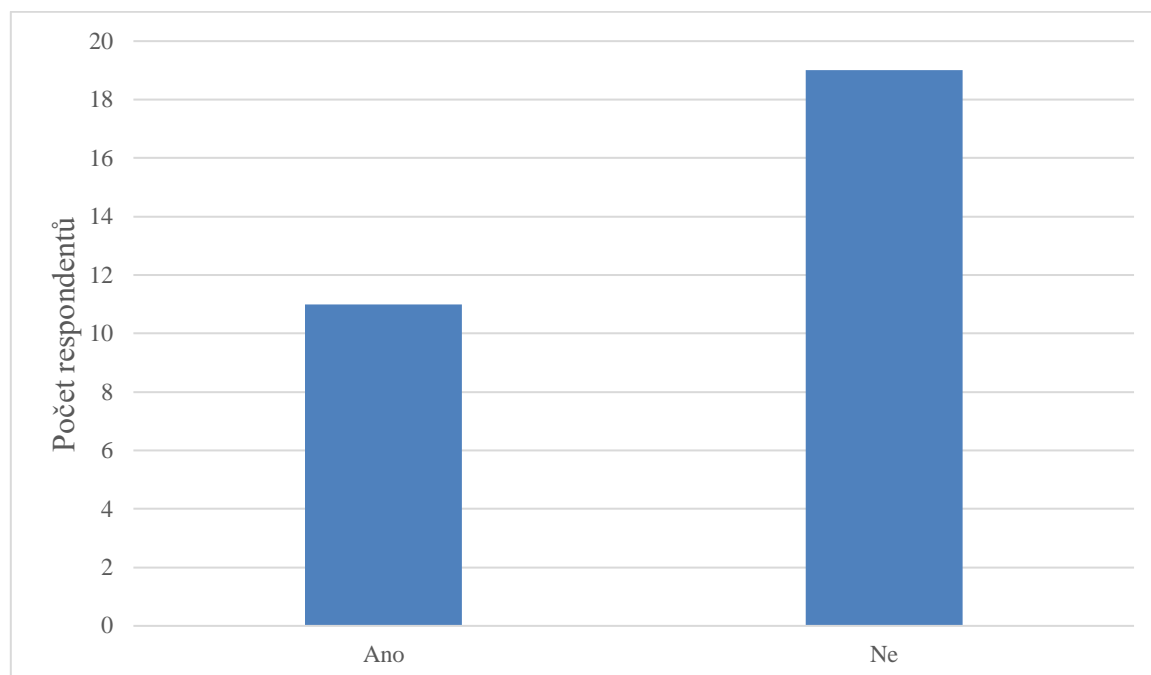
Otázka 20.b – Byla kardiopulmonální resuscitace úspěšná?

Tabulka 30 Úspěšnost KPR u pacienta intoxikovaného návykovou látkou

Úspěšná KPR	Počet respondentů	Podíl
Ano	11	18 %
Ne	19	32 %
Celkem	30	50 %

Zdroj: Jindříšek, 2017

Graf 28 Úspěšnost KPR u pacienta intoxikovaného návykovou látkou



Zdroj: Jindříšek, 2017

Otázku č. 20.b mohlo zodpovědět 30 (50 %) respondentů. Úspěšnou KPR u pacienta intoxikovaného návykovou látkou uvedlo 11 (18 %) respondentů, neúspěšnou KPR přiznalo 19 (32 %) respondentů.

4.3 CELKOVÉ SHRnutí VÝSLEDKŮ Z PRŮZKUMU

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo navrhnout a vypracovat standardizovaný postup ošetření pacienta pod vlivem návykové látky vhodný pro posádky RZP. Byl zpracovaný vícestránkový ošetrovatelský postup, který určuje posádkám RZP standardizované kroky v ošetrování pacienta pod vlivem návykové látky. Znalost vytvořeného ošetrovatelského postupu posádkami RZP povede k minimalizaci potencionálních problémů v terénu a ke správnému ošetření pacienta.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, zda je intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví. Pomocí námi provedeného chí-kvadrát testu můžeme konstatovat, že pacient pod vlivem návykové látky bude pravděpodobněji muž.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit nejčastější intoxikační návykovou látku, se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají. Na základě získaných dat můžeme konstatovat, že nejčastější intoxikační návykovou látkou, se kterou se posádky ZZS LK setkávají, je alkohol, což uvedlo 60 (100 %) respondentů. K dílčímu cíli č. 2 se vztahuje průzkumná otázka č.2, kterou jsme testovali pomocí metody chí-kvadrát a která potvrdila, že nejčastější návykovou látkou, se kterou se posádky ZZS LK setkávají, je alkohol.

5 DISKUZE

Provedené průzkumné šetření pomocí dotazníkové metody zjišťovalo, jakým způsobem, jak často a pod vlivem jaké návykové látky jsou nejčastěji ošetřováni pacienti zdravotnickými záchranáři ZZS LK. Vzhledem k výsledkům můžeme konstatovat, že většina respondentů **57 (95 %)** má zkušenost s **ošetřováním dětského pacienta** pod vlivem návykové látky, což považujeme za alarmující. Zjištěná skutečnost může představovat celou řadu medicínských i psychosociálních problémů. Další velký problém vnímáme v odpovědi na otázku, jak často posádky ZZS LK ošetřují pacienta pod vlivem návykové látky. Musíme zdůraznit, že **14 (23 %)** respondentů označilo odpověď, že **každou svoji směnu** ošetřuje takového pacienta, dále **29 (48 %)** respondentů označilo možnost, že ošetřuje pacienta pod vlivem návykové látky **alespoň 1x týdně**. V celkovém počtu ošetřovaných pacientů převládali muži nad ženami, neboť **muže** označilo **46 (77 %)** respondentů a **ženy 14 (23 %)** respondentů. **Nejčastěji** ošetřovanou **věkovou kategorií** označilo **37 (62%)** respondentů ve věku **19-25 let**. Za obsah výzvy označilo **24 (40 %)** respondentů **nejčastěji trauma**, dále primárně **intoxikaci 13 (22%)** respondentů a poruchu **jedné vitální funkce 13 (22%)**. Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky bylo komplikováno **zmateností, agresivitou a neklidem**, což uvedlo **23 (38 %)** respondentů, **poruchy vědomí a nemožnost získat anamnézu** označilo **16 (27 %)** respondentů.

Asistence PČR při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky proběhla **někdy**, což uvedlo **45 (75 %)** respondentů, u **12 (20 %)** respondentů proběhla **vždy**. Jako nejčastější **důvod asistence PČR** při ošetřování pacientů byla zvolena odpověď **agresivita ze strany ošetřovaného**, kterou odpovědělo **39 (65 %)** respondentů, odpověď **nutnost identifikace** ošetřované osoby zvolilo **12 (20 %)** respondentů. Osoba pod vlivem návykové látky se nejčastěji nacházela **ve společnosti**, což uvedlo **44 (73 %)** respondentů, a možnost, že byl postižený **sám**, označilo **16 (27 %)** respondentů. Při ošetřování pacienta **spolupracovalo** jeho okolí ve **32 (53%)** odpovědích respondentů, **nezájem o spolupráci** s posádkou ZZS označilo **12 (20 %)** respondentů. Z celkového počtu 60 respondentů jich bylo **11 (18 %)** uvedlo, že byli během ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky **napadeni**. Považujeme za důležité dodržovat základní pravidla a chování při kontaktu s takovýmto pacientem, která jsou uvedena v teoretické části bakalářské práce. Nejčastějším místem setkání s pacientem pod vlivem návykové látky

byla označena odpověď **na ulici**, kterou zvolilo **47 (78 %)** respondentů. Za nejčastější intoxikační návykovou látku byl zvolen **alkohol**, což uvedlo **60 (100 %)** respondentů a shodně **60 (100%)** respondenti uvedli, že nejčastější cestou vstupu látky do organismu byla **perorální cesta**. Na indikaci lékaře **podávalo antidotum 43 (72 %)** respondentů a celkem **17 (28 %)** respondentů antidota v takovém případě **nepodávalo**. **Nejčastěji** podávaným **antidotem** při intoxikace návykovou látkou byl zvolen **Naloxon**, což uvedlo **34 (57 %)** respondentů. S předáváním pacienta pod vlivem návykové látky ve zdravotnickém zařízení označilo celkem **39 (65 %)** respondentů možnost, že mělo někdy **problém** pacienta předat. Dále **13 (22 %)** respondentů takový **problém nemělo**, naopak **8 (13 %)** respondentů mělo **problém** s předáním pacienta ve zdravotnickém zařízení. Při otázce, zda posádky ZZS vždy provádějí u pacientů pod vlivem návykové látky **vyšetření od hlavy k patě, včetně odhalení a kompletní kontroly** označilo **44 (73 %)** respondentů odpověď **někdy**. Dále je zřejmé, že **10 (17 %)** respondentů tento postup **nikdy neprovádí**, v opačném případě **6 (10 %)** respondentů ho **provádí vždy**.

Monitoraci základních životních funkcí u pacienta pod vlivem návykové látky provedlo někdy **39 (65 %)** respondentů, vždy jí provedlo **19 (32 %)** respondentů. Pokud to zdravotní stav pacienta pod vlivem návykové látky nevyžaduje, žilní vstup **nikdy nezajišťovalo 36 (60 %)** respondentů, **někdy 18 (30 %)** respondentů a **vždy 6 (10 %)** respondentů. **Proti vůli** pacienta žilní vstup **nezajišťovalo 16 (27 %)** respondentů, někdy **6 (10 %)** respondentů, a **proti vůli pacienta ho zajistili 2 (3 %)** respondenti. Odběr biologického materiálu (zvratků) s následným předáním ve zdravotnickém zařízení provedlo **někdy 33 (55 %)** respondentů, **vždy 19 (32 %)** respondentů a **8 (13 %)** respondentů předání **neprovedlo**. Předání zvratků s pacientem **zaznamenávalo** ve zdravotnické dokumentaci **42 (70 %)** respondentů, záznam **neprovedlo 10 (17 %)** respondentů. Při ošetřování intoxikovaného pacienta návykovou látkou muselo **zahájit 30 (50 %)** respondentů KPR a shodný počet respondentů **30 (50 %)** tuto skutečnost nemá. Zda resuscitovaný pacient požil **alkohol** odpovědělo **12 (20 %)** respondentů, dále **9 (15 %)** respondentů uvedlo **stimulancia**, dále **4 (7%)** respondenti uvedli **těkavé látky**, dále **3 (5 %)** respondenti **látky s hypnotickým účinkem** a pouze **2 (3 %)** respondenti uvedli **opiáty a jejich deriváty**. Kardiopulmonální resuscitace byla **úspěšná** v odpovědích **11 (18 %)** respondentů, **neúspěchem** skončila u **19 (32 %)** respondentů.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům průzkumného šetření můžeme konstatovat, že nejčastější návykovou látkou, se kterou se posádky ZZS LK setkávají v rámci ošetřování,

je alkohol. Za důležité nicméně pokládáme fakt, že ač se jedná o nejčastější návykovou látku, nejedná se o jedinou návykovou látku, se kterou se posádky ZZS LK setkávají. Evidentní je tento fakt u otázky č. 20.a, při které nás zajímalo, jakou látku pacient, který musel být resuscitován, užil.

Problematiku návykových látek přiblížil ve své bakalářské práci Kušnierik (2012), který se zabýval intoxikací ethanolem či jinými návykovými látkami ve vztahu k urgentní medicíně a jak uvedl na základě svého průzkumu, celkem 118 (100 %) respondentů má zkušenost s pacientem intoxikovaným alkoholem. Na základě námi provedeného průzkumného šetření můžeme souhlasit s tvrzením Kušnierika, neboť jsme také shodně 60 (100 %) prokázali, že zdravotničtí záchranáři ošetřují nejčastěji pacienta pod vlivem alkoholu. Vzhledem k porovnání výsledků z roku 2012 a oproti roku 2017 se můžeme domnívat, že alkohol drží stále prvenství v oblasti návykových látek, se kterými se zdravotničtí záchranáři setkávají v rámci ošetřování pacienta.

Obdobnou problematikou se ve své bakalářské práci zabýval Pochtiol (2011), který zjišťoval přístup zdravotnického záchranáře k akutním intoxikacím v přednemocniční neodkladné péči. Jeho výsledky práce opět potvrzují, že nejčastějším druhem intoxikace se kterou se respondenti setkali, byla intoxikace alkoholem. Zajímavou informací je, že autor ve své práci srovnával intoxikace i jiného původu (živočišné jedy, inhalační otravy typu, CO₂, CO), než jen návykovou látkou.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě stanoveného cíle v průzkumné části práce byl navržen a vypracován standardizovaný ošetrovatelský postup pro posádky RZP pro ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky, který může sloužit jako vhodná pomůcka pro zdravotnické záchranáře a jako návod v dodržování platných základních postupů v ošetřování, které povedou k minimalizaci vzniku nežádoucích situací či komplikací. Navržený ošetrovatelský postup je součástí této bakalářské práce v příloze A.

Nedílnou součástí správného postupu při ošetření pacienta pod vlivem jakékoliv návykové látky je výběr vhodné komunikace ze strany zdravotnických záchranářů. Na vlastní bezpečnost a vyhodnocení potencionálních rizik je třeba myslet při každém kontaktu s pacientem. Z médií můžeme zaznamenat častější fyzické útoky vedené ze strany pacientů nebo jejich okolí proti ošetřujícím zdravotnickým pracovníkům, a to jak

v terénu, tak v nemocnici. Bohužel při ošetřování určité skupiny lidí, kteří jsou pod vlivem některé návykové látky, může dojít k podcenění při odebírání anamnézy, důvodu či vzniku obtíží. Nejčastěji dochází k podceňování pacientova stavu na podkladě opilosti, či vlivu návykové látky, neboť osoba, ke které je volána záchranná služba, se nachází ve stavu opilosti pmočená, zanedbaná a ležící na ulici. Posádky záchranných služeb řeší neustálé problémy s identifikací tohoto pacienta, s odebíráním anamnézy, platností či průkazností pojištění a s následným transportem do zdravotnického zařízení. Zasahující záchranáři si kladou otázku, kam s osobou, která je pouze pod vlivem alkoholu, neboť standardní interní oddělení odmítá jejich hospitalizaci a záchranné stanice jsou často naplněny, hned jak zahájí pracovní dobu. Pro zdravotnické záchranáře je toto poměrně stresujícím faktorem, který je na základě provedených průzkumů prokázán i jako jeden z faktorů syndromu vyhoření na podkladě frustrace a neuspokojení z práce. Právě z uvedených důvodů může dojít k podcenění závažnosti stavu a navržený standard může být vhodným návodem a pomůckou při poskytování pomoci v terénu. Při provádění průzkumu jsme se setkali s pozitivní odezvou zejména ze strany zdravotnických záchranářů a z neformálních rozhovorů jsme zjistili, že zdravotničtí záchranáři ZZS LK se potýkají se stejnými problémy jako kolegové z ostatních krajů České republiky.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby. V teoretické části práce jsou popsány nejčastější návykové látky, se kterými se lze v podmínkách přednemocniční neodkladné péče setkat. V této části práce jsou uvedeny základní pojmy ve vztahu k návykovým látkám spolu s přehledem jednotlivých druhů látek, včetně jejich zástupců. Dále je zde uveden ucelený přehled účinků těchto látek, včetně jejich možného vstupu do organismu, projevy intoxikace a následná terapie. Samostatná kapitola se věnuje vhodné formě komunikace, základním pravidlům a postupům, které je nutné při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky dodržovat. V průběhu zpracování zejména teoretické části bakalářské práce jsme zjistili, že obsah daného tématu v souladu s doporučením a platnou metodikou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. převyšuje možnosti bakalářské práce, neboť problematika návykových látek je téma široké. Jsme přesvědčeni, že bakalářská práce bude sloužit jako zdroj a přehled informací k dané problematice pro všechny studenty oboru zdravotnický záchranář a současně pro kolegy zdravotnické záchranáře pracující v posádkách RZP, kteří se s pacienty pod vlivem návykových látek, zejména alkoholu, každodenně setkávají ve své praxi.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo na základě dat zjištěných kvantitativním průzkumným šetřením navrhnout a vypracovat ošetřovatelský standard pro ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky v přednemocniční neodkladné péči vhodný pro posádky RZP Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Stanovený hlavní cíl práce byl splněn, vypracovaný ošetřovatelský standard bude nabídnut hlavní sestře ZZS LK (viz. příloha A) a je na jejím posouzení, zda bude vhodné ho zavést do praxe. Dílčím cílem č.1 práce bylo zjistit, zda je intoxikace návykovou látkou závislá na pohlaví. Dílčím cílem č. 2 práce bylo zjistit nejčastější intoxikační návykovou látku se kterou se záchranáři ZZS LK setkávají. Oba dílčí cíle byly splněny, nejčastěji intoxikováni návykovou látkou jsou muži a nejčastější návykovou látkou byl prokázán alkohol.

Závěrem můžeme konstatovat, že problematika návykových látek může v budoucnu představovat veliké množství medicínských a sociálních problémů, neboť užívání návykových látek má spíše stoupající tendenci a Česká republika patří k zemím s dlouhodobě nejvyšší spotřebou alkoholu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING, 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4053-9.

BARCELOUX, Donald G, 2008. *Medical toxicology of natural substances: foods, fungi, medicinal herbs, plants, and venomous animals*. Hoboken, N.J.: John Wiley,. ISBN 047172761X.

DOLEŽAL, Martin, 2013. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2382-5.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Evropská zpráva o drogách (2016): Trendy a vývoj* [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2016 [cit. 2017-03-09]. ISBN 978-92-9168-861-6. Dostupné z:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001CSN.pdf>

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

FIŠAR, Zdeněk, 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUBINKOVÁ, Zuzana, 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3., aktualiz., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1593-3.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

- KUKLA, Lubomír, 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
- KUŠNIERIK, Štěpán. Intoxikace ethanolem či jinými návykovými látkami ve vztahu k urgentní medicíně [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2017-03-19]. Available from: <http://theses.cz/id/kcdlq7/> Bachelor's thesis. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies. Thesis supervisor doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D..
- LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
- LATTOVÁ, Zuzana. Hypnotika. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 2009, **10**(3) [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/05.pdf>
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina, Jaroslav CHLÁDEK, Stanislav MIČUDA a Jiřina CHLÁDKOVÁ, 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1356-4.
- MARX, John A., Robert S. HOCKBERGER a Ron M. WALLS, ed, 2014. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders. ISBN 978-1-4557-0605-1.
- MIOVSKÝ, Michal, 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0865-2.
- NUTT, D., KING, L. A., PHILLIPS, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* [online]. 376, 9752, 1558–1565. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61462-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61462-6.pdf)
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5199-3.
- PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
- PEČ, Jaroslav a Jaroslav DUŠEK. Konopí, konopná droga a související léčivé přípravky. *Praktické lékařství* [online]. Solen, 2009, **5**(4), 189-193 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/04/09.pdf>

- PELCLOVÁ, Daniela, 2014. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3., dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2597-3.
- POCHTIOL, Tomáš. Přístup zdravotnického záchranáře k akutním intoxikacím v přednemocniční neodkladné péči [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/fybmbh/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Jaroslav Gutvirth.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024619859.
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
- SPIPKOVÁ, Jiřina, 2016. *Farmakognozie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3264-3.
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.
- ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ (eds.), 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
- ŠEVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK, 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3146-9.
- ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK, 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3594-8.
- ŠVARC, Jiří, 2008. Substituce opioidových závislostí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 9(4), 187-190 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/13.pdf>
- VIŠŇOVSKÝ, Peter, 2008. Substituční léčba opiátové závislosti. *Praktické lékárenství* [online]. Solen, 4(3), 108-112 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2008/03/02.pdf>
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 9788073454562.

PŘÍLOHY

Příloha A – Standard ošetrovatelského postupu	II
Příloha B – Dotazník	VII
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XIV
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce ...	XV
Příloha E – Rešerše	XVI
Příloha F – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu	XVII

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉHO POSTUPU

NÁZEV: Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky

Vytvořeno	Pro účely bakalářské práce
Vypracoval	Zdeněk Jindřišek
Schválil	PhDr. Mgr. et Bc. Josef Taybner
Určeno pro	NLZP ZZS Libereckého kraje

Úvod

Pro potřeby tohoto návrhu standardu je návyková látka definována jako: „látka, která svým účinkem mění lidské prožívání a její dlouhodobé a pravidelné užívání vede ke vzniku závislosti“. Vzhledem k širokému spektru návykových látek se jedná zejména o látky typu:

- Alkohol
- Opioidy a opiáty
- Konopné drogy
- Sedativa a hypnotika
- Stimulancia
- Halucinogeny
- MDMA a taneční drogy
- Těkavé látky
- Tabák

Cíl

- Zajištění bezpečnosti a zhodnocení potencionálních rizik pro pacienta i posádku RZP
- Vyšetření základních životních funkcí (A, B, C, D, E)
 - Udržení nebo zajištění průchodnosti dýchacích cest
 - Zhodnocení dechové činnosti
 - Zhodnocení oběhu
 - Neurologické vyšetření
- Řešení stavů ohrožující život
- Celkové zhodnocení stavu, anamnéza a získání potřebných informací pro příp. další léčbu
- Bezpečný transport na vhodné zdravotnické pracoviště odpovídajícího typu

Potřebné pomůcky

- Ochranné rukavice, popř. ústenka, empir
- Defibrilátor/monitor s příslušenstvím, čidlo SpO₂, manžeta na měření neinvazivního krevního tlaku
- **Pomůcky k zajištění dýchacích cest:**
 - Vzduchovody, kyslíková polomaska, laryngeální maska
 - Odsávačka
 - Stříkačka
 - Ambuvak s napojením na O₂ lahev
 - Magillovy kleště, peán
- O₂ – dle průchodnosti nebo zajištění DC
- **Pomůcky k zajištění cévního řečiště:**
 - Desinfekce
 - Esmarchovo škrtidlo
 - Žilní katetry výběr z více velikostí
 - I.O sada
 - Sterilní krytí i.v. vstupu, lepenka
 - Stříkačka s 10ml proplachem FR 1/1
- **Farmaka** – ampulárium, příslušná antidota dle pozitivního listu ZZS
- Balancované krystaloidy a jiné krystaloidní roztoky
- Glukometr
- Fonendoskop
- Svítilna, nebo oční baterka
- Obvazový materiál
- Krční límec
- Pomůcky k odběru biologického materiálu (jednorázové kontejnery k odběru biologického materiálu)
- **Pomůcky k zajištění nasogastrické sondy (NGS)**
 - Mesocain gel
 - Sonda
 - Fonendoskop
 - Janetova stříkačka
 - Sběrný sáček
 - Emitní miska

- **Pomůcky k zajištění permanentního močového katetru (PMK)**

- Katetr
- Sběrný sáček
- Sterilní rukavice, tampóny
- Desinfekce
- Mesocain gel
- Pinzeta, peán
- Stříkačka s 10 ml FR 1/1

- Termofolie
- Dokumentace

Postup:

1. **Zhodnoť prostředí a okolí v místě zásahu-identifikuj rizikové faktory**
 - a. Pokud máš o místě zásahu nebo jeho okolí jakékoliv pochybnosti zůstaň v sanitním voze, informuj ZOS a žádej o asistenci PČR.
 - b. Zajisti bezpečnost pro posádku, eliminuj nebo proved' takové úkony, které povedou ke snížení nebo odstranění veškerých potencionálních hrozeb pro posádku.
 - c. Nezapomeň si vytvořit případnou únikovou cestu, v ideálním případě jich měj více.
 - d. Nepouštěj se do konfliktů, vyčkej příjezdu PČR.
2. **Zhodnoť polohu hlavy, všimni si masivního krvácení, okamžitě přeruš působení návykové látky.**
 - a. Zastav viditelné masivní krvácení
 - b. Pokud předpokládáš poranění páteře stabilizuj hlavu a použij krční límec.
 - c. Přeruš/omez působení návykové látky. Opatrně sundej pytel, tašku nebo jinou věc, která by vytvářela uzavřené prostředí pro pacienta a návykovou látku.
3. **Zajisti udržení průchodnosti dýchacích cest.**
 - a. U pacienta s poruchou vědomí, kde **předpokládáš** poranění krční páteře proved' předsunutí dolní čelisti a otevření úst. Nikdy nezapomínej na časnou fixaci hlavy v neutrální poloze.
 - b. U pacienta s poruchou vědomí, kde **nepředpokládáš** poranění krční páteře zakloň hlavu a přizvedni bradu.
 - c. Pacienta při vědomí s **nezávažnou** obstrukcí DC, při které je schopný mluvit vyzývej ke kašli.
 - d. Pacienta při vědomí se **závažnou** obstrukcí DC udeř až 5krát mezi lopatky, pokud nedejde k uvolnění tělesa stlač nadbříšek nebo hrudník. (Heimlichův manévr).
 - e. Zkontroluj dutinu ústní, obsah odsaj. Tělesa, která v dutině ústní nedrží pevně vyndej manuálně nebo za pomoci pomůcek (Magillovy kleště...). Zvratky odeber k následnému toxikologickému vyšetření. Zuby uchovej na bezpečném místě.
 - f. Zajisti průchodnost dýchacích cest, intervence a pomůcky využij dle své kompetence a zkušenosti.

4. Zhodnoť dýchání

- a. Přilož svou tvář nad ústa a nos postiženého, pohledem a poslechem orientačně zhodnoť dýchání a jeho kvalitu.
- b. Pokud pacient nedýchá nebo nedýchá normálně (gasping) postupuj dle algoritmu KPR.
- c. Zhodnoť dechovou frekvenci, sleduj dechové úsilí pacienta.
- d. Proveď orientační poslechové vyšetření.
- e. Zkontroluj hrudník a jeho symetrii, hledej přítomnost podkožního emfyzému, hematomu, paradoxního dýchání.
- f. Monitoruj SpO₂.
- g. Sleduj náplň krčních žil, pozici trachey a sleduj přítomnost cyanózy.
- h. O₂ podej dle SpO₂, zajisti pneumotorax a dostatečnou ventilaci.

5. Zhodnoť oběh

- a. Zhodnoť barvu a kvalitu kůže.
- b. Zhodnoť kapilární návrat kompresi nehtového lůžka po dobu 5 s. Pokud nedojde do 2 s ke zrudnutí, jedná se o známku hypoperfuze. Pamatuj, že při hypotermii a periferních vaskulárních onemocnění není vyšetření validní.
- c. Změř krevní tlak.
- d. Zkontroluj pravidelnost/nepravidelnost pulzu a jeho frekvenci, u dospělých ideálně na a. radialis, u dětí na a. brachialis.
- e. Připoj pacienta na monitor EKG.
- f. Zajisti i.v / i.o vstup, pokud to pacientův stav vyžaduje doplň tekutiny a podej farmaka dle ordinace lékaře.

6. Proveď základní neurologické vyšetření

- a. Zhodnoť stav vědomí (AVPU, GCS).
- b. Zkontroluj reaktivitu, symetrii a velikost zornic. Všimni si postavení očních bulbů.
- c. Zhodnoť vědomí pacienta (GSC)
- d. Všiměj si neurologického deficitu (dysartrie, paréza, parestzie, oslabená motorika atd.).
- e. Vždy změř hladinu glykémie.
- f. Pokud to pacientův stav vyžaduje podej 40 % glukózu nebo antidota na základě ordinace lékaře.

7. Proveď vyšetření od hlavy k patě

- a. Zhodnoť celkový vzhled pacienta, jeho polohu, sleduj kožní změny, otoky, jizvy, známky infekce nebo užívání drog, známky traumatu i starého, zápach z úst
- b. Pátřej po jiných poraněních, která nemusí mít vždy přímou souvislost se stavem pacienta
- c. Vyšetří:
 - i. Hlavu – zhodnoť vzhled hlavy, polohu, zkontroluj krvácení a zda není přítomný výtok z uší nebo nosu. Prohlédni vlasy a pokožku pod nimi, palpačně vyšetří celou hlavu.
 - ii. Krk – zhodnoť vzhled krku, bolestivost, zkontroluj, zda není poraněný
 - iii. Hrudník – zhodnoť vzhled hrudníku, vyšetří palpačně stabilitu hrudníku, hledej otevřené nebo pronikající poranění, všiměj si hematomů, krepitaci, paradoxního dýchání

- iv. Záva – zhodnot' vzhled zad, všimej si všech patologií
 - v. Břicho – zhodnot' vzhled břicha, hledej otevřené nebo pronikající poranění, pohmatem hledej bolestivost, napětí nebo rezistenci.
Poklepem vyšetři břicho a bederní krajinu, vždy si všimej starých jizev
 - vi. Pánev – zhodnot' palpačně stabilitu pánve.
 - vii. Končetiny – Zhodnot' vzhled končetin, pátrej po otevřených nebo pronikajících poranění a zlomeninách.
 - viii. Genitál – Zhodnot' vzhled genitálu, hledej patologie.
 - d. Proveď terapii zjištěných poranění.
 - e. Zajisti termomanagment.
 - f. Pokud to pacientův stav vyžaduje zajisti NGS, asistuj lékaři u zavedení PMK.
8. **Odeber anamnézu a proveď přesný zápis do zdravotnické dokumentace** (se všemi náležitostmi vč. zápisu o odběru biologického materiálu-jeho množství, způsobu odběru a čase).
9. **Zvol vhodný transport a směřování pacienta do zdravotnického zařízení.**
10. **Předej pacienta** (vč. jeho věci a biologického materiálu).

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Zdeněk Jindříšek a posledním rokem studuji Vysokou školu zdravotnickou o.p.s. v Praze, bakalářský obor zdravotnický záchranář.

Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění dotazníku, který je součástí mé průzkumné části bakalářské práce, zabývající se problematikou ošetřování pacientů pod vlivem návykové látky posádkami RZP. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce.

U otázek prosím zakřížkujte jednu variantu (pokud není v závorce za odpovědí uvedeno jinak). Děkuji Vám za spolupráci, případné dotazy či podněty k provedenému výzkumu rád zodpovím.

Zdeněk Jindříšek (zdenek.jindrisek@nemlib.cz)

1) Uveďte pracovní pozici, vzdělání a délku praxe v letech

- zdravotnický záchranář - Bc.
- zdravotní sestra se specializačním vzděláním (ARIP)
- zdravotnický záchranář – DiS

Délka praxe:

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-19 let
- 20 a více let

2) Setkal (a) jste při výkonu profese s dětským pacientem pod vlivem návykové látky?

- ano
- ne

3) Jak často ošetřujete pacienta pod vlivem návykové látky?

- 1krát denně
- 1krát týdně
- 1krát měsíčně
- jiné (doplňte)

a) V celkovém součtu se jednalo spíše o

- muže
- ženy

4) Vyberte nejčastější věkovou kategorii Vámi ošetřovaných pacientů pod vlivem návykové látky:

- do 10 let věku
- 11-15 let věku
- 16–18 let věku
- 19-25 let věku
- 26-30 let věku
- 31-40 let
- 41–50 let
- 51–60 let
- 61 let a více

5) Byla obsahem výzvy primárně intoxikace nebo jiný důvod?

- primárně intoxikace návykovou látkou
- porucha jedné z vitálních funkcí (např. sopor, hypoventilace atd.)
- trauma (úraz hlavy, končetin atd.)
- náhlé zhoršení stavu, nebo chronicity onemocnění
- psychické obtíže
- jiné (doplňte).....

6) Bylo ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky komplikováno jeho stavem?

- ano
 - poruchy vědomí a nemožnost získat anamnézu
 - zmatenost, agresivita, neklid
 - neochota spolupracovat
 - závažné poranění (např. kraniotrauma)
 - jiné (doplňte)
- ne

7) Asistuje PČR vždy při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky?

- ano
- někdy
- ne

8) Pokud asistuje PČR při ošetřování pacienta, z jakého důvodu? (lze uvést více odpovědí)

- nutnost identifikace ošetřované osoby
- provedení dechové zkoušky
- agresivita ze strany ošetřovaného (např. verbální, fyzické napadání atd.)
- hrozící nebezpečí ze strany zúčastněných (např. restaurace, bar.)
- jiné (doplňte)

9) Byl postižený sám nebo ve společnosti lidí?

- sám
- ve společnosti (přistupte k otázce 9. a)

a) Spolupracovalo okolí s výjezdovou posádkou?

- ano
- ne

10) Byl (a) jste při ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky fyzicky napaden (a)?

ano

ne

11) Kde se nejčastěji setkáváte s pacienty pod vlivem návykové látky?

v prostředí domova

na ulici

v restauracích nebo barech

jiné (doplňte)

12) Jakou návykovou látkou je Vámi ošetřovaný pacient nejčastěji intoxikován?

alkohol

opiáty a jejich deriváty

látky s hypnotickým účinkem (např. Rohypnol, Diazepam, Neurol)

stimulancia (Extáze, Pervitin, Kokain)

konopné látky

halucinogeny (LSD, lysohlávky)

těkavé látky (ředidla, rajský plyn)

13) Jaká je nejčastější cesta vstupu návykové látky do organismu?

intravenózní

inhalační

perorální

nazální

jiné (doplňte)

14) Jakým způsobem je na indikaci lékaře podáváno antidotum?

- intravenózně
- inhalačně
- perorálně
- nazálně
- jiné (doplňte)

a) Které antidotum u pacientů pod vlivem návykové látky podáváte nejčastěji?

- Naloxon
- Flumazenil
- Fyzostigmin
- jiné (doplňte)

15) Máte problém s předáváním těchto pacientů ve zdravotnickém zařízení?

- ano
- ne
- někdy

16) Provádíte vždy u pacienta pod vlivem návykové látky vyšetření od hlavy k patě (včetně jeho odhalení a kompletní kontroly (např. kapes, obsahu tašky atd.)?

- ano
- ne
- někdy

17) Provádíte vždy u pacienta pod vlivem návykové látky monitoraci základních vitálních funkcí? (tlak, puls, saturace, tělesná teplota, glykémie, GCS, 3-svod EKG)

- ano
- ne
- někdy

18) Zajišťujete vždy u pacienta pod vlivem návykové látky žilní vstup, i když to jeho momentální zdravotní stav nevyžaduje?

- ano (přistupte k otázce 18. a)
- ne
- někdy (přistupte k otázce 18. a)

a) Zajišťujete vždy u pacienta pod vlivem návykové látky žilní vstup i proti jeho vůli?

- ano
- někdy
- ne

19) Pokud pacient pod vlivem návykové látky zvrací, předáváte i s pacientem ve zdravotnickém zařízení vzorek zvratků k následnému toxikologickému vyšetření?

- ano (přistupte k otázce 19. a)
- ne
- někdy (přistupte k otázce 19. a)

a) Zaznamenáváte tento fakt ve zdravotnické dokumentaci?

- ano
- ne

20) Bylo při ošetřování intoxikovaného pacienta někdy nutno zahájit kardiopulmonální resuscitaci (KPR)?

- ano (přistupte k pokračujícím otázkám)
- ne

a) Resuscitovaný pacient užil:

- alkohol
- opiáty a jejich deriváty
- látky s hypnotickým účinkem (např. Rohypnol, Diazepam, Neurolept)
- stimulancia (Extáze, Pervitin, Kokain)
- konopné látky
- halucinogeny (LSD, lysohlávky)
- těkavé látky (ředidla, rajský plyn)

b) Byla kardiopulmonální resuscitace úspěšná?

- ano
- ne

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem: Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha D – 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	Jindříšek Zdeněk	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3
Téma práce	Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami zdravotnické záchranné služby	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje	
Jméno vedoucího práce	PhDr. et Mgr. Josef Taybner	
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	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	



V..... dne 7.2.2017

podpis studenta

Ošetřování pacienta pod vlivem návykové látky posádkami Zdravotnické záchranné služby

Zdeněk Jindříšek

Jazykové vymezení:

čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova: intoxikace, návyková látka, droga, přednemocniční neodkladná péče, urgentní zdravotnické služby, psychoaktivní látky

Časové vymezení: 2007–2017

Druhy dokumentů: knihy, články a příspěvky ve sborníku, vysokoškolské práce

Počet záznamů: 104 (vysokoškolské práce: 7, knihy: 51, články a příspěvky ve sborníku: 46)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: Katalogy knihoven systému Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca, Medline, PubMed, Theses – databáze vysokoškolských prací

Příloha F – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

Zdeněk Jindříšek

V Olšanech dne 16. 3. 2017

Potvrzení o provedení překladu z českého do anglického jazyka

Překladačská agentura LANGEO s.r.o. potvrzuje provedení překladu z českého jazyka do anglického jazyka pro Zdeňka Jindříška. Překlad byl dokončen a odevzdán 16. března 2017.


Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4 - Nusle
IČO: 01658317 DIČ: CZ01658317
tel.: 777 522 100
e-mail: info@langeo.cz www.langeo.cz


Olga Havičková
jednatelka

LANGEO s.r.o., Na Strži 1702/65, 140 00, Praha 4
583 211 076, 777 522 100, info@langeo.cz

 LANGEO