

# **Chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu**

Bc. Āápalová Jana

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Ťápalová**

Osobní číslo: **H11446**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti komunikace a etiky práce ve zdravotnictví.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím ohniskové skupiny.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

GÖHLERT, Christoph a Frank KÜHN. Od návyku k závislosti. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HLADÍK, Jakub a Soňa VÁVROVÁ. Mechanismy fungování rozvoje autoregulace učení studentů. Praha: Hnutí R, 2011. ISBN 978-80-86798-17-2.

KALINA, Kamil a kol. Drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. Vaše děti a návykové látky. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7478-515-6.

ŠVARÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

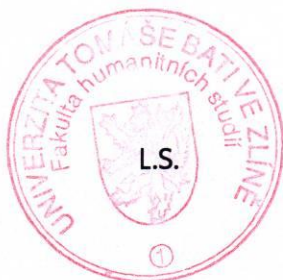
**30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:

**26. dubna 2013**

Ve Zlíně dne 14. února 2013

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 4.4. 2018

.....  


*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

V naší diplomové práci se věnujeme problematice chování zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu. V teoretické části vysvětlujeme výchozí pojmy – chování, specifika práce zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu, zabýváme se vznikem a léčbou závislosti na alkoholu. Ve výzkumné části sledujeme výskyt pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na konkrétní úrazové ambulanci za období jednoho roku. Dále se snažíme porozumět a pochopit chování zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu.

Klíčová slova: chování zdravotníků, alkoholová závislost, osoby pod vlivem alkoholu, specifická péče

## **ABSTRACT**

In our dissertation we focus on the issue of conduct of healthcare professionals towards patients under the influence of alcohol. In the theory part we explain the following terms - conduct, work characteristics of healthcare professionals towards patients under the influence of alcohol, we deal with the issues of cause and treatment of alcohol addiction.

In the research part of this dissertation we examine the incidence of patients under the influence of alcohol who have been admitted and treated in a specific Accident and Emergency unit in a period of one year. Moreover, we attempt to understand and comprehend the conduct of healthcare professionals towards patients under the influence of alcohol.

Keywords: conduct of healthcare professionals, alcohol addiction, persons under the influence of alcohol, specific care

## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Jakobovi Hladíkovi, PhD. za cenné podněty a rady, které mi poskytl při vedení mé diplomové práce. Děkuji paní Mgr. Radaně Novákové Kroutilkové, PhD. za odborné konzultace.

Děkuji pracovníkům úrazové ambulance KNTB, a. s. Zlín za poskytnutí informací a poznatků k výzkumné práci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **Motto:**

*„Chování je zrcadlo, v němž každý ukazuje svou podobu.“*

**Johann Wolfgang von Goethe**

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 PROBLEMATIKA CHOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 CHOVÁNÍ Z POHLEDU PSYCHOLOGIE.....	13
1.2 ETICKÝ KODEX CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ .....	14
1.3 CHOVÁNÍ PACIENTA U LÉKAŘE .....	15
<b>2 SPECIFIKA PRÁCE ZDRAVOTNÍKŮ S PACIENTY POD VLIVEM ALKOHOLU</b> .....	<b>17</b>
2.1 OŠETŘOVATELSKÝ TÝM PRACUJÍCÍ S OSOBAMI POD VLIVEM ALKOHOLU.....	17
2.2 KOMUNIKACE S OSOBOU POD VLIVEM ALKOHOLU .....	18
2.3 EMPATIE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	19
2.4 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO VÝZNAMNÝ FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ .....	20
2.5 PROFESIONÁLNÍ DEFORMACE.....	21
2.6 SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ A V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH.....	22
<b>3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>23</b>
<b>4 VZNIK A VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU</b> .....	<b>24</b>
4.1 ALKOHOL A ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST .....	24
4.2 ÚČINKY ALKOHOLU NA ČLOVĚKA.....	26
4.2.1 Vstřebávání a vylučování alkoholu organismem .....	27
4.2.2 Metody měření hladiny alkoholu.....	28
4.3 PŘÍČINY POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU .....	29
4.4 PROJEVY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU .....	31
4.5 NÁSLEDKY DLOUHODOBÉ ZÁVISLOSTI.....	34
4.5.1 Dopady na rodinu .....	35
4.5.2 Problémy v zaměstnání .....	36
4.5.3 Sociální izolace a přátelé.....	36
<b>5 LÉČBA ZÁVISLOSTI</b> .....	<b>38</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>
<b>6 DESING VÝZKUMU</b> .....	<b>42</b>
6.1 CÍL VÝZKUMU .....	42
6.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A OTÁZKY .....	42
6.3 METODY VÝZKUMU.....	43
6.3.1 Analýza dokumentů.....	44
6.3.2 Ohnisková skupina .....	44



6.4	ORGANIZACE SBĚRU DAT.....	45
6.5	POPIS ZKOUMANÉHO PROSTŘEDÍ.....	46
6.6	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	47
<b>7</b>	<b>ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ DAT.....</b>	<b>48</b>
7.1	ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ANALÝZY DOKUMENTŮ.....	48
7.1.1	Analýza podle pohlaví.....	49
7.1.2	Analýza podle druhu poranění .....	51
7.1.3	Analýza podle věku .....	52
7.1.4	Analýza podle doby ošetření .....	53
7.1.5	Analýza podle dnů v týdnu.....	55
7.2	ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ OHNISKOVÉ SKUPINY .....	56
7.2.1	Otevřené kódování .....	57
7.2.2	Axiální kódování.....	61
7.2.3	Selektivní kódování.....	63
7.2.4	Co ovlivňuje chování zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu .....	65
7.2.5	Chování a etický kodex zdravotníků .....	65
<b>8</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>69</b>
8.1	SHRnutí ANALÝZY DOKUMENTŮ.....	69
8.2	SHRnutí OHNISKOVÉ SKUPINY .....	70
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

V naší diplomové práci bychom se chtěli věnovat problematice chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu a alkoholové závislosti. Jsou to témata, které si podle našeho názoru zaslouží velkou pozornost. S podobnými problémy se můžeme setkat i v práci sociálního pedagoga, sociálního pracovníka a v ostatních pomáhajících profesích.

Naše chování je za každodenních okolností celkem dobře předvídatelné, naše reakce jsou v mezích určitého očekávání ze strany druhých lidí. Pokud však vybočíme, naše okolí zpozorní. Můžeme být přesvědčeni, že naše reakce na vnější podněty jsou v normě, ostatní s tím nemusí souhlasit. Příkladem může být i to, že se zlobíme na pacienta pod vlivem alkoholu, když se neřídí našimi pokyny. On je zatím přesvědčen, že se toho tak moc nestalo nebo si to vůbec neuvědomuje. Každý z těchto dvou aktérů má svou pravdu.

Jsou situace, které, pokud se opakují, zasahují hluboce do života každého člověka. Za takovou situaci můžeme považovat setkávání zdravotníků s pacienty pod vlivem alkoholu.

Pracuji v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně na úrazové ambulanci jako zdravotní sestra. Ve svém zaměstnání se setkávám s lidmi pod vlivem alkoholu velmi často. Práce s těmito pacienty je daleko obtížnější než se střízlivými osobami, protože chování pacientů vybočuje ze společensky uznávaných norem.

Práce vzniká v období vyšetřování kauzy s pančovaným alkoholem. Po celé naší zemi jsou nemocní a umírají lidé. Konzumovali nekvalitní alkoholické nápoje, které obsahovaly jedovatý metylalkohol. Vláda vyhlásila 12. 9. 2012 zákaz stánkového prodeje alkoholických nápojů. Dne 14. 9. byla vyhlášena na celém území České republiky prohibice, a tím zákaz prodeje alkoholu nad 20%. Po 14 dnech byla prohibice zrušena. Ne jenom tato policejní kauza ukazuje, jak alkohol ovlivňuje a velmi zasahuje do našich životů.

Dopad alkoholu na člověka má velké následky jednak po stránce zdravotní, které potom donutí tyto lidi vyhledat lékaře, jednak po stránce sociální. Při závislosti člověk přichází o rodinu, práci i bydlení. Ocitne se na samém dnu společnosti. Tito lidé potom potřebují pomoc sociálních pracovníků a sociálních pedagogů.

Cílem naší diplomové práce „Chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu“ je zjistit a popsat chování, jednání a stanoviska zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu. V části Specifika práce zdravotníků chceme objasnit téma komunikace, etiky a empatie. Předložíme propojení zdravotní a sociální péče. Dále uvedeme základní informace o alkoholu, vysvětlíme závislost na alkoholu, objasníme dopady na sociální prostředí a společnost. V praktické části provedeme statistiku pacientů pod vlivem alkoholu, kteří byli ošetřeni na úrazové ambulanci v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. Zlín. Zjistíme, kolika lidí se daná problematika týká a jak velký problém to je. S pomocí ohniskové skupiny získáme informace o chování zdravotníků k osobám pod vlivem alkoholu.

I když je práce primárně směřována ke zdravotníkům, může velmi dobře posloužit i sociálním pedagogům.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PROBLEMATIKA CHOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Diplomová práce nese název „Chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu“. Pro účely naší diplomové práce považujeme chování, v souladu s Plhákovou (2004, str. 43), „...jako jakoukoliv lidskou tělesnou aktivitu, kterou lze pozorovat, zaznamenávat nebo měřit.“

### 1.1 Chování z pohledu psychologie

Chování můžeme vyjádřit jako vzorec motorických reakcí, které vytváří smysluplný celek, sestavený z řetězu singulárních na sebe navazujících úkonů a aktivit jako je řeč, podání ruky, mimika, odmítavá gesta, útok, útěk, obrana. Osobitým lidským formám chování říkáme jednání. V širším smyslu můžeme pak chování i jednání chápat jako zaujmutí určitého vztahu v dané situaci. (Nakonečný, 1996, str. 21)

Psychika člověka tvoří jednotu prožívání a chování. Za určitých okolností může být i jednotou protikladů, když vnitřní odpor a nesouhlas je z pohledu účelové adaptace vyjadřování souhlasem. V tomto smyslu rozlišujeme dva druhy chování.

**Chování expresivní** vyjadřuje to, co jedinec prožívá, jak smýšlí, jeho pocity. Toto chování je charakteristické spíše pro děti a jedince se sníženou schopností sebeovládání, u kterých se projevují afekty.

**Chování adaptivní** znamená účelně se přizpůsobit dané situaci. Patří zde předstírání (simulace), zastírání (disimulace) a stylizace. Čím je člověk starší, naučí se různé životní rituály a stereotypy. Stává se situačně závislejším a svoje chování, řeč, jednání a mimiku značně stylizuje, aby se přizpůsobil společenským konvencím (vítání nezvaných hostů). Běžně se v lidském životě vyskytuje předstírání zájmu, obdivu, nadšení, souhlasu a přízně. A naopak se lidé snaží o zastírání nelibosti, nesouhlasu, odporu, zklamání a někdy i strachu a vzteku. (Nakonečný, 1998, str. 36)

Chování je také předmětem fyziologie, proto zde rozlišujeme molekulární a molární chování.

**Molekulární chování** se děje na molekulární úrovni, jakožto změny v tkáňových buňkách, například v neuronech.

**Molární chování** můžeme vidět pouhým okem jako pohybový celek, který může být doprovázen činností žláz s vnější sekrecí. Jako příklad můžeme uvést gesta odmítnutí doprovázená pláčem. Molární chování je předmětem psychologie, protože vystupuje v určitých vzorcích pohybů případně i celých sekcí jako je například běh nebo útěk, podotýká Nakonečný (1998, str. 34).

## 1.2 Etický kodex chování zdravotníků

Jak uvádí Šamánková a kol. (2006, str. 29), etika je nauka o mravnosti. Pojem etika pochází z řeckého slova *ethos*, což znamená mravnost. Etika je teoretická nauka o mravnosti a zabývá se zákonitostmi mravního chování jednotlivce a celé společnosti. Zdravotní etika podporuje pochopení morální dimenze jednání a chování zdravotníků ke člověku jako k pacientovi.

Historické kořeny lékařské etiky sahají hluboko do minulosti. Nejstarší etický kodex je Hippokratova přísaha, která spadá do období 5. - 4. století před naším letopočtem. I v současnosti je součástí lékařské etiky, píše Ivanová (2006, str. 65).

Během svého života každý člověk vykonává nějakou profesi, uvádí Janotová (2005, str. 9). Musí být odborně způsobilý a také se od něj očekává, že se bude chovat během pracovní činnosti tak, jak je to příznačné pro jeho povolání. Taková pravidla chování jsou označována jako profesní etika. Ta má za cíl zabezpečit takovou úroveň profesionálního chování, která bude vzbuzovat důvěru spoluobčanů a dobré jméno té či oné profese a jejich vykonavatelů. Etický kodex není podložen zákonem, jeho porušování tedy není možné trestně stíhat. Obecně si etické kodexy zakládají na občanských a sociálních ctnostech, kam patří tolerance, pracovitost, poctivost, trpělivost, zdvořilost, pravdomluvnost, sebeovládání, obětavost, rozvážnost, zodpovědnost a snaha dodržovat zákony.

Ošetřovatelský tým se skládá z lékařů, zdravotních sester a ostatního personálu. Každá skupina má svůj etický kodex. Nemůžeme všechny zdravotníky dávat do jednoho pytle. Každý lékař, zdravotní sestra i sanitářka se chovají podle svého postavení, přesvědčení, výchovy, individuálních vlastností a temperamentu.

Roku 1991 vešel v platnost zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, o České stomatologické komoře a o České lékárnické komoře. Tyto komory poté přijaly své vlastní etické kodexy. Etický kodex lékařů byl schválen na 5. sjezdu ČLK v roce 1995. Kodex má celkem pět částí: obecná ustanovení, lékař a jeho profese, lékař a nemocný, lékař a nelékař, vztahy mezi lékaři. Etický kodex je zaměřen na problematiku úkolů a povinností lékaře chránit život a zdraví, mírnit utrpení a to bez ohledu na rasu, národnost, náboženství, barvu pleti, sociální postavení, politickou příslušnost, sexuální orientaci, rozumovou úroveň, věk, pověst pacienta nebo osobní pocity lékaře. (Ivanová, 2006, str. 70 - 71)

Etický kodex sester není oficiálně přijat zákonem. Vychází z Etického kodexu Mezinárodní rady sester, který v roce 1993 převzala Česká asociace sester. Má rovněž 5 oddílů. Jsou v něm zdůrazněny povinnosti a úkoly, aby sestry mohly poskytovat pomoc člověku, který to potřebuje. (Ivanová, 2006, str. 71)

### 1.3 Chování pacienta u lékaře

V prostorách zdravotnického zařízení by se osoby měly chovat tiše a brát na vědomí, že všichni pacienti mají nějaký problém a potíže, které mohou být vážné, podotýká Smejkal, Bachrachová (2011, str. 359). Na objednané vyšetření bychom se měli dostavit v termínu a na čas. Pokud nejsme objednáni, měli bychom přijít nejpozději půl hodiny před koncem pracovní doby.

Návštěva u lékaře začíná vstupem do čekárny. Nahlas a zřetelně pozdravíme a zeptáme se, kdo je poslední. Platí obecné pravidlo, že čepici nebo klobouk po příchodu do místnosti sundáme. Poté se posadíme a vyčkáme, až na nás přijde řada. Nepředbíháme, výjimkou je jen velmi akutní stav. Ale i za těchto okolností bychom měli zachovat slušnost a požádat ostatní, zda můžeme předběhnout, protože náš zdravotní stav je vážný. Na ukrácení času v čekárně je dobré si vzít sebou něco ke čtení, nedoporučují se elektronické hry, které vydávají zvuky.

Mnoho pacientů se neumí na návštěvu lékaře připravit a obléci. Nechodíme v pracovním nebo sportovním oblečení, ve špinavých nebo dřeváčích věcech, se špinavýma rukama a nohama, nebo páchnoucí.

Po vyzvání následujeme zdravotní sestru do ordinace, kde po příchodu znovu pozdravíme. Neměli bychom žvýkat. Posadíme se na určené místo a předložíme kartičku pojišťovny. Pokud jsme kartičku zapomněli, hned to řekneme.

Po dotazu lékaře mu stručně a klidně popíšeme problém, co nás trápí a jaké máme potíže. Nebudeme lékaři radit, jak má léčit. Nebudeme po příchodu oznamovat diagnózu, nebudeme diskutovat a požadovat určité léky. Vždy bychom měli dbát rad a pokynů lékaře, dodržovat danou léčbu a stanovené kontroly.

Podobná pravidla platí i při pobytu v nemocnici, kde jsou hospitalizováni závažně nemocní pacienti. Musíme na ně brát ohled. Ohleduplně bychom se měli chovat i k personálu. Musíme mít na paměti, že nejsme jediný pacient na oddělení, a voláme sestřičku, když nezvládneme danou činnost sami. Do nemocnice si nenosíme alkohol, cigarety, drogy ani zbraně. (Smejkal, Bachrachová, 2011, str. 360 - 362)



## **2 SPECIFIKA PRÁCE ZDRAVOTNÍKŮ S PACIENTY POD VLIVEM ALKOHOLU**

Podle Slovníku cizích slov (2007, str. 741) je slovo „specifikum“ vykládáno jako příznačný, charakteristický pro někoho nebo něco, zvláštní, osobitý. Bezproblémový kontakt zdravotnických pracovníků s pacienty pod vlivem alkoholu vyžaduje přijetí specifik, která komunikace a jednání s opilými pacienty přináší, a je příhodné ze strany zdravotníků dodržovat určitá pravidla.

### **2.1 Ošetrovatelský tým pracující s osobami pod vlivem alkoholu**

Péče o pacienta, nejen v nemocnici, je týmová a celostní práce. V odborné terminologii se používá termín holistická péče. Všichni členové zdravotnického týmu mají svoji roli, která je nezastupitelná. Vzájemně musí spolupracovat, jejich činnosti se prolínají. V týmu bývají nejvíce zastoupeny tyto profese: lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky a sanitáři. Mezi další členy týmu patří psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, učitelé, sociální pracovníci a duchovní.

Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s. Zlín zaměstnává sociální pracovníce. Jejich pracovní náplní na úrazovém oddělení je pomoc pacientům, kteří jsou hospitalizováni s těžkým úrazem, a nemají rodinné zázemí nebo jsou občany bez přístřeší. U pacientů vysokého věku pomáhají řešit následnou péči a při propuštění do domácího léčení zvažují možnosti pečovatelské služby nebo umístění v domovech pro seniory s pečovatelskou službou. Osobám bez přístřeší se sociální pracovníci snaží zajistit ubytování v azylových domech, noclehárnách nebo v ubytovnách.

Vzdělávací programy pro lékaře a sestry se částečně překrývají. Lékaři by měli poznat a pochopit význam kvalitní sesterské práce. Naopak sestry se seznamují s významem a podstatou vyšetřovacích metod, s příčinami nemocí a se základy farmakologické léčby. Všichni zdravotníci, lékaři i zdravotní sestry, se musí kontinuálně (celoživotně) vzdělávat po celou dobu profesního období, uvádí Šamánková a kol. (2006, str. 27 - 28).

Pacienti pod vlivem alkoholu způsobují ve zdravotnickém zařízení rozruch. Podle Edwardse (2004, str. 14 - 15) při malých dávkách alkoholu jsou veselí, výřeční a smějí se.

Při vyšších dávkách jsou hluční, netaktní, nekritičtí, neposlouchají pokyny personálu, někdy jsou až agresivní. Jejich chování je odlišné od chování střízlivých pacientů v ambulanci i v čekárně. Ošetřování pacientů pod vlivem alkoholu se dotýká všech ostatních přítomných pacientů.

## 2.2 Komunikace s osobou pod vlivem alkoholu

Jak uvádí Venglářová, Mahrová (2006, str. 140 - 142) péče o klienta ve zdravotnickém zařízení může být obtížná. Důvodů je hned několik: mohou to být předsudky zdravotnického personálu vůči pacientům pod vlivem alkoholu, pacienti mohou být agresivní a jejich chování nevypočitatelné, je s nimi obtížná spolupráce, závislí pacienti nerespektují právní, sociální ani společenské normy.

Autorky ve své knize uvádí:

1. Zásady komunikace s pacientem pod vlivem akutní intoxikace alkoholem:
  - významná je jasnost, srozumitelnost a konkrétnost
  - důležité je zůstat klidný a neutrální, to sníží riziko neadekvátních reakcí klienta
  - sledujeme pacientovy i své neverbální projevy
  - zhodnotíme stav pacienta (agresivní, depresivní) a jednáme podle zásad komunikace s těmito lidmi
  - podporujeme a motivujeme pacienta ke změně, doporučíme odbornou pomoc
  - při dlouhodobém pobytu v nemocnici musíme jasně stanovit hranice a pravidla.
2. Chyby v jednání s pacientem pod vlivem akutní opilosti:
  - kritizování, které vyplývá z našich předsudků
  - nutnost hodnotit chování druhých, kárat je
  - projevy znechucení, ošklíbání se
  - dávání rad a poučování, kde není o ně zájem
  - výčitky, poukazování viny.

Neexistuje ucelený postup nebo návod jak se k lidem pod vlivem alkoholu chovat. Nejdůležitější a nejvíce ceněná je profesionalita, vlídný a lidský přístup.

### 2.3 Empatie ve zdravotnictví

Pojem empatie znamená podle Slovníku cizích slov (2007, str. 207) schopnost dokázat se vcítit do pocitů nebo jednání druhé osoby. Empatie, jak uvádí Kristová (2004, str. 106), se skládá ze dvou složek – emocionální a poznávací. Emocionální složka se zabývá vcítěním se do psychického rozpoložení pacienta. Poznávací část představuje schopnost sestry rozeznat, v jakém psychickém stavu se klient nachází, co potřebuje, jakou má náladu, co očekává a jak myslí. Obě složky jsou propojené a nemůžou existovat samostatně.

Podle Záškodné, Mlčáka (2009, str. 99) je v soudobé psychologii poukazováno na to, že empatie je úzce propojena s kompetencí jednotlivce porozumět jiným lidem a komunikovat s nimi. Empatie zvyšuje snahu pomáhat druhým. Je nezbytnou součástí sociálních vztahů, kam patří i vztah zdravotníků a pacienta. Pronikla do okruhu pomáhajících oborů, jako jsou pedagogika, ošetrovatelství a sociální práce.

Být empatickým zdravotníkem znamená snažit se poznat, vnímat a pochopit vnitřní svět nemocného a dívat se na okolní svět z jeho pohledu. Zdravotník může empatii projevovat vědomě a také nevědomě. Při vědomé empatii je intenzivnější vnímání. Je spojena s promyšleným chováním a konáním. Zdravotník vědomě zpracovává situaci, okolnosti a souvislosti, které se snaží pochopit a interpretovat. Nevědomou empatii můžeme chápat jako intuici provázenou zájmem o pacienta.

Mezi činitele, které zvyšují schopnost empatie, patří: životní události a zkušenosti zdravotníka, pozitivní atmosféra na pracovišti, orientace v životě, vysoká aktivita v soukromých vztazích, vliv rodinné výchovy a vhodný výběr profese.

Faktory, jež snižují empatii zdravotníků, jsou: nemoc, egoismus, záporné emoce, nenávisť, závist, neuspokojené potřeby, stres a frustrace, drogy, léky a také alkohol, uvádí Kristová (2004, str. 108 – 109).

## 2.4 Syndrom vyhoření jako významný faktor ovlivňující chování zdravotníků

Syndrom vyhoření velmi ovlivňuje práci a chování zdravotníků. Může se vyskytovat u lékařů, zdravotních sester i pomocného personálu. Vyskytuje se u povolání, které jsou specifické vysokou pracovní náročností, neustálým kontaktem s lidmi a často neadekvátním ohodnocením. Příčinou vzniku jsou emocionálně náročné situace a zátěž. Nejčastěji se projevuje u tzv. pracovníků pomáhajících profesí. Syndrom vyhoření nepovažujeme za nemoc, ale je to proces, který se může projevit v průběhu kariéry velmi brzy, uvádí Bartošíková (2006, str. 20 - 21).

Syndrom vyhoření, označovaný také jako burnout syndrom, se projevuje vyčerpáním v oblasti fyzické, psychické i emocionální.

Tělesné vyčerpání je spojené s chronickou únavou, s bolestmi svalů, nedostatkem energie a celkovou slabostí. Člověk má zvýšenou potřebu spánku, ale ten je nekvalitní, vyčerpaný člověk je ráno nevyspaný a neodpočatý. Může se vyskytnout častější nemocnost a hrozí riziko zneužívání alkoholu nebo léků.

Psychické vyčerpání se projeví negativními postoji k sobě i jiným lidem. Dochází ke změnám životních postojů, kdy „vyhořelí“ pracovníci vše vidí černě. Začínají být cyničtí, pesimističtí, negativističtí a nepřipouští žádné změny. Pracují rutinně a stereotypně.

U emocionálního vyčerpání člověk ztrácí „kapacitu“ pro lidi, už nechce poslouchat další trápení a starosti, kdy nemůže pomoci. Nemá chuť vžívat se do pocitů druhých lidí. Začíná reagovat nepřátelsky, necitlivě, podrážděně – přestává být empatický. Tento stav se přenáší i na rodinné prostředí.

Dochází i ke změnám v sociálních vztazích. „Vyhořelí“ zdravotníci se začnou vyhýbat pacientům, posléze i spolupracovníkům. Zvyšuje se podrážděnost, narůstají konflikty. Převažuje nezájem o druhé lidi, apatie a lhostejnost. (Bartošíková, 2006, str. 21 - 22)

Podle Stocka (2010, str. 23 - 24) má syndrom vyhoření 4 fáze:

- idealistické nadšení (nadprůměrné nasazení, velké ideály)
- stagnace (seznámení se s realitou, první zklamání, začínají problémy v rodinném životě)

- frustrace (vnímá omezené možnosti, pochybuje o svém snažení, bezmocnost)

- apatii (vnitřní rezignace, práce je zklamáním, dělá jen to nejnnutnější).

Do prevence syndromu vyhoření Stock (2010, str. 69 – 74) řadí psychologickou profesionální pomoc, relaxační cvičení a sport, zdravý životní styl, dostatek spánku, věnování se koníčkům i zájmům a supervizi. Vytvořit si časový harmonogram, který budeme dodržovat. Vytyčit si cíle, kterých chcete dosáhnout. A nejdůležitější – řešit svou pracovní situaci, která to vše způsobila.

## 2.5 Profesionální deformace

Kalvach a kol. (2011, str. 52) ji nazývá profesní slepotou. Komunikace mezi pacientem a zdravotním personálem může vykazovat chyby jako nálepkování, stigmatizace, zrádčovství, odmítání pozornosti, netrpělivost, zesměšňování, ponižování, pohrdání, bagatelizace nebo podceňování. Chyb v komunikaci se dopouštějí zdravotníci někdy úmyslně, více však neúmyslně, následkem profesní slepoty. Projevem jsou dlouhodobě používané výrazy, o kterých už zdravotníci nepřemýšlí a neuvažují o jejich následcích u pacienta.

Nemocný člověk je více citlivý a úzkostlivý na neúměrné projevy chování vůči své osobě, podotýká Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011, str. 164). Zdravotníci, ať už lékaři nebo i zdravotní sestry, si neuvědomují, že jejich chování je pozorováno i ostatními nemocnými, kteří se potom mohou cítit přístupem zdravotního personálu dotčeni. Jejich chování může působit jako záměrný cynismus a určitá otrlost při práci zdravotníků. Zdravotníci mohou vidět pacienta jen jako případ, vymizel psychologický přístup a vytratila se lidskost a zájem o člověka. Vzniká zde citová otupělost a lhostejnost. Takové chování můžeme charakterizovat jako profesionální deformace.

Z hlediska prevence profesionální deformace je nutné pečlivě kontrolovat styl a průběh práce i své chování. Zabývat se signály, které přicházejí od přátel i mimo zdravotnictví, které nás upozorňují na zvláštnosti v našich projevech.

Profesionální deformace může souviset se zvyšujícím se odstupem od nemocných, s emocionálním opotřebováním, stereotypem a opakováním určitých činností,

s neuspokojením, se zjednodušením pohledu na utrpení, s negativními návyky, s únavou z profese a dalšími problémy, konstatuje Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011, str. 164).

## **2.6 Supervize ve zdravotnictví a v pomáhajících profesích**

První zmínky o supervizi, jako o možnosti zkvalitnění práce v různých profesích, byly už v 19. století, uvádí Štěpánková (2013). V dnešní době je supervize hodně skloňovaný a používaný pojem. Objevuje se v různých oborech jako je sociální práce, zdravotnictví, školství nebo management. Supervize může být týmová, skupinová, individuální nebo v tandemu.

Český institut pro supervizi (2006) ji popisuje jako laskavou, obohacující a bezpečnou zkušenost. Supervizi provádí supervizor. Je průvodcem, který pomáhá jedinci nebo skupině vnímat a přijmout vlastní práci a vztahy s klienty. Pomáhá pracovníkům v jednotlivých odvětvích hledat nová řešení problémových situací. Supervize se zaměřuje na prohloubení prožívání, zlepšuje porozumění problémové situace, rozvíjí nové perspektivy profesního chování a může být i modelem učení.

Evropské pojetí supervize upřednostňuje zejména funkci podpůrnou a rozvojovou. Patří zde ocenění práce, emoční podpora, porozumění klientům a vztahům s nimi. Dále má funkci metodickou, kam spadá reflexe a rozvoj osobních dovedností. (Štěpánková, 2013)

Supervize ve zdravotnictví, ale i v pomáhajících profesích, je důležitá v prevenci syndromu vyhoření i v profesním chování a zvládání zátěžových situací.

### 3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A ZDRAVOTNICTVÍ

Jurásková podotýká, že trvalý úraz a choroba má vliv na všechny stránky života nemocného. Ovlivňuje nejen samotného nemocného, ale i jeho rodinu a sociální zázemí. Dochází ke změně jeho postavení v zaměstnání. Nemocný je závislý na cizí pomoci a na systému sociální a zdravotní péče. Pomoci se vyrovnat s následky onemocnění, zejména pokud jsou trvalého charakteru, by měl nejen zdravotník, ale hlavně sociální pracovník a pedagog. Počet dlouhodobě a chronicky nemocných v naší zemi stoupá. U těchto klientů je nemožné stanovit hranice mezi sociální a zdravotní péčí. (Kuzníková a kol., 2011)

Mezi klienty sociálního pracovníka a pedagoga ve zdravotnictví, upozorňuje Kuzníková a kol. (2001), můžeme zařadit:

- těžce a chronicky nemocné a osoby s trvalými následky úrazu, kteří už nebudou moci vykonávat původní zaměstnání;
- seniory se sníženou soběstačností, pokud se při návratu z nemocnice nezvládnou postarat sami o sebe;
- onkologicky nemocní, u kterých pomáhají v rozrušení se sdělené diagnózy;
- klienti gynekologicko-porodnických klinik a novorozeneckých oddělení, kde sociální pracovník a pedagog pomáhá opuštěným novorozencům, svobodným matkám a narozeným dítětem, rodičům s postiženým novorozencem, drogově závislým rodičkám i novorozencům drogově závislých matek;
- klienty se závislostí na návykových látkách (alkohol, drogy), jež jsou hospitalizováni na odděleních;
- klienty bez domova, bez přístřeší, kteří se po propuštění z nemocnice nemají kam vrátit;

V této kapitole vidíme, jak se prolíná sociálně pedagogický směr se zdravotnictvím. Pacienti zdravotnických zařízení jsou současně klienty sociálních pracovníků a sociálních pedagogů.

## 4 VZNIK A VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Pro účely naší diplomové práce považujeme, v souladu s kol. autorů Sananim (2007, str. 138), za alkohol všechny nápoje, které obsahují směs ochucené vody a lihu.

Souhlasíme s Göhlertem, Kühnem (2001, str. 82 - 83), že alkohol je droga č. 1. U mnoha mladých lidí je konzumace tohoto legálního prostředku začátkem drogové kariéry. Slovo alkohol pochází z arabštiny „al-ka-hal“, což v překladu znamená zvláštní, jemná látka. Alkohol je látka, která má mnoho vlastností: je to potravina s vysokým energetickým podílem, je složkou mnoha nápojů. Je to jed. Jeho toxický účinek se projeví v akutním i chronickém předávkování. Je omamnou látkou. Má vysoké riziko zneužívání. A také je to prostředek používaný na spaní, uklidnění a uvolnění, uvádí Göhlert, Kühn (2001, str. 80).

Jak uvádí Benešová, Satrapová (2002, str. 132) alkohol je chemicky bezbarvá, čirá tekutina, která jde neomezeně mísit s vodou. Má typický zápach a palčivou chuť. Alkohol, chemicky označen jako etanol, etylalkohol a líh je tvořen prvky uhlíku, kyslíku a vodíku. Chemická značka je C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH.

Alkohol je využíván v potravinářství, v kosmetickém průmyslu, k výrobě léčiv a dezinfekčních přípravků, používá se jako rozpouštědlo. Pro technické záměry se znehodnocuje (denaturuje) benzínem. „Při alkoholovém kvašení dochází působením enzymů kvasinek k odbourání cukrů na etanol a oxid uhličitý“ (Benešová, Satrapová, 2002, str. 132). Tato reakce funguje do koncentrace 15%, u vyšších koncentrací jsou kvasinky zničeny vlastní chemickou reakcí. Vyšší procenta alkoholu se získávají destilací.

### 4.1 Alkohol a alkoholová závislost

Mlčoch (2012) upozorňuje, že lidí závislých na alkoholu je desítky tisíc. Podle nové statistiky z března 2010, kterou vedl MUDr. Csemy, je v ČR přibližně 550 tisíc osob závislých na alkoholu. Toto číslo je 4x vyšší, než se předpokládalo. Poslední odhady odborníků ukazují, že občanů trpících závislostí na alkohol je asi 700 000. Z tohoto počtu je dvě třetiny mužů a jedna třetina žen.



Žijeme ve zvláštní době, podotýká Mlčoch. Outsiderem není ten, kdo popíjí alkohol, ale ten kdo je abstinent. Toto pojetí platí především u mládeže. Konflikt ve společnosti nemá ten, kdo pije, ale ten kdo odmítá pít.

Vynálezce opojných nápojů nikde nenajdeme. Alkohol patří k životu od počátku lidské paměti. První zmínky o opojných nápojích nacházíme na počátku tradic i psané historie.

Proces kvašení plodů a rostlinných listů je v přírodě samovolný. Už před milióny let se všichni živí tvorové setkávali s etanolem v různých podobách. Předkové člověka i zvířata našli potěšení, které jim alkohol přináší, píše Houser (2003).

Pivo se začalo vařit před asi 7 až 8 tisíci lety ve starém Babylonu. Tento nápoj byl hodně rozšířen u Sumerů, Egyptanů, Germánů i Slovanů. Ve 4. tisíciletí př. n. l. Egyptané vařili pivo ze sladu nebo chlebového těsta. Sumerové ochucovali pivo místo chmele hořčicí nebo sezamem. Pivo bylo rozšířeno mezi prostým lidem a víno bylo přístupné jen bohatým. Také staří obyvatelé Čech uměli dobře výrobu piva.

Destilaci objevili Arabové kolem roku 1000. Vyrobenou látku – alkohol, také pojmenovali. Na evropský kontinent se tento objev dostal až s křižáckými výpravami. Od tohoto období měli naši předkové k dispozici silnější vína a tvrdý alkohol, podotýká Houser (2003).

Bylinkáři a lidoví léčitelé sehráli výraznou roli v rozvoji požívání alkoholových nápojů. Z počátku alkohol přinášel lidstvu úlevu, měl nezastupitelnou roli v lékařství a při bohoslužbách. Už v těchto dobách se vědělo o negativním účinku alkoholu. Jak uvádí Skála (1988, str. 99-100), v Číně klem roku 1220 př. n. l. císař trestal smrtí všechny, kteří byli přistiženi při pití. Konfucius v pátém století a Buddha v šestém století zakazovali pití alkoholu. V Indii byl zákaz pití alkoholu nejen pro kastu brahmínů, ale i ostatní. Brahmíny, které přistihli při pití, museli pít vařící víno, vodu nebo kraví moč, dokud nezemřeli. Brahmínova žena, která byla usvědčena z pití, byla vyhnána z domu a na čelo jí byl vypálen tvar nádoby, z nějž pila. Mohamed také zakazoval pít víno. Aristoteles psal, že národy, které chtěli mít dobré válečníky, dávali chlapcům mléko a ne víno. Hippokrates při léčení nemocných nabádal k abstinenci vína. Říman směl podle zákona zabít svou ženu přistiženou v opilosti. Opilý otrok dostal 80 ran holí, člověk svobodný dostal 40 ran. Ve městě Athény byla za opilost smrt.

Snahy o omezení prodeje alkoholu (tzv. prohibice) byla ve 20. letech 19. století v Americe a v 80. letech 19. století v Sovětském svazu. Na počátku omezení došlo k poklesu spotřeby

alkoholu i k poklesu úmrtí na cirhozu jater. Později tyto pokusy neměly očekávané výsledky a bylo od nich po několika letech upuštěno. (Edwards, 2004, str. 85 - 88)

Částečná prohibice byla vyhlášena 14. 9. 2012 i v České republice. Důvodem vyhlášení byly otravy nekvalitním alkoholem, který obsahoval metylalkohol. Zde vidíme, jak je toto téma aktuální a závažné.

## 4.2 Účinky alkoholu na člověka

„Klinické projevy užití alkoholu mají řadu odchylek v chování, ve změnách vědomí a vegetativních a motorických funkcích. Klinické projevy po požití alkoholu mohou být někdy paradoxně výraznější v době nedostatku nebo odnětí alkoholu, kdy se mohou objevit příznaky odvykacího syndromu (syndrom z odnětí). V té době může být již i nulová hladina alkoholu v krvi.“ (Sovinová a kol., 2002, str. 7)

To, jak se člověk chová po požití alkoholu, ovlivňuje nejen osobnost, ale i schopnost orientace osoby časem, místem a stavem vědomí. Nejzřetelněji se alkohol projevuje v řeči daného člověka. Řeč může být zrychlená nebo naopak zpomalená, zabíhavá nebo neodklonitelná, plynulá či zadržávající, s poruchou výslovnosti, s přestávkami. V řeči se může projevit logorhea (mnohomluvnost) nebo urputné mlčení. U člověka pod vlivem alkoholu jsou vegetativní a motorické projevy pozorovatelné nejvíce v oblasti očí a hybnosti končetin. Můžeme sledovat mimiku očních víček, rychlost mrkání, slzení. U spojivek jejich stav a překrvení. Chůze je nejistá při předklonu, záklonu i v otáčení, je na široké bázi, špatná koordinace pohybů a hrozí i pád uvádí Sovinová a kol. (2002, str. 8 - 9).

Kalina (2003, str. 152) popisuje akutní intoxikaci CNS alkoholem jako prostou nekomplikovanou opilost (ebrietu). Na počátku konzumování alkoholu a při jeho malých dávkách působí stimulačně a povzbudivě. Tito lidé mají dobrou náladu a vyšší sebevědomí, postupně se objevuje nižší sebekritičnost i zábrany, může dojít k agresivitě. Při dlouhotrvající konzumaci nebo při požití velkých dávek alkoholu dojde k projevu základního efektu etylalkoholu na centrální nervovou soustavu, což je útlum. Projeví se únavou, spavostí, popřípadě bezvědomím a smrtí.

Podle míry alkoholu v krvi, které odpovídá množství požitého alkoholu, Kalina (2003, str. 152) popisuje čtyři stádia intoxikace.

1. Excitační stádium- vede k lehké opilosti, hladina alkoholu je do 1,5g/kg tělesné hmotnosti.
2. Hypnotické stádium- rozmezí alkoholu je 1,6-2g/kg, odpovídá střední opilosti.
3. Narkotické stádium- projevuje se nápadnými známkami ebriety, hladina alkoholu je nad 2g/kg.
4. Těžká alkoholová intoxikace- při množství alkoholu více než 3g/kg. Při ní může dojít k bezvědomí, zástavě srdeční činnosti a dýchání.

#### 4.2.1 Vstřebávání a vylučování alkoholu organismem

Podle Zikmunda (2001) se resorpce čili vstřebávání alkoholu do těla člověka děje prostou difúzí, tedy rozptýlením v organismu. Resorpce je možná všemi cestami. Vstřebávání alkoholu vdechováním par ve vinných sklípcích či barech je prakticky bezvýznamné, protože koncentrace alkoholových výparů ve vzduchu tohoto prostředí nedosáhne úrovně, aby se alkohol současně z organismu nezačal eliminovat. Stejná situace nastane i při resorpci alkoholu nezraněnou kůží u dospělého člověka. Pokud je kůže poraněná, alkohol proniká snáze do krevního oběhu a může významně zvýšit alkohol v krvi člověka. U velmi malých dětí alkohol prostupuje kůží více, např. u plošných obkladů může hrozit intoxikace.

Vstřebávání alkoholu je nejčastější ze zažívacího traktu. V ústech se vstřebá velmi malé množství, nedochází ke zvýšení hladiny alkoholu v krvi. Asi 20% alkoholu je vstřebáno sliznicí žaludku. Nejvýznamnější část, 80% požitého alkoholu, je vstřebávána z dvanácterníku což je první část tenkého střeva. Rychlost vstřebávání alkoholu je ovlivněna velikostí zažívacího traktu, z níž resorbuje. Vstřebávání alkoholu ovlivňují látky, které jsou součástí nápoje. Kysličník uhličitý, hořčik a aromatické látky zrychlují resorpci. Naopak cukry resorpci zpomalují. Zanedbatelná není ani teplota nápoje. Nápoje pokojové teploty působí příznivě na vstřebávání. Tekutiny, které mají méně než 8° C, mají zpomalenou resorpci. Vstřebávání je ovlivněno momentálním fyzickým a také psychickým stavem. Velké nervové vypětí a únava, snižují resorpci. Tělesná námaha naopak paralelně zvyšuje metabolismus i resorpci alkoholu v organismu člověka, píše Zikmund (2001).

Podle Edwardse (2004, str. 13 - 14) je eliminace alkoholu z organismu člověka ovlivňována příjmem potravy, typem alkoholických nápojů a rozdíly ve funkci organismu jedince. Posouzení hladiny etanolu u člověka podle množství požitého alkoholu je velmi nepřesné. Hrubým měřítkem může být předpoklad, že jeden klasický alkoholický nápoj (jedno pivo, 2 dcl vína či 0,05l destilátu) obsahuje 8 – 10 gramů alkoholu, které zvýší člověku hladinu alkoholu v krvi asi o 20 mg% (to znamená 20 mg etanolu na 100 ml krve, což odpovídá 0,2 ‰ alkoholu).

Jak uvádí Ehrmann jr., Schneiderka a Ehrmann (2006, str. 15) etanol snadno prostupuje do všech tekutin těla a krevním řečištěm se dostává lehce do centrální nervové soustavy a všech orgánů v těle. Malé koncentrace etanolu se nachází v kosterních svalech, tuku a tvrdých tkáních.

„Distribuční prostor etanolu představuje 60% hmotnosti u žen a 70% hmotnosti u mužů. Pro muže o hmotnosti 70 kg má tedy distribuční prostor téměř 50 l“ (Ehrmann jr., Schneiderka a Ehrmann, 2006, str. 15). Alkohol je z organismu vyloučen z 90% - 98% oxidačními pochody v játrech a zároveň 2% - 10% odstraňován dechem a močí. Ve velmi malém množství je odbouráván potem, slinami a žlučí.

Eliminace etanolu je provázena snížením hladiny alkoholu v krvi. Začíná nejdříve jednu hodinu po poslední konzumaci. Předpokládá se, že konzument, který není závislý na alkoholu, je schopen odbourat 15mg% za 1 hodinu (0,15‰ alkoholu). Edwards (2004, str. 14) uvádí příklad: pokud návštěvník baru vypije během večera, to je v průběhu 4 hodin, 10 drinků (jeden drink má 8 – 10g alkoholu), jeho hladina alkoholu v krvi bude 200mg%. Během večera – 4 hodin, vyloučí 4x15mg%, což je 60mg%. V organismu ještě stále zůstává 140mg% alkoholu v krvi. Toto množství odpovídá těžké opilosti.

#### 4.2.2 Metody měření hladiny alkoholu

Pro zjištění hladiny alkoholu v organismu člověka je třeba rozlišovat, pro jaké účely se provádí, uvádí Zikmund (2001). Jsou situace, kdy je důležitá rychlost a jednoduchost na úkor přesnosti. Zde patří kontroly řidičů nebo na pracovištích. Přesná hladina alkoholu musí být stanovena v soudních a důkazních řízeních, které vedou k postihům vyšetřovaných osob (pokuty, náhrady škod, rozvázání pracovního poměru).

Při orientačních zkouškách se používá dechová zkouška pomocí detekčních trubiček zn. Altest. Na trubičce je vyznačena ryska, která ukazuje hranici  $0,8\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$  alkoholu u osoby, která je podrobena kontrole. Vyšetřovaná osoba musí vydechovaným vzduchem profouknout trubičku s chemickým čidlem a vzduchem naplnit sáček. Přítomnost alkoholu změni barvu čidla na tmavě žlutou až zelenou. Dále se používají analyzátory dechu od firmy Dräger. Kontrolovaná osoba musí po dobu 6 vteřin trvale vydechovat do přístroje. Na displeji se ukáže hladina alkoholu v ‰ (promile). Obě metody jsou pouze orientační.

Pro forenzní účely je nutné přesné stanovení hladiny alkoholu v krvi. Odebírá se žilní krev, zkumavka musí být zapečetěna voskem, aby se zabránilo přístupu vzduchu. Spolu s odběrem probíhá klinické vyšetření lékařem dle stanoveného protokolu.

Laboratorně se krev zpracovává postupem dle Widmarka. Výsledky se udávají v promile‰ (koncentrace alkoholu v krvi). Vysoce přesné výsledky získáme pomocí plynové chromatografie, uvádí Zikmund (2001).

### 4.3 Příčiny požívání alkoholu

„Existuje hodně faktorů, které se prosazují silným vlivem na formování alkoholické závislosti každého jedince, avšak ani jeden z nich není natolik všemocný, aby mu myslící tvor nebyl schopen úspěšně vzdorovat. Záleží na jeho snaze a zájmu uplatnit svou vůli. Připusťme, že to vůbec není snadné a že v životě spíše neexistují čítankově úspěšné příklady.“ (Hosek, 1998, str. 12)

Přítomnost alkoholických nápojů v našem životě je samozřejmá. Je doplňkem jídla u slavnostních příležitostí a je vyhledáván lidmi pro svůj příjemný účinek na nervový systém. Období, kdy se z konzumenta stává alkoholik, je dlouhý proces, který je ovlivňován řadou příčin.

Skála (1988, str. 35 - 36) rozděluje příčiny do 2 skupin: společenské (sociální) a individuální.

Společenské příčiny vzniku závislosti mají svůj počátek v prostředí, které jedince obklopuje. Mezi nejčastější patří:

- sblíživí efekt alkoholu, který v sobě skrývá pro určité jedince riziko;

- nevhodný způsob trávení volného času mládeže, jež bývá doprovázen pitím alkoholických nápojů u mládeže;
- benevolence zákonných nařízení o požívání a podávání alkoholických nápojů dětem, mladistvým a podnapilým spoluobčanům;
- nepřítomnost hlubšího smyslu života, což někdy vede ke konzumnímu stylu života místo tvůrčího naplnění.

Individuální příčiny vzniku závislosti souvisejí s jedincem samotným. Můžeme zde zařadit:

- následky nevhodného rodinného prostředí a nepříznivých životních zkušeností v dětství, které znamenají v důsledku citovou nezralost a nevyrovnanost jedince, projevují se psychickou křehkostí a je zde patrná zranitelnost i vůči alkoholu;
- zneužívání alkoholu v rodinném prostředí jedince, nejčastěji u otce, jeho nevhodný příklad většinou vede k napodobování, patří zde i nevhodný vliv médií a televize;
- zkušenost, že nepříjemné psychické stavy, jako je úzkost, nezdár a napětí, lze velmi rychle zahnat malou dávkou alkoholu, tato se časem zvyšuje;
- zvláštní životní situace, které alkohol pomáhá zvládat, mohou být pozitivní (úspěch) nebo negativní (úmrtí, ztráta zaměstnání).

Na vznik závislosti na alkoholu, jak konstatuje Jurčenko (2004), má vliv genetika. U alkoholismu nelze získat dědičně nemoc, ale náchyllost (dispozice) k ní. Je známé vyšší riziko alkoholismu u dětí, jejichž oba rodiče byli závislí na alkoholu (asi v 25 % případů). Pravděpodobnost vzniku alkoholismu u dětí, kdy v rodině byli oba rodiče alkoholicí, je 5x vyšší než u dětí v běžné populaci.

Velký vliv na závislost má prostředí, ve kterém jedinec žije. Pod tento pojem patří nejen byt, domácnost a příležitostné místo, kde dochází k pití, ale také komunita lidí (členové domácnosti, přátelé a vrstevníci a jejich postoje k požívání alkoholu). Záleží na anonymitě prostředí, na tom, zda bydlí ve městě nebo na vesnici, kde se všichni dobře znají. Vliv na vznik závislosti má sociální úroveň jedince, a tím jeho ekonomická situace. Zpravidla však bývá, že u člena nižší sociální vrstvy není finanční úroveň omezujícím činitelem, jak podotýká Hosek (1998, str. 37 - 38).

#### 4.4 Projevy závislosti na alkoholu

Kalina a kol. (2003, str. 153) uvádí, že přechod od škodlivého požívání alkoholu ke vzniku závislosti bývá většinou nenápadný. Typické jsou postupné projevy závislosti. Dochází ke změnám chování a myšlení. U alkoholika se vytváří adaptační mechanismus, kterým tento člověk reaguje na konflikty, které vznikají při střetu s realitou často opakujících se problémů, jež jsou způsobené požíváním alkoholu. Kalina označuje tyto změny chování a myšlení jako alkoholickou obranu. U člověka, závislého na alkoholu, se vyskytují odvykací příznaky v podobě ranních doušků (tito jedinci se snaží odstranit symptomy vzniklého odvykacího stavu doplněním alkoholu ihned po probuzení) a poruch paměti, vzniku tzv. okének. Alkoholická okénka jsou charakteristické výpadky paměti, kdy si klient nepamatuje, co dělo během intoxikace alkoholem.

Závislost na alkoholu, jak uvádí Minařík (2003), má čtyři vývojové období. Nazývají se vývojová stádia podle E. M. Jellinka (americký alkoholik, s českým původem). Každé období se vyznačuje určitými příznaky. K vytvoření závislosti na alkohol je potřebná doba několika let, u mladých lidí 3 - 5 let, většinou 10 až 15 let.

**První vývojové stádium** – počáteční. Alkohol přináší pocit dobré nálady. Dochází ke zvyšování dávek, jedinec si na alkohol zvykl, zkracují se intervaly pití. V tomto období se jedinec neopíjí, konzumuje jen takové množství alkoholu, které vede k podnapilosti. Toto stádium může trvat měsíce nebo i roky.

**Druhé stádium** – varovné. Zde dochází u jedince ke skutečné opilosti. Mění se podoba pití: zvyšují se dávky alkoholu, vyhledává kamarády, častěji tráví čas po restauracích a barech.

**Třetí stádium** – rozhodné. Jedinec je alkoholu víceméně závislý. Objevují se alkoholická okénka, kdy si druhý den osoba nepamatuje, co se včera odehrálo. Může to být 15 minut nebo i několik hodin. Dochází k poškození nervového systému, je přítomný strach a nejistota. V tomto období jedinec definitivně ztrácí kontrolu nad svým pitím. Alkohol začal ovládat jeho. On si však myslí, že kdyby chtěl, dokáže s pitím přestat. Začíná mít problémy s partnerem i v zaměstnání. Toto stádium může trvat mnoho let.

**Čtvrté stádium** – konečné. Alkoholik začíná pít už ráno a pokračuje během dne. Dochází ke snížení odolnosti vůči alkoholickým nápojům. K opilosti stačí mu poloviční dávka

alkoholu proti dřívějším obdobím. Dochází k třesu rukou, pomočování, jedinec trpí pocity strachu.

„Alkoholik si uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost.“, uvádí Vágnerová (2004, str. 556). Důsledkem tohoto stádia je sociální izolace, kontakty s lidmi se redukují na toho, kdo je ochoten s ním pít a poslouchat jeho názory. Závislý člověk má problémy a potíže, když pije alkohol, i když nepije.

Odborná literatura nám předkládá dalších šest typů alkoholických závislostí dle Jellinka, uvádí Mühlpachr (2008, str. 84 -85) :

**Typ alfa.** Zde se jedná o nedisciplinované, problémové pití, které často osobě způsobuje společenské potíže. Pití má jedinec pod kontrolou, chce potlačit úzkost, tlak, deprese. Hrozí zde možnost přechodu do typu gama.

**Typ beta.** Dochází k pravidelné konzumaci alkoholu ve společnosti (např. víkendové a příležitostné pití). U jedince dochází k somatickému poškození organismu. Může přejít do typu delta.

**Typ gama.** Jedinec má vypěstovaný návyk na alkohol. Projevuje se snížením kontroly, zvyšováním tolerance, abstinčními příznaky. Jedinec má problémy s pitím, které se stávají každodenním.

**Typ delta.** Typickým příznakem je vleklé pití, při kterém nedochází ke ztrátě kontroly. Jedinec nikdy není střízlivý ani opilý. Vyskytuje se v zemích, kde se víno konzumuje po celý den.

**Typ epsilon.** U tohoto typu můžeme sledovat střídání vysoké konzumace alkoholu s abstinujícími obdobími. Jedinci bývají nenápadní, jen čas od času mají bouřlivé excesy.

Nešpor (2007. str. 12 - 22) ve své knize popisuje znaky závislosti, mezi které patří i alkohol. Abychom mohli mluvit o závislosti, musí se u jedince během jednoho roku prokázat nejméně tři z následujících šesti znaků:

1. Silná touha anebo pocit brát látku (bažení, craving). Komise znalců Světové zdravotnické organizace se shodla, že bažení je touha cítit působení psychoaktivní látky, se



kteřou už osoba měla dřívější zkušenost. Rozlišujeme dva typy bažení - tělesné a psychické. Tělesné bažení vzniká při ustupování účinku v našem případě alkoholu, či bezprostředně po něm. Psychické bažení vzniká po delším abstinování.

2. Zhoršené sebeovládání. Podstatou tohoto znaku je snížené sebeovládání při požívání návykové látky, ať jde o začátek nebo ukončení, či množství návykové látky. Tento příznak úzce souvisí s bažením, ale není identický, nelze je zaměňovat. Bažení silně snižuje sebeovládání. Jsou však lidé, kteří trpí silným bažením a jejich sebeovládání je zachovalé. U některých lidí se může projevit zhoršení sebeovládání, aniž by na sobě pocítili příznaky bažení.

3. Somatický (tělesný) odvykací stav. Pro stanovení odvykacího stavu by měly být pozitivní tři následující znaky:

- Čerstvé vysazení či snížení návykové látky po déletrvajícím a opakovaném užívání.
- Projevují se známky odvykacího syndromu. U závislosti na alkoholu alespoň 3 z níže uvedených příznaků. Patří zde pocení, bolesti hlavy, vyšší krevní tlak, zrychlený puls, mohou se vyskytnout epileptické záchvaty, zvracení či nevolnost, krátkodobé halucinace nebo iluze, nespavost, třes jazyka, prstů i víček, pocit nemoci, slabost.
- Příznaky odvykání jsou nevysvětlitelné nějakým tělesným onemocněním, které není spojeno s užíváním návykové látky.

4. Růst tolerance. Zvyšující se tolerance znamená, že k dovršení stejného efektu je potřeba vyšší dávka. Také to znamená, že návyková látka má menší intenzitu účinku. Příčina zvýšené tolerance může spočívat v rychlejším odbourávání látky organismem (játra dříve odbourají alkohol). Další příčinou může být důsledek nižší reaktivity centrální nervové soustavy na danou látku.

5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Definice toho znaku značí, že závislý člověk zanedbává své koníčky a zájmy a soustředí se jen na užívání psychotropní látky. Věnuje zvýšené úsilí a čas k získání či užívání psychotropní látky, nebo zotavení se z účinku látky. U závislých lidí dochází k zúžení spektra chování a ke stereotypnímu jednání ve vztahu k psychotropní látce. Mohou se vyskytovat odvykací obtíže při pokusu o redukci či vysazení (v našem případě alkoholu).

6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Závislý člověk musí být informován o škodlivých následcích. Jen tak je zajištěna validita diagnostiky. U člověka, který je závislý na požívání alkoholu, který mu poškozuje játra, se jedná o znak závislosti až tehdy, je-li na to upozorněn lékařem.

Jak uvádí Nešpor (2007, str. 21-22) je patrná souvislost s dříve uvedenými znaky závislosti, kde patří bažení, zhoršené sebeovládání, odvykací stavy při redukci látky i se zanedbáváním potěšení a potřeb. Poslední znak bývá nejzávažnější.

#### 4.5 Následky dlouhodobé závislosti

Závislost na alkoholu je zpočátku psychické onemocnění, které se postupně mění ve fyzickou nemoc. Je obtížně léčitelná, protože skoro vždy přechází do chronického stádia. Každé onemocnění, tedy i závislost na alkoholu, se léčit dá, ale vyléčení sebou nese celoživotní úplnou abstinenci.

Důsledky dlouhodobého působení alkoholu mají dopad na většinu oblastí života. Projevují se následky ve fyzickém a duševním zdraví. Dochází ke ztrátě kontroly, zábran a významně zasahuje do interpersonálních vztahů.

„Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací (škodlivým užíváním) alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí (systémů) lidského organismu“ (Kalina a kol., 2003, str. 154). Dochází ke zvýšení rizika vzniku jaterní cirhózy, rakoviny jater, žaludku, střev. Mohou se vyskytovat poškození funkce slinivky břišní, poruchy krvetvorby, sexuální poruchy až impotence. Hrozí poškození oběhového a nervového systému. Většina alkoholiků také kouří a pobývá v zakouřených prostorách. Tím vzniká riziko bronchitid (zánětů plic) a rakoviny plic. U alkoholiček hrozí poškození plodu. U jedinců, kteří dlouhodobě požívají alkohol, se objevuje při CT vyšetření mozku viditelná atrofie mozku.

Mezi nejčastější psychické poruchy patří alkoholový abstinenční syndrom, který je důsledkem snížení či vynechání nezbytné dávky alkoholu. Projevuje se úzkostí, podrážděnou náladou, neklidem, malátností, pocením, nevolností, bolestí hlavy a třesem. Syndrom je potvrzením metabolické závislosti na alkoholu. Může se také vyskytnout alkoholový abstinenční syndrom s deliriem, který má bouřlivější průběh. Mohou se u něj vyskytnout bludy a halucinace (nejčastěji „bílé myšky“), poruchy vědomí až smrt. Dalšími

poruchami jsou alkoholová psychóza, alkoholová demence, alkoholové halucinózy a jiné psychózy uvádí Vágnerová (2004, str. 558).

#### 4.5.1 Dopady na rodinu

„Ti, co jsou alkoholikovi nejbliž, trpí nejvíce. Rodina je postižena, když známí a přátelé již déle nedokáží tolerovat důsledky alkoholismu a začnou se alkoholikovi a celé jeho rodině vyhýbat. Rodina je postižena i přímo chováním alkoholika. Není schopna proti tomu nic dělat, není-li jí poskytnuta pomoc.“ (Woititzová, 1998, str. 17)

Alkoholismus má velký dopad na rodinu už v případě, kdy budoucí matka nebo oba rodiče pijí v období těhotenství. Konzumace alkoholu vede ke zvýšenému riziku potratů. Následkem alkoholismu se může narodit novorozenec s fetálním alkoholovým syndromem, což je závažná příčina mentální retardace. Dítě je po porodu malé a hubené, s charakteristickými rysy tváře (malá hlava, plochý a široký střed obličejové části, nos krátký a obrácený vzhůru, mongoloidní záhyby na vnitřní straně víček) jak uvádí Tyler (2000, str. 36 - 37). Narození mentálně postiženého dítěte má velký dopad na celou rodinu.

Rodič, který je závislý na alkoholu, se chová výbušně a agresivně, ať už verbálně nebo i fyzicky. Děti v rodinách alkoholiků mohou trpět deprivací, prospěch ve škole bývá horší a mají adaptační potíže. Svým chováním ztrácí rodič alkoholik svou rodičovskou roli, ničí rodinnou pohodu a vzniká odcizení. Alkoholik tak ničí rodinu po stránce sociální a psychické, ale i po stránce materiální. Toto jednání může vést k rozpadu rodiny a alkoholik zůstane sám. Nebo se rodina nerozpadne a paradoxně ji alkohol drží pohromadě a slouží jako obranný prostředek. Poslední možností je, že v důsledku sociálního učení a nápodoby začnou pít i dosud abstinující členové rodiny. Dítě vidí, že alkohol je běžnou součástí života a je zde velká pravděpodobnost, že i ono bude mít problémy s alkoholem, podotýká Vágnerová (2004, str. 570 - 571).

Zničení partnerského vztahu z důvodu závislosti na alkoholu jednoho z partnerů trvá hodně dlouho, nezřídka i do konce života jednoho z manželů. Obětí je nejen alkoholik, ale současně s ním i jeho partner, uvádí Hosek (1998, str. 23 - 25). Nejlepším řešením se zdá rozchod partnerů v počátku vzniku závislosti, častěji však abstinující partner trpělivě čeká a snáší lži a sliby alkoholika. Podle statistik, uvádí autor, je alkoholismus důvodem rozvodu asi jen v 11 % případů, ve skutečnosti je to 3 krát tolik.

Podle Nešpora (2001, str. 59) by nemělo docházet k podcenění bezpečnosti dětí v rodině, kde rodiče nadměrně požívají alkohol. Mohlo by dojít k zanedbávání dítěte, sexuálnímu zneužívání či týrání. V takových případech je nutné kontaktovat zdravotníky, policii či sociální odbor péče o dítě.

#### 4.5.2 Problémy v zaměstnání

Alkoholici mají v průměru nižší pracovní výkonnost, uvádí Hosek (1998, str. 27 - 28). S alkoholismem pracovníků úzce souvisí častá absence v zaměstnání, která je spojena s těžkými stavy opilsti. Člověk závislý na alkoholu se každý den dostává do nepříjemných situací. Jakmile z něj vyprchá alkohol z večera, ocitne se v psychické a fyzické zátěži, která trvá až do konce pracovní doby. Při výkonu monotónní a nenáročné práce nemívají problém se zaměstnavatelem. Při složitějších činnostech hrozí riziko pracovního úrazu a je ohrožen i výsledek jejich práce, který firmě přináší škodu. U člověka v řídicí funkci, který má vést jednání nebo učinit závažné rozhodnutí, je to daleko horší. V tento okamžik je zaměstnanec pro firmu zcela bezcenný. Po několika varováních bývá závislý zaměstnanec přeřazen na jednodušší práci. To jde ruku v ruce s nižším finančním ohodnocením pracovníka. Při dalších problémech je zaměstnanec propuštěn. Alkoholik zůstane nezaměstnaným a je na úřadu práce. Nalézt novou práci je nesmírně problematické a tito lidé ani nemají o práci zájem.

Existuje celá řada povolání, která jsou spojena se zvýšeným rizikem propadnutí alkoholu. Jde o povolání, kde je trvalý kontakt s alkoholickými nápoji. Patří zde pracovníci v restauracích a barech, zaměstnanci lihovarů, pivovarů a vinařských závodů.

Zcela specifickou skupinou jsou umělci. Jsou určeni, aby podleli svodům alkoholu, který jim přináší inspiraci. Dlouhý čas vytváří své dílo, společnost jim dělá jen sklenka alkoholového moku. To je jen krůček k závislosti. Příkladem jsou američtí spisovatelé, kteří měli velké potíže se závislostí na alkoholu. Patří mezi ně F. Scot Fitzgerald, Ernest Hemingway, Jack London, konstatuje Hosek (1998, str. 28 - 29).

#### 4.5.3 Sociální izolace a přátelé

Jak jsme již uvedli, v České republice se alkohol hodně toleruje, malé prohřešky jsou dovoleny. Společnost předpokládá, že občané vědí, kde jsou hranice únosného chování.

Argumentem změny postoje je neschopnost závislého člověka plnit základní sociální role. Pokud porušuje běžné normy chování a vyvolává konflikty, okolí ho přestává akceptovat. Sociální role alkoholika nemá vysoký sociální status. Alkoholici jsou odmítáni, vystaveni opovržení a odsuzování. Ženy alkoholičky jsou více společností odsuzovávány, než muži uvádí Vágnerová (2004, str. 570).

Závislost na alkoholu je jednou z mnoha příčin sociálního vyloučení, kdy se jedinec neúčastní na životě společnosti. „Sociální vyloučení může mít různou úroveň a měnit se v čase. Fakticky znamená život v chudobě, bez účasti na trhu práce (u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání), bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti“, píše Matoušek (2003, str. 217).

Vztah alkoholismu a sociálního vyloučení je patrný z charakteristiky člověka závislého na alkoholu. Tito lidé jsou málo sebevědomí, s nízkým nebo žádným příjmem, se špatným duševním a tělesným zdravím, většinou nezaměstnaní, s chybějícím zdravotním a sociálním pojištěním, uvádí Matoušek (2003, str. 217).

Závislost na alkoholu má vliv i na přátele a kamarády. Alkoholik časem opustí své koníčky i zájmové aktivity, a tím opouští danou skupinu lidí, s kterými je sdílel. Pití alkoholu má vliv na jeho chování vůči dalším lidem okolo něj. Jednak na ně nemá dostatek času, a také nechce poslouchat negativní reakce a dobře míněné rady svých známých. Tím dochází k výměně přátel. Ti prvotní jsou vystřídáni lidmi, kteří tráví v restauracích a barech všechn svůj čas.

Alkoholik má složitou finanční situaci, poněvadž výdaje za alkohol ovlivňují způsob života. Velká skupina závislých na alkoholu v určitém okamžiku přijde o práci a mají jen sociální dávky. Alkoholik omezí výdaje na jídlo, oblékání, hygienu a bydlení, aby mu zůstalo na pití. Žije v podmínkách trvalé bídě v nejnižší kategorii obyvatel. U ostatních lidí pohled na špinavého, zapáchajícího a ošuntělého člověka vyvolá ne lítost, ale odpor, uvádí Hosek (1998, str. 25 - 26).

Alkoholici v tomto stádiu už nemají nic a nikoho. Přichází za sociálními pracovníky, aby jim pomohli získat sociální dávky. Ty bývají jediným finančním zdrojem.

## 5 LÉČBA ZÁVISLOSTI

K rozhodnutí jít se léčit dospěje jen malá část alkoholiků. Často je k ní přinutí zdravotní problémy nebo přetrhání všech sociálních vazeb, kdy ztratili rodinu, přátele i zaměstnání, uvádí Fischer, Škoda (2009, str. 118). Nejvíce je využívána terapie či poradenství v protialkoholní léčebně nebo na psychiatrické klinice. Léčba může být ambulantní v počátcích nebo při doléčení závislosti. V ostatních případech bývá za hospitalizace na oddělení. Nemocniční zařízení umožňuje léčebný režim, kdy pacienti musí dodržovat daná pravidla a vzorce chování, za která jsou hodnoceni. Při léčbě je nezbytná striktní a doživotní abstinence. Mnoho alkoholiků toto pravidlo poruší a dochází k relapsu a recidivě.

Prvním krokem při léčbě závislosti na alkoholu je zvládnutí abstinčního syndromu. V počátku léčby je možno použít psychofarmaka, ale někteří terapeuti se to snaží zvládnout bez nich. Jsou podávány vitamíny a léky jako Antabus nebo Emetin, které v přítomnosti alkoholu vyvolávají zvracení. Mělo by dojít k úpravě poruch v oblasti psychické a sociální, které byly poškozeny dlouhodobým pitím. Závislý na alkoholu musí překonat stereotypy, změnit hierarchii hodnot, najít si nové důležité hodnoty a vztahy, píše Zvolský (2005, str. 56 - 57).

Nejdůležitější součástí léčby je psychoterapie, která je spojena se jménem docenta Jaroslava Skály. Může být skupinová nebo komunitní, patří zde i rodinná a partnerská. Při doléčování je velmi důležitý stálý kontakt s terapeuty a socioterapeutickými kluby.

Mezi subjekty, které pomáhají závislým alkoholikům, patří Anonymní alkoholici a Klub Usilujících o Střízlivost.

„Ideologie anonymních alkoholiků má vztah k tradičním americkým hodnotám (sebekontrola, zodpovědnost, úcta k autoritám) a přitom je založena na neformálních vztazích a rovnostářských zásadách.“ (Hrčka, 2001, str. 85)

Činnost AA v České republice byla zahájena v roce 1989 po revoluci.

Anonymní alkoholici (AA) je společenství mužů a žen, kteří spolu sdílejí zkušenosti a zážitky spojené s alkoholem. Dělí se o naději a sílu potřebnou pro řešení společného problému a pomáhají ostatním při léčbě alkoholismu. Jedinou podmínkou pro členství

v AA je touha a zájem přestat pít. Nejsou zde povinné poplatky ani vstupné, příspěvky jsou dobrovolné. Jejich cílem je zůstat střízliví a snažit se pomáhat jiným závislým na alkoholu dosáhnout střízlivosti. (Anonymní alkoholici, 2012)

Klub Lidí Usilujících o Střízlivost (KLUS) je první a do dnešní doby fungující socioterapeutický klub v České republice, který sdružuje abstinenty, jejich rodiny a přátele. Iniciativa ke vzniku klubu vzešla od docenta Skály. Byl vytvořen v Apolináři roku 1948. Klub se schází poslední čtvrtek v měsíci v Apolináři. Je veden odborníkem pro léčbu závislosti na alkohol, zúčastnit se mohou i v současné době léčeni pacienti. (Rieger, 2004)

Vyšší procento účinnosti léčby u alkoholiků bývá, pokud se účastní léčeni z vlastního rozhodnutí, než pokud k němu byli přinuceni. Ženatí muži a vdané ženy mají také vyšší úspěšnost léčby, než ti co, žijí samostatně. Podobné výsledky jsou při srovnání skupin léčených klientů u zaměstnaných osob a lidí bez práce, u lidí s vyšším vzděláním a základní školou. Křivohlavý (2001, str. 201 - 202) uvádí, že odhady úspěchu psychoterapie jsou kolo 20%.

Po ukončení léčby alkoholika je důležité, aby zůstal abstinentem nebo aby své pití dokázal držet pod kontrolou. Tyto cíle musí chtít naplnit on sám. Těchto předsevzetí je možné dosáhnout za podpory a dodržování „Deseti rad a příkazů, jak předcházet závislosti na alkoholu u dospělého jedince“, které vytvořil J. Skála (1988, str. 115).

1. Nepij alkohol v době, kdy máš pocit, že se potřebuješ dát alkohol.
2. Kvapné pití znamená nebezpečí. Mezi prvním a druhým nápojem nebo sklenkou vína posečkej půl hodiny, mezi druhou a třetí počkej hodinu a další už nepij.
3. Když člověk už pije, nepřizná ani sobě, kolik toho už vypil.
4. Tvrdý alkohol nepij nikdy na „ex“, zapíjej jej nealkoholickými nápoji. Před pitím si dej něco k jídlu.
5. Při práci nikdy nepij.
6. Nepij alkohol pravidelně v obvyklou dobu ani při nějaké příležitosti. Je nebezpečné pít alkohol jen proto, že se chceš dobře vyspat.
7. Při únavě a nervozitě se vyvaruj pití alkoholu. Lepší je dát si teplou koupel nebo se jít projít do lesa.

8. Nepij alkohol na překonání nepříjemného duševního nebo tělesného stavu.
9. Nepij alkohol ráno a ne proto, abys překonal následky večerního pití.
10. Nikdy do pití nikoho nenut'

Mělníkov (2001) podotýká, že pokud se závislý člověk na alkoholu nechce léčit, příbuzní a rodina zažívají pocit bezmoci. Doporučuje, aby rodinní příslušníci vyzkoušeli rady amerických odborníků a přestali alkoholikovi pomáhat v jeho složitých situacích způsobených pitím alkoholu. Radí naplánovat si rozhovor se závislým člověkem, nejlépe po závažném problému s alkoholem a dodržovat několik zásad:

- Vyberte si období, kdy je střízlivý a v klidu.
- V rozhovoru buďte konkrétní.
- Jednejte a netrestejte ho.
- Buďte připraveni mu pomoci.
- Přizvěte k rozhovoru přátele a známé.
- Můžete se poradit a spolupracovat s lékaři. Hledejte podporu u lidí, kteří se nachází v podobné situaci, u terapeutických skupin nebo u Anonymních alkoholiků.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 DESING VÝZKUMU

V první části našeho výzkumu jsme se zaměřili na četnost pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín za období jednoho roku. Stanovili jsme si cíl výzkumu a výzkumné otázky. Vybrali jsme metodu analýzy dokumentů a dále tyto informace zpracovávali a vyhodnocovali.

V druhé části výzkumu jsme sledovali chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín. I zde jsme si stanovili cíl práce a výzkumné otázky. Použili jsme metodu ohniskové skupiny. Celé setkání rozhovoru ohniskové skupiny jsme nahrávali, získané informace dále zpracovali metodou otevřeného kódování.

### 6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit a popsat současný stav výskytu osob pod vlivem alkoholu, kteří jsou ošetřeni na úrazové ambulanci v KNTB, a.s. Zlín.

Dále pak popsat a porozumět chování zdravotnických pracovníků vůči osobám pod vlivem alkoholu na úrazové ambulanci v KNTB, a.s. Zlín.

### 6.2 Výzkumný problém a otázky

Definice výzkumného problému podle Švaříčka, Šed'ové (2007, str. 64) zní: „Formulování výzkumného problému znamená jasně pojmenovat, čemu se budeme ve výzkumu věnovat.“ Při formulování problému vycházíme z toho, jak jsme vymezili výzkumné cíle.

**Výzkumný problém** jsme definovali:

1. Statistika pacientů pod vlivem alkoholu, kteří byli ošetřeni na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín za období jednoho roku.
2. Sledování chování pracovníků ve zdravotnictví k osobám pod vlivem alkoholu na úrazové ambulanci v KNTB, a.s. Zlín.

**Výzkumné otázky:**

**VO1:** Jaká je četnost výskytu osob pod vlivem alkoholu za období jednoho roku na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín?

K první výzkumné otázce jsme vytvořili vedlejší výzkumné otázky:

VVO 1a: Jaká je četnost mužů a četnost žen u pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín?

VVO 1b: Jaká je četnost jednotlivých druhů poranění u pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín?

VVO 1c: Jaká je četnost pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín v denních a nočních hodinách?

VVO 1d: Jaká je četnost pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín v jednotlivých dnech týdne?

**VO2:** Jaké je chování pracovníků úrazové ambulance KNTB, a.s. Zlín k osobám pod vlivem alkoholu?

**VO3:** Jakým způsobem koresponduje chování zdravotníků úrazové ambulance KNTB, a.s. Zlín k osobám pod vlivem alkoholu s etickým kodexem chování lékařů a zdravotních sester?

### **6.3 Metody výzkumu**

„Metoda v nejobecnějším významu znamená způsob dosažení cíle, určitým způsobem uspořádaná činnost.“ (Kutnohorská, 2009, str. 19)

V naší diplomové práci použijeme dvě metody. První bude analýza dokumentů, která se pojí s první výzkumnou otázkou. Ve druhé části výzkumné práce provedeme rozhovor ohniskové skupiny. Výsledky této metody nám odpoví na druhou a třetí výzkumnou otázku.

### 6.3.1 Analýza dokumentů

Podle Slovníku cizích slov (2007, str. 51) analýza znamená rozbor. Je používána jako všeobecná metoda zkoumání vlastností a jednotlivých složek daného jevu, v našem případě dokumentů.

### 6.3.2 Ohnisková skupina

Ohnisková skupina představuje skupinu osob, která diskutuje nad určeným tématem. Z pohledu formy se jedná o skupinový rozhovor. Důležitá je interakce uvnitř skupiny, která je vyvolána tématem, které je předkládáno výzkumníkem a badatelem. Ohnisková skupina umožňuje pochopení postojů a přesvědčení, které jsou původem chování. Jedná se o nalézání důležitých významů v diskusi ve skupině. Metoda ohniskové skupiny je vhodná pro výzkum komplexních témat, které v sobě zahrnují mnoho úrovní zkušeností a pocitů. Specifickou složkou rozhovoru ohniskové skupiny jsou osobní vazby, jež si v našem případě zdravotníci, k danému tématu vytváří. Nejvýznamnějším prvkem ohniskových skupin je využití skupinových interakcí důležitých k zisku informací a vhledu, uvádí Morgan (2001, str. 8 – 46).

„Ohniskové skupiny patří podle Miovského mezi jedny z nejprogresivnějších metod pro získávání kvalitativních dat. Ohniskové skupiny, shodně jako skupinová interview, jsou prováděny s větším počtem účastníků než tři.“ (Hladík, Vávrová, 2011, str. 40)

Tato výzkumná technika sběru dat získává kvalitní data formou práce s malou sociální skupinkou. Při této metodě vznikají skupinové interakce, které mohou v rámci skupiny odvádět pozornost od výzkumných otázek. Badatel může sledovat spontánnost, skupinovou interakci a reakce členů malé sociální skupiny, uvádí Hladík, Vávrová (2011, str. 40).

**Stimulace k vyprávění.** Při domluvě ohniskové skupiny s budoucími respondenty jsme jim poskytli vstupní informaci o ukončení mého studia a psaní závěrečné diplomové práce, jejím charakteru a naznačili téma výzkumného šetření.

Snažili jsme se získat důvěru zaměstnanců, ujistit je, že si mohou ponechat anonymitu v psaných zprávách. Poprosili jsme respondenty o souhlas zaznamenávat náš rozhovor na diktafon a vysvětlili jim své důvody. Nikdo z účastníků neměl příliš velkou radost

z nahrávání, ale všichni souhlasili, že ho můžeme zapnout. Po jejich souhlasu jsme diktafon spustili.

**Kódování** obecně, podle Švaříčka, Šed'ové (2007, str. 211 - 212), znázorňují operace, s jejichž pomocí jsou údaje rozebrány a potom znovu složeny novým způsobem.

**U otevřeného kódování** je text rozebrán na jednotky a těmto jednotkám jsou určena jména. S těmito novými jmény potom výzkumník dále pracuje.

Začíná se nejprve rozdělením textu na jednotky. Jednotkou může být slovo, několik slov, věta nebo celý odstavec. Každou vzniklou jednotku pojmenujeme nějakým kódem. Kód může být slovo nebo krátká fráze.

**Axiální kódování** následuje po otevřeném kódování. Axiální kódování výsledné údaje z otevřeného kódování zase nově skládá dohromady tím, že vytváří spojení mezi kategoriemi a vytváření subkategorií. Subkategorie vytvoříme bližším určením charakteristik kategorií „...pomocí podmínek, které jej zapřičiňují, kontextu (jeho konkrétního souboru vlastností), v němž je zasazen, strategií jednání a interakce, pomocí kterých je zvládán, ovládán, vykonáván, a následků těchto strategií.“ (Strauss, Corbinová, 1999, str. 71)

**Selektivní kódování** znamená závěrečný krok k vytvoření teorie. Sjednocování se příliš neliší od axiálního kódování. Provádí se pouze na vyšší úrovni analýzy.

Prvním krokem je vyložení kostry příběhu. Druhý krok má za úkol uvést pomocné kategorie do vztahu k centrální kategorii. Třetím krokem se kategorie vzájemně vztahují na dimenzionální úrovni. Čtvrtý krok ověřuje vztahy podle údajů. Poslední pátý krok doplňuje kategorie, které je potřeba upřesnit nebo více rozvinout. Jednotlivé kroky nemusí jít postupně za sebou, můžeme přeskokovat od jednoho kroku ke druhému, jak podotýká Strauss, Corbinová (1999, str. 86,87).

## 6.4 Organizace sběru dat

K analýze dat pro naši diplomovou práci jsme použili databázi pacientů úrazové ambulance KNTB, a.s. Zlín. Od září 2010 v nemocnici začal fungovat nový informační systém.

Vybrali jsme si z této databáze statistiky pacientů za období jednoho roku, od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2012. Prošli jsme záznamy všech pacientů a vyhledali ty klienty, kteří byli

na ošetření pod vlivem alkoholu. S touto částí výzkumu bylo započato v září roku 2012 a ukončena byla na konci ledna roku 2013.

Ve druhé části výzkumu jsme provedli rozhovor ohniskové skupiny. Ten se uskutečnil 4. 2. 2013. Akce proběhla v 15, 30 hodin v prostorách výukové místnosti v KNTB, a s. Zlín.

## 6.5 Popis zkoumaného prostředí

Pracuji na traumatologické ambulanci v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. Zlín jako zdravotní sestra. Problematika pacientů pod vlivem alkoholu se mě velmi dotýká. Denně se setkávám s lidmi pod vlivem alkoholu. Zkoumané prostředí dobře znám.

Úrazová ambulance, nebo můžeme použít termín traumatologická ambulance, podle latinského slova trauma = úraz. Ambulance jsou významnou součástí traumatologického oddělení. Hlavním úkolem traumatologického oddělení je léčení a ošetřování úrazů, včetně polytraumat (sdružených poranění) na území Zlínského kraje. Naše oddělení je spádové pro okresy Vsetín, Kroměříž a Uherské Hradiště. Úrazové oddělení má k dispozici urgentní příjem, kam přiváží Rychlá záchranná služba pacienty se sdruženým poraněným. Spolupracuje s oddělením ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), jednotkou intenzivní péče (JIP), neurochirurgií, oddělením plastiky a chirurgie.

Na úrazových ambulancích je nepřetržitý provoz pro zraněné pacienty s čerstvými úrazy. V každý pracovní den se do 15 hodin provádí kontroly poúrazových stavů. Dopoledne zde fungují speciální ambulance, jako je artroskopická a kontroly pacientů po operaci.

Součástí traumatologie je lůžkové oddělení pro hospitalizované pacienty. Ti jsou přijímáni z důvodu závažnosti zdravotního stavu ke sledování, diagnostice nebo k operačnímu řešení.

Pracuje zde ošetřovatelský tým složený z lékařů, zdravotních sester a sanitářů. Úrazové oddělení bylo do roku 2010 součástí Traumacentra KNTB, a.s. Zlín.

## 6.6 Popis výzkumného souboru

Základním souborem první části výzkumu byli pacienti pod vlivem alkoholu ošetřeni na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín. Předpokládáme, že tento soubor bude i souborem výběrovým.

Ve druhé části výzkumu jsme oslovili skupinku pracovníků úrazového oddělení, kde jsme provedli rozhovor ohniskové skupiny.

Před započítím rozhovoru ohniskové skupiny jsme zaměstnancům oddělení nabídli, že si mohou sami vybrat, zda budou uváděni pod svými jmény nebo si chtějí vybrat přezdívky, pod kterými budou v diplomové práci vystupovat. Respondenti se shodli na přezdívkách, které si vybereme my sami. Ohniskové skupiny se zúčastnili Alžběta, Martina, Patrik a Milan.

Alžběta - pracuje ve zdravotnictví 43 let. Po celou dobu praxe se setkává s pacienty pod vlivem alkoholu.

Martina – je ve zdravotnictví 41 let. I ona se po celou dobu pracuje s opilými pacienty.

Patrik – ve zdravotnictví je zaměstnán 6 let, z toho 4 roky pracuje s pacienty pod vlivem alkoholu.

Milan – v oboru zdravotnictví pracuje 11 let, po celou dobu pracuje s klienty pod vlivem alkoholu.

Tři respondenti přišli na rozhovor ohniskové skupiny po skončení pracovní doby, jedna respondentka měla volno, přijela tudíž z domu. Všichni byli v civilním oblečení.

Všichni účastníci se znají, pracují v jednom kolektivu.

## **7 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ DAT**

Získané data a informace z obou částí výzkumu jsme následně vyhodnotili. V první části jsme analyzovali dokumenty a ve druhé části výzkumu jsme provedli vyhodnocení pomocí otevřeného kódování.

### **7.1 Zpracování a vyhodnocení analýzy dokumentů**

V naší diplomové práci jsme si stanovili výzkumnou otázku: Jaká je četnost výskytu osob pod vlivem alkoholu za období jednoho roku na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín? Naší snahou je odpovědět na tuto otázku a ukázat vážnost dané problematiky. Pacienti pod vlivem alkoholu zasahují do života nejen zdravotníků, ale i ostatních střízlivých pacientů.

Ke sběru dat jsme použili databázi pacientů v informačním systému úrazové ambulance KNTB, a s. Zlín.

Celkově bylo za období od 1. 1. 2012 do 31. 1. 2012 ošetřeno 37 044 pacientů. Z tohoto počtu bylo prvotně ošetřeno 17 356 pacientů. Pacientů pod vlivem alkoholu bylo ošetřeno 889, což představuje 5,1% z celkového počtu prvotně ošetřených pacientů.



Tabulka 1 Četnost pacientů

Měsíc	Četnost pacientů pod vlivem alkoholu
Leden	62
Únor	60
Březen	73
Duben	73
Květen	68
Červen	77
Červenec	91
Srpen	74
Září	60
Říjen	78
Listopad	65
Prosinec	108
Celkem	889

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný 8/2012- 1/2013

Tabulka č. 1 ukazuje počty pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených v jednotlivých měsících roku 2012. Ze získaných dat vyplývá, že nejvíce pacientů v ebrietě bylo ošetřeno v měsíci prosinci, a to 108. Tento nárůst si vysvětlujeme oslavami příchodu nového roku.

Červenec je druhý měsíc s nejvyšším výskytem podnapilých nemocných, jejich počet byl 91. Příčinou je podle nás období dovolených a školních prázdnin.

Naopak nejmenší počet pacientů pod vlivem alkoholu byl v měsíci únoru a září, kde byl výskyt 60 podnapilých pacientů.

Při vyhledávání pacientů pod vlivem alkoholu z databáze jsme se zaměřili na několik parametrů. Sledovali jsme počet žen a počet mužů, druh jejich poranění, sledovali jsme věk respondentů a které dny a které hodiny vyhledali pacienti v ebrietě ošetření na úrazové ambulanci.

### 7.1.1 Analýza podle pohlaví

Z počtu 889 pacientů pod vlivem alkoholu bylo 717 mužů, to je 80,6%, a 172 žen, což je 19,3%.

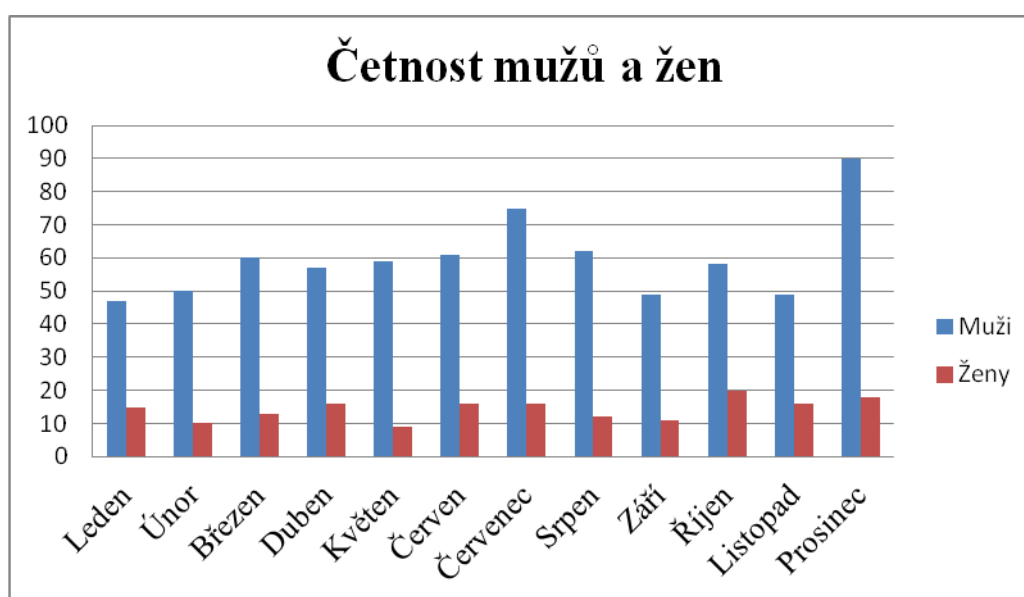
Tabulka 2 Četnost mužů a žen

Měsíc	Muži	Ženy	Celkem
Leden	47	15	62
Únor	50	10	60
Březen	60	13	73
Duben	57	16	73
Květen	59	9	68
Červen	61	16	77
Červenec	75	16	91
Srpen	62	12	74
Září	49	11	60
Říjen	58	20	78
Listopad	49	16	65
Prosinec	90	18	108
Celkem	717	172	889

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný 8/2012- 1/2013

V tabulce č. 2 je přehled mužů a žen ošetřených v jednotlivých měsících. Ženy zastupují necelých 20% z celkového počtu. Zde se nám nepotvrdily výsledky výzkumů Csémiho, kde uvádí, že žen trpících alkoholismem je jedna třetina.

Na grafu č. 1 názorně vidíme četnost mužů a žen v každém měsíci roku 2012.



Graf 1 Četnost mužů a žen

### 7.1.2 Analýza podle druhu poranění

Poranění, s kterým pacienti pod vlivem alkoholu přicházejí na ošetření, jsme rozdělili do tří skupin: poranění hlavy, poranění končetin a poranění trupu.

Následující tabulka č. 3 nám názorně předkládá zastoupení jednotlivých druhů poranění. Nejvíce je úrazů hlavy 678, to představuje 76,3%. Poranění horních a dolních končetin bylo 179, to odpovídá 20,1% z celkového počtu. Nejméně bylo úrazů trupu 32, to je 3,6%.

Největší zastoupení úrazů hlavy si vysvětlujeme častými pády, které jsou způsobeny špatnou koordinací pohybů, obtížnou a vrávoravou chůzí. Toto jsou typické příznaky osoby pod vlivem alkoholu.

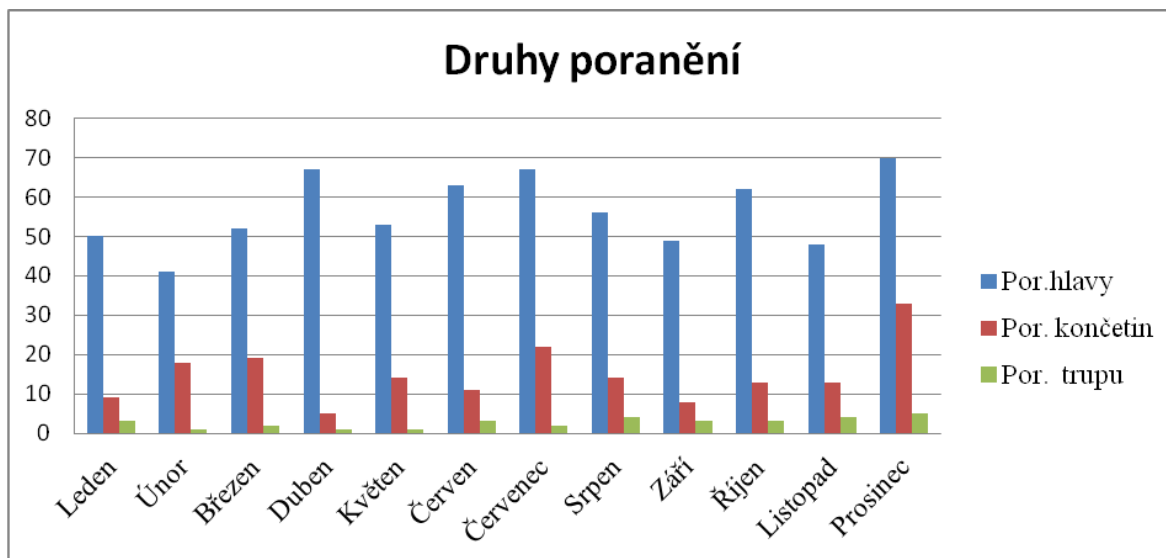
Dále z tabulky vyplývá, že v prosinci byl zvýšený počet úrazů končetin. Poranění horních končetin bývají obvyklé při používání pyrotechniky u oslav příhodu nové roku. Vliv může mít i počasí a náledí.

Tabulka 3 Druhy poranění

Měsíc	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Celkem
<b>Poranění hlavy</b>	50	41	52	67	53	63	67	56	49	62	48	70	678
<b>Poranění končetin</b>	9	18	19	5	14	11	22	14	8	13	13	33	179
<b>Poranění trupu</b>	3	1	2	1	1	3	2	4	3	3	4	5	32
<b>Celkem</b>													889

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný 8/2012- 1/2013

Následující graf č. 2 nám ukazuje, že nejvíce úrazů u pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín, bylo s poraněním hlavy.



Graf 2 Druhy poranění

### 7.1.3 Analýza podle věku

Věk pacientů pod vlivem alkoholu jsme si rozdělili do pěti skupin. Nejmladší pod 18 let. Další skupina od 18 do 30 let, od 31 do 50 let, od 51 do 70 let, 71 a starší ročníky.

Podle tabulky č. 4 můžeme vidět, že nejmladší skupina ještě neplnoletých mladých lidí, není vůbec zastoupena. Tento fakt považujeme za velmi pozitivní.

Další tři skupiny pacientů pod vlivem alkoholu jsou lidé v produktivním věku. Ve druhé skupině od 18 do 30 let je počet 277, to odpovídá 31,2%. Třetí skupina od 31 do 50 let je zastoupena nejvyšším počtem 321 klienty, to je 36,1%. Čtvrtá skupina od 51 do 70 let počítá 247 pacientů pod vlivem alkoholu, to je 27,8%. V těchto kategoriích nejsou vidět žádné významné rozdíly.

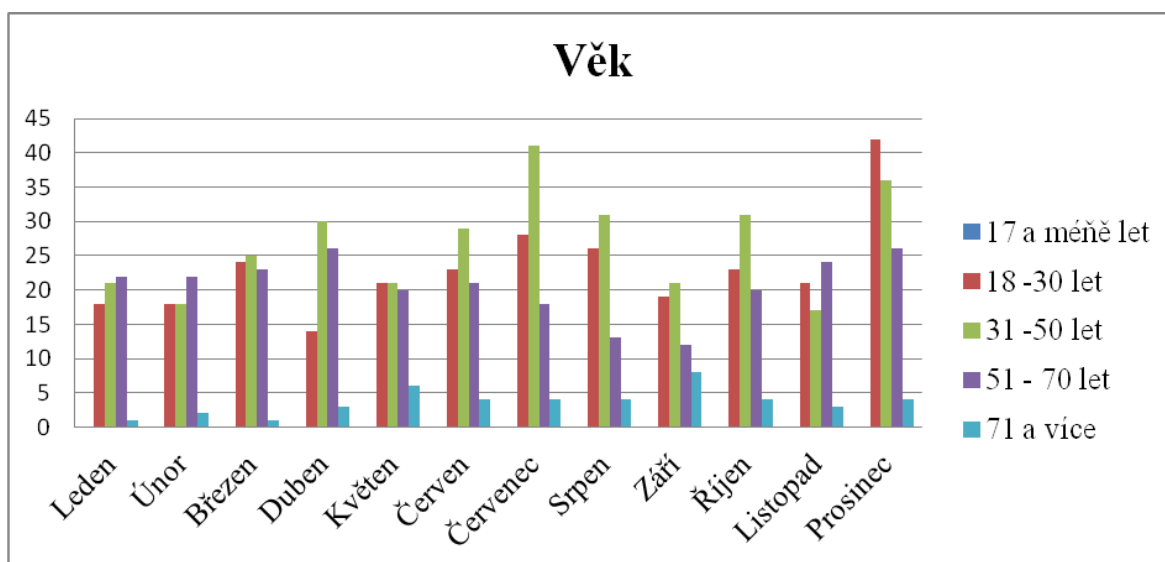
Poslední skupina lidí nad 70 let je zastoupena nejméně. Bylo zaznamenáno 44 klientů, což odpovídá 4,9% z celkového počtu 889 pacientů pod vlivem alkoholu.

Tabulka 4 Věk

Měsíc	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Celkem
17 a méně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 -30 let	18	18	24	14	21	23	28	26	19	23	21	42	277
31 -50 let	21	18	25	30	21	29	41	31	21	31	17	36	321
51 - 70 let	22	22	23	26	20	21	18	13	12	20	24	26	247
71 a více	1	2	1	3	6	4	4	4	8	4	3	4	44
Celkem													889

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný 8/2012- 1/2013

Graf č. 3 nám znázorňuje věk pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených v roce 2012 na úrazové ambulanci.



Graf 3 Věk

#### 7.1.4 Analýza podle doby ošetření

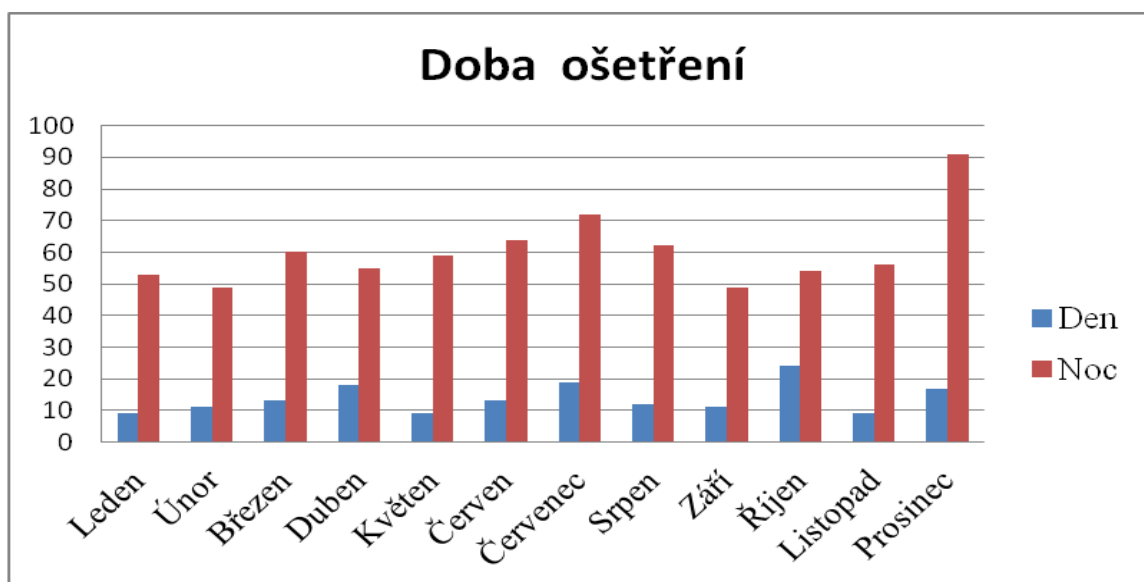
Na oddělení úrazové ambulance se pracuje v nepřetržitém provozu. Rozdělili jsme 24 hodin na denní směnu od 6.00 do 19.00, a noční směnu od 19.00 do 6.00 hodin.

Tabulka 5 Doba ošetření

Měsíc	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Celkem
Den	9	11	13	18	9	13	19	12	11	24	9	17	165
Noc	53	49	60	55	59	64	72	62	49	54	56	91	724
Celkem													889

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný 8/2012- 1/2013

Z tabulky č. 5 i grafu č. 4 vyplývá, že počet pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených ve dne je 165, což odpovídá 18,6%. Pacientů v ebrietě ošetřených v nočních hodinách je 724, to je 81,4% z celkového počtu. Počet klientů, kteří navštíví zdravotnické zařízení v noci, je daleko vyšší, než počet pacientů ošetřených přes den.



Graf 4 Doba ošetření

### 7.1.5 Analýza podle dnů v týdnu

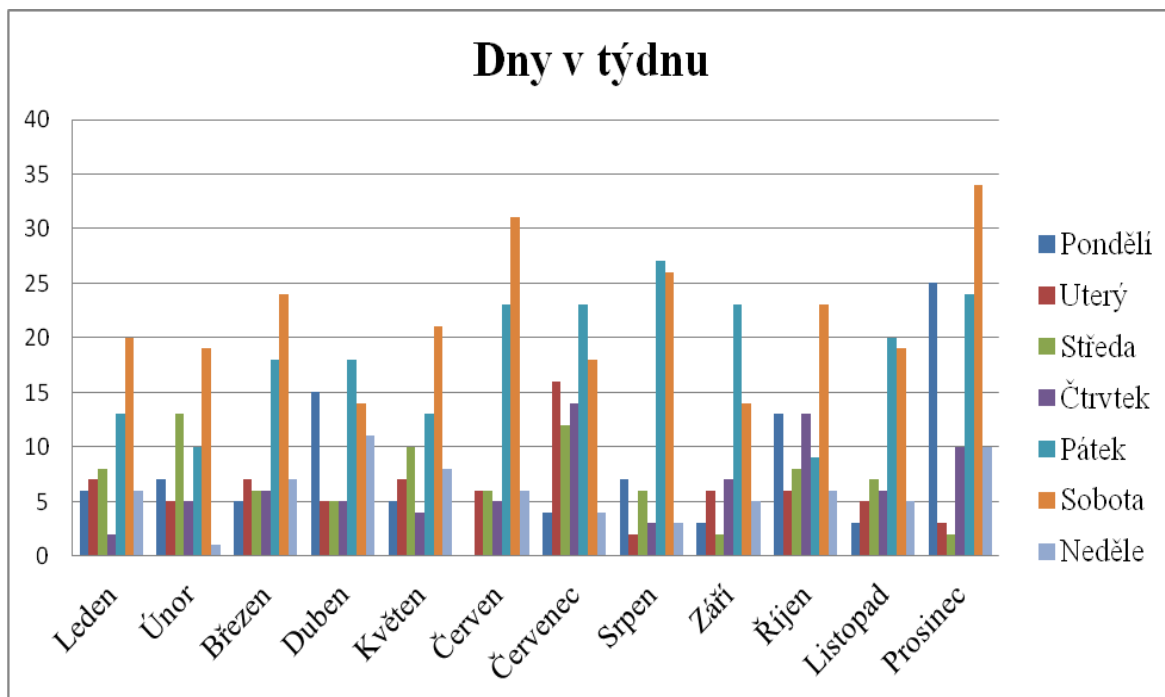
Posledním parametrem, který jsme v naší studii sledovali, jsou jednotlivé dny v týdnu. Nejvíce oslav a akcí, kterých se spoluobčané účastní, se koná v pátek a v sobotu, tomu odpovídají i výsledky analýzy.

Tabulka č. 6 nám předkládá počet ošetřených v pondělí je 93 (10,5%). Můžeme si všimnout vyššího počtu pacientů pod vlivem alkoholu v pondělí v měsíci prosinci, který byl způsoben příchodem nového roku a jeho oslav. V úterý je počet respondentů 75 (8,4%), ve středu 85 (9,6%), ve čtvrtek 80 (9%). V pátek a v sobotu je nejvyšší nárůst pacientů pod vlivem alkoholu ošetřených na úrazové ambulanci. V pátek je počet 221 (24,9%) a v sobotu 263 (29,6%). Nejméně pacientů v ebrietě přišlo na ošetření v neděli, bylo jich 72 (8,1%).

Tabulka 6 Rozložení počtu ošetřených pacientů v ebrietě podle dnů v týdnu

Měsíc	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Celkem
<b>Pondělí</b>	6	7	5	15	5	0	4	7	3	13	3	25	93
<b>Úterý</b>	7	5	7	5	7	6	16	2	6	6	5	3	75
<b>Středa</b>	8	13	6	5	10	6	12	6	2	8	7	2	85
<b>Čtvrtek</b>	2	5	6	5	4	5	14	3	7	13	6	10	80
<b>Pátek</b>	13	10	18	18	13	23	23	27	23	9	20	24	221
<b>Sobota</b>	20	19	24	14	21	31	18	26	14	23	19	34	263
<b>Neděle</b>	6	1	7	11	8	6	4	3	5	6	5	10	72
<b>Celkem</b>													889

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný 8/2012- 1/2013



Graf 5 Rozložení počtu ošetřených pacientů v ebrietě podle dnů v týdnu

Na grafu č. 5 jsme znázornili počet ošetřených pacientů pod vlivem alkoholu v jednotlivých dnech týdne.

## 7.2 Zpracování a vyhodnocení ohniskové skupiny

V této části výzkumu jsme si stanovili výzkumnou otázku: Jaké je chování pracovníků úrazové ambulance KNTB, a.s. Zlín k osobám pod vlivem alkoholu? Odpovědět na ni chceme metodou rozhovoru ohniskové skupiny. Chování zdravotníků k pacientům je diskutované téma. Ale chování zdravotnických pracovníků k osobám pod vlivem alkoholu vyžaduje od lékařů a zdravotních sester určitá specifika v jejich jednání.

V úvodu rozhovoru ohniskové skupiny jsem respondentům položila základní otázku: Jak byste popsali své chování vůči pacientům pod vlivem alkoholu? Co je nejvíce ovlivňuje?

Rozhovoru ohniskové skupiny se zúčastnili 4 zaměstnanci. Celý přepis rozhovoru ohniskové skupiny je uveden v příloze diplomové práce.



### 7.2.1 Otevřené kódování

Následně jsme se snažili rozdělit původní text rozhovoru ohniskové skupiny na důležitá témata, která se zde objevují, a kategorizovali jsme data do těchto témat. Při kódování jsme postupovali po větách a odstavcích. Kladli jsme si otázku, jaká je v textu hlavní myšlenka a tu jsme pracovníčně pojmenovali na okraji přepisu textu. Jednotlivé kategorie jsme si v textu barevně odlišili pastelkami, abychom při dalším čtení měli větší přehlednost. Na základě vytvořených kategorií jsme si restructurovali původní text. Na začátku rozboru jsme měli autentický nativní rozhovor ohniskové skupiny, nyní máme více menších rozhovorů, které se zabývají vždy určitým tématem.

V následující tabulce jsme vytvořili přehled kódů a kategorií. Jsou zde uvedeny i signifikantní výroky zdravotníků. U výroků respondentů jsme provedli redukci prvního řádu a záznam převedli do plynulejší podoby. Vynechali jsme irelevantní části vět a slovní vatu. V závorkách jsou uvedeny první písmena jmen respondentů a číslo strany v přepise rozhovoru ohniskové skupiny.

Tabulka 7 Otevřené kódování

Kategorie	Kódy	Signifikantní výroky respondentů
Závazek léčit	Znehodnocená péče	<i>Takže potom zlomenina se nehojí dobře, pacient musí na operaci. Léčba se prodražuje, prodlužuje a výsledek je takový, že pacient se kolikrát na tu nohu ani pořádně nepostaví.</i> (A, s. 5)
	Nedodržování léčebného režimu	<i>Mnohdy to jsou jakoby vyhozené peníze. Prostě se udělá nějaká operace, za velké peníze a pak nedodrží to co má. To zničí naši práci. To není dobrý pocit z toho.</i> (Mi, s. 5)
		<i>Nechodí o berlích, stoupá na sádru. Sádru zničí.</i> (Ma, s. 5)
		<i>...ti alkoholici nedodrží ani léčebný režim. Ani léčebnou péči. Ty náklady na tu péči...</i> (Pa, s. 5)

<b>Chránit život a zdraví</b>	Ochrana pacienta	<i>Pacienti jsou v takovém stavu, že nám utíkají z pokoje.</i> (A, s. 4)
		<i>Pacienti nespolupracují, musí se kurtovat, aby si neublížili.</i> (Mi, s. 4)
		<i>Máme strach, aby si neublížil, může spadnout z postele, musíme ho kurtovat, může si sundat sádku.</i> (A, s. 4)
	Požadavek specifické péče	<i>Záchytka, kde ti pacienti se můžou uložit, kde budou ležet třeba na žíněnce, kde nebudou moci třeba spadnout.</i> (A, s. 2)
		<i>V podstatě suplujeme záchytka v nemocnici.</i> (Pa, s. 4)
		<i>Takže ta záchytka by byla velká pomoc pro nás.</i> (Mi, s. 4)
	Povinnost	<i>Na jednu stranu se nechtějí nechat ošetřit a na druhou stranu, my je nemůžeme jen tak vypustit do světa.</i> (Mi.,s. 1)
		<i>Práce s nimi je horší a obtížná, stejně musíme zachovat profesionální tvář a snažit se to přestát, překonat.</i> (Pa, s. 5)
		<i>Nevíme, jestli spadl nebo nespádl. Pustit ho jen tak domů, je dost velké riziko.</i> (A, s.1)
<b>Potlačení osobních pocitů</b>	Odplata	<i>Ale když jsou sprostí, a nám nadávají, tak teda já bych ho lištila taky.“</i> (A, s. 3)
	Nesnášenlivost	<i>Dříve jsem neměla žádný problém s opilými pacienty. Asi jak jsem starší, hůře to nesu.</i> (Ma, s. 7)
		<i>Já nemám tak dlouhou praxi, ale už teď s tím mám problém.</i> (Pa, s. 7)
	<i>Má zkušenost je stejná.</i> (A, s. 7)	

	Znechucení	<p><i>Ale určitě nikomu není příjemné, když smrdí, když má plné gatě a tam jako v čekárně lidi od něho odsedají, protože se tam nedá vydržet.</i>(Ma, s. 3)</p> <p><i>...nikomu není příjemné pobývat blízko něj.</i>(Ma, s. 3)</p> <p><i>...na poblutého, posraného opilce asi není pěkný pohled.</i> (Mi, s. 3)</p>	
<b>Profesionální chování</b>	Bezohlednost	<p><i>A taky mi hodně vadí takoví ti hodně agresivní, vulgární, co dělají takový velký bordel buď v čekárně, anebo v ambulanci.</i> (Mi, s. 1)</p> <p><i>...v čekárně spousta jiných pacientů, třeba malé děti a teďka na ně hledí, no to je, to je hrozné.</i> (A, s. 2)</p> <p><i>Když ho musíte nějak ošetřit. Sestřičky ho musí dát do kupy. Extrémně opilí, kteří se nedokážou posadit, hrůza spolupráce.</i> (Mi, s. 3)</p>	
		Nárůst	<p><i>...a je to čím dál tím horší. Ne a ne se s tím smířit.</i>(Ma, s. 1)</p> <p><i>... tak já si myslím, že pacientů pod vlivem alkoholu přibývá, nebývalo jich tolik, je jich teď čím dál víc.</i> (A, s. 1)</p> <p><i>...taky jsem si toho všiml, že je toho čím dál tím víc. Hlavně koncem týdne a přes ten víkend.</i>(Mi, s. 1)</p>
		Zvyšující tolerance alkoholu	<p><i>Dřív byla hladina alkoholu 3-4 promile a byli tvrdí, dnes má 5 promile a postaví se na nohy.</i> (Ma, s. 5)</p>
	<b>Respektování životních zvyků pacienta pod vlivem alkoholu</b>	Bezmoc	<p><i>Všechno zničil a teď co s tím, že. Počítače potřebujeme hned, teď jsme na nich závislí, a co můžeme dělat.</i> (A, s. 4)</p> <p><i>Nejhorší je ten pocit bezmoci. Nic s tím neuděláte. Lidé pijí čím dál víc.</i> (Ma, s. 8)</p>
	Marnost	<p><i>...a je to problém, že oni sice</i></p>	

		<p><i>můžou být opití, tak samozřejmě v té fázi, když jsou opití, to nechápou. Ale někteří ti chroničtí alkoholici, tak ti už mají tak mozky vypité, že už to nechápu ani, když nejsou vysloveně opilí. Tak se prostě s nimi nedá domluvit za žádných okolností.</i> (Mi, s. 5)</p> <p><i>...a nejhorší je, když s takovým opilým přijde jako doprovod skupina dalších opilých, kterým se nezdá péče vaše dobrá.</i> (Ma, s. 5)</p>	
	Obrana	<p><i>Pokud jich je moc, někdy upadám do apatie, nepřemýšlím o nich.</i> (A, s. 8)</p>	
<b>Pocit strachu</b>	Obavy o svůj život	<p><i>Začnou se s námi i prát, kolikrát a nebýt lékařů tak nevím jak by to skončilo.</i> (A, s. 1)</p> <p><i>... nebo musíme volat ochranku, ať nám pomůže.</i>(A, s. 3)</p> <p><i>Policie nespolupracuje.</i> (Pa, s. 1)</p>	
		Obavy o své zdraví	<p><i>U bezdomovců máte strach o své zdraví, jsou nemocní, mají kožní defekty, tuberu, žloutenku.</i> (Mi, s. 6)</p> <p><i>Jeden den se umyje, vysprchuje, převleče do čistého a druhý den ho přivezou úplně ve stejném stavu, jako ten první.</i> (Ma, s. 3)</p> <p><i>Nemáme ani pořádné vybavení na ambulanci, abychom ho položili na kachličky a osprchovali.</i> (Mi, s. 3)</p>
	<b>Nesoustředěné chování</b>	Nervozita	<p><i>Když je jich hodně po sobě, pokazí mi náladu a začínám být nervozní. Pořád zvýšené usilí při jejich ošetřování, ostražitost, nic nepřehlédnout.</i> (Pa, s. 8)</p>

	Rozčilení	<i>Agresivní a ještě opilý pacient Vás snadno vytočí. Nesmíte se nechat, musíte udržet klid, ale věřte to ve mně. Dá to hodně práce ovládat. Musíte se ovládat a být klidný, protože jinak vás ten člověk vykolejí a vy se nesoustředíte a snadno uděláte chybu. (Mi, s. 8)</i>
	Nespavost	<i>Když přijdu domů, nemohu usnout. (Mi, s. 7)</i>
		<i>Taky mám potíže se spaním po noční. (A, str. 8)</i>

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný v 2/2013

### 7.2.2 Axiální kódování

V rámci axiálního kódování jsme vyhodnotili centrální kategorii, která nese název „Závazek léčit“. K této kategorii se vážou všechny ostatní kategorie a souvisí s ní. Patří zde kategorie chránit zdraví a život, profesionální chování, respektování životních zvyků pacientů pod vlivem alkoholu, potlačení osobních pocitů a pocit strachu. K posledním dvěma kategoriím se váže kategorie nesoustředěné chování. Provázanost všech kategorií je vidět na následujícím obrázku č. 6.



Graf 6 Postavení centrální kategorie vůči ostatním kategoriím

Dále jsme vytvořili paradigmatické schéma, které patří k tomuto druhu kódování.

**Příčinné podmínky:** vybavení ambulance, hlídací agentura, ochranka, kurzy sebeobrany.

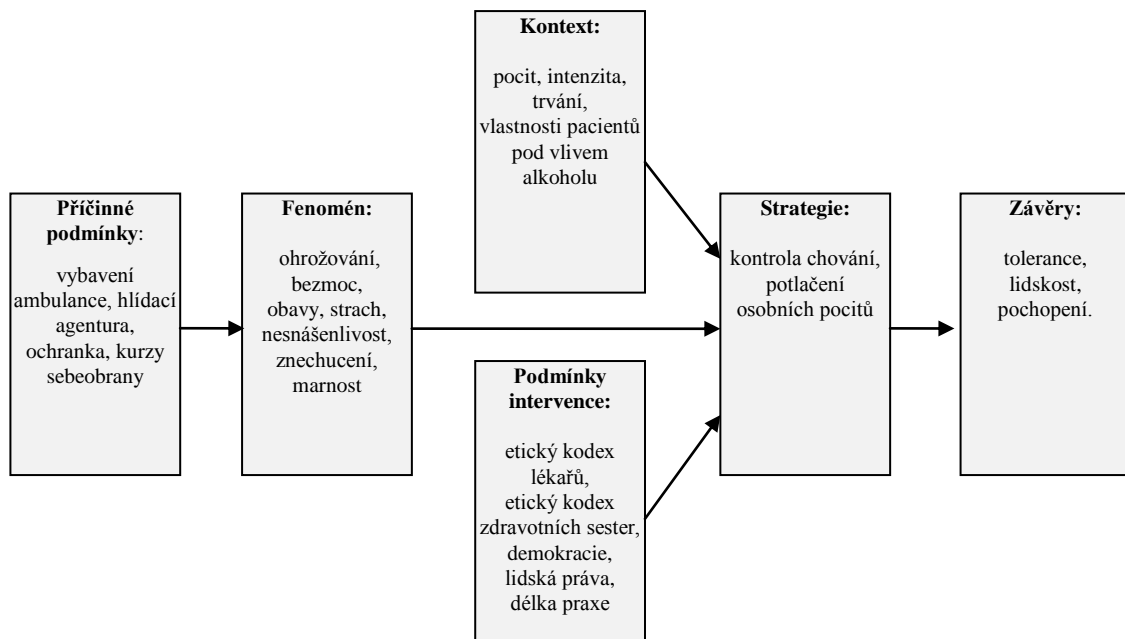
**Fenomén:** ohrožování, bezmoc, obavy, strach, nesnášenlivost, znechucení, marnost.

**Kontext:** pocit, intenzita, trvání, vlastnosti pacientů pod vlivem alkoholu.

**Podmínky intervence:** etický kodex lékařů, etický kodex zdravotních sester, demokracie, lidská práva, délka praxe.

**Strategie:** kontrola chování, potlačení osobních pocitů.

**Závěry:** tolerance, lidskost, pochopení.



Graf 7 Paradigmatické schéma

### 7.2.3 Selektivní kódování

V selektivní části kódování jsme identifikovali příběh našeho výzkumu.

Zdravotníci při své práci s pacienty pod vlivem alkoholu mají na zřeteli základní poslání jejich profese „Závazek léčit“. Pacienti v ebrietě jim to hodně znesnadňují. Neposlouchají pokyny zdravotníků a nedodržují léčebný režim.

Zdravotníci musí chránit pacienty s vyšší hladinou alkoholu i před jimi samými, aby si neublížili ještě více, když padají z přepravního vozíku, chodí po zlomené dolní končetině, nebo když utíkají z nemocnice. Zdravotníci chrání zdraví a život pacientů pod vlivem alkoholu i tím, že poskytují specifickou péči. Snaží se tyto pacienty pochopit v jejich jednání, i když je s nimi velmi obtížná komunikace a spolupráce.

Lékaři i zdravotní sestry musí potlačit své osobní pocity. Nemohou se z profesionálního hlediska nechat unášet pocitem nesnášenlivosti a znechucení, nemohou si dovolit ani odplatu. Musí potlačit znechucení i odpor, když přivezou pacienta pod vlivem alkoholu, který je špinavý a nevoní.

Pracovníci úrazové ambulance si uvědomují nutnost profesionálního chování, které je znakem každé profese. Zvládají bezohlednost pacientů pod vlivem alkoholu i neustálý nárůst počtu těchto klientů. Jejich agresivita, bezohledné a nespolečenské chování může vést k nesoustředění a nervozitě zdravotníků. Příčinou může být i zvýšené úsilí a ostražitost, kterou musí zdravotníci prokazovat při ošetřování pacientů pod vlivem alkoholu. Zdravotníci se musí ovládat, musí udržet klid a vnitřní rovnováhu.

Zdravotníci respektují životní styl i zvyky pacientů pod vlivem alkoholu. I když jsou bezmocní a nemohou chování těchto pacientů ovlivnit. Prožívají marnost při komunikaci s opilým pacientem, který je nedokáže pochopit, protože jeho mozek už nefunguje tak, jak má.

Zdravotnický personál ve svém zaměstnání zažívá pocit strachu a obavy o svůj život i zdraví. Pacienti v ebrietě se někdy chovají agresivně, nejen slovně, ale i fyzicky. Zdravotníci se musejí chránit, volají ochranku nemocnice nebo Policii ČR. Pacienti, kteří jsou v pokročilém stádiu závislosti na alkoholu, nemají střechu nad hlavou, trpí kožními nebo dýchacími nemocemi, tuberkulózou či žloutenkou. To vede zdravotníky k dodržování těch nejpřísnějších hygienických opatření a zásad bezpečnosti. Na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín chybí prostory a vybavení k mytí a očištění zanedbaných pacientů.



#### 7.2.4 Co ovlivňuje chování zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu

Při analýze rozhovoru ohniskové skupiny nám vyšly okruhy problémů, které ovlivňují chování zdravotníků při ošetřování pacientů pod vlivem alkoholu.

V první řadě je to agresivita a nevhodné chování pacientů pod vlivem alkoholu. Většinou jsou přivezeni špinaví, zanedbaní, pomočení, pokálení či pozvracení. Nikomu není příjemné být v přítomnosti takových klientů a starat se o ně.

Dalším aspektem je nárůst počtu klientů pod vlivem alkoholu. Podle analýzy dokumentů v první části výzkumu jsme zjistili, že v průměru ošetří na úrazové ambulanci 2 - 3 pacienty v ebrietě denně.

Zdravotníci se musí vypořádat s faktem, že jejich práce je někdy těmito pacienty znehodnocena. U opilých pacientů se provádí více náročnějších vyšetření, než u ostatních běžně ošetřených pacientů. Všechna vyšetření jsou prováděna akutně. Pacienti v ebrietě mají přednost před nemocnými v čekárně, zdravotníci se jim musí více věnovat.

Velký problém představují opilí bezdomovci. Pokud jejich stav nevyžaduje hospitalizaci na úrazovém oddělení, řeší zdravotníci problém, co s nimi. Nejhorší je to v zimních měsících, když venku mrzne. Tyto osoby nemohou přijmout azylové domy či podobná zařízení, právě z důvodu opilosti.

Podobný problém je u pacientů pod vlivem alkoholu, kteří se neudrží na nohou, ale jejich stav nevyžaduje uložení na traumatologickém oddělení. Zřízení záchytné stanice by velmi pomohlo a ulehčilo práci zdravotníků.

#### 7.2.5 Chování a etický kodex zdravotníků

Dále bychom chtěli v naší diplomové práci porovnat chování zdravotnických pracovníků k pacientům pod vlivem alkoholu s etickým kodexem lékařů a zdravotních sester. Výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem koresponduje chování zdravotníků úrazové ambulance KNTB, a.s. Zlín k osobám pod vlivem alkoholu s etickým kodexem chování lékařů a zdravotních sester?

Z kodexu chování zdravotníků jsme se snažili vyzdvihnout body, které musí zdravotníci dodržovat při své práci, při ošetřování pacientů pod vlivem alkoholu.

V etickém kodexu lékařů se uvádí, že stavovskou povinností lékařů je péče o zdraví každého pacienta bez rozdílu, v souladu s principy lidskosti, s úctou k lidskému životu a s ohledem na lidskou důstojnost.

K této části etického kodexu jsme vyhodnotili kategorii „Závazek léčit“, ke které se vztahují kódy jako znehodnocená péče, nedodržování léčebného režimu a ochrana pacienta. Je to centrální kategorie našeho kódování. A podle našeho názoru přesně vystihuje povinnosti zdravotníků léčit i přes nezodpovědné chování některých pacientů pod vlivem alkoholu.

Členové ohniskové skupiny se vyjádřili následovně:

*...ti alkoholici nedodržují ani léčebný režim. Ani léčebnou péči. Ty náklady na tu péči...(Pa, s. 5)*

*Takže potom zlomenina se nehojí dobře, pacient musí na operaci. Léčba se prodražuje, prodlužuje a výsledek je takový, že pacient se kolikrát na tu nohu ani pořádně nepostaví.(A, s. 5)*

*Mnohdy to jsou jakoby vyhozené peníze. Prostě se udělá nějaká operace, za velké peníze a pak nedodržuje to, co má. To zničí naši práci. To není dobrý pocit z toho.(Mi, s. 5)*

*Nechodí o berlich, stoupá na sádru. Sádru zničí. (Ma, s. 5)*

Dalším podstatným úkolem lékařů je chránit zdraví a život pacienta, mírnit utrpení bez ohledu na barvu pleti, národnost, rasu, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sexuální orientaci, sociální postavení, věk či rozumovou úroveň i pověst pacientů i osobní pocity lékařů.

Zde můžeme prezentovat dvě kategorie. První nese název „Chránit zdraví a život“. Tato kategorie zahrnuje kódy specifické péče a povinnost. Uvádíme výroky některých respondentů:

*Záchytka, kde ti pacienti se můžou uložit, kde budou ležet třeba na žíněnce, kde nebudou moct spadnout.(A, s 2)*

*V podstatě suplujeme tu záchytku, v nemocnici. “ (Pa, s. 4)*

*Na jednu stranu se nechtějí nechat ošetřit a na druhou stranu, my je nemůžeme jen tak vypustit do světa. (Mi.,s. 1)*

K tomuto bodu se váže i výrok respondenta Milana, který jsme pracovně nazvali „marnost“. *...a je to problém, že oni sice můžou být opití, tak samozřejmě v té fázi, když jsou opití, to nechápou. Ale někteří ti chroničtí alkoholici, tak ti už mají tak mozky vypité, že už to nechápou ani, když nejsou vysloveně opilí. Tak se prostě s nimi nedá domluvit za žádných okolností. (Mi, s. 5)*

Druhou kategorii jsme nazvali „Potlačení osobních pocitů“. V této skupině máme kódy jako odplata, nesnášenlivost a znechucení.

*Ale když jsou sprostí, a nám nadávají, tak teda já bych ho lištila taky. “ (A, s. 3)*

*Dříve jsem neměla žádný problém s opilými pacienty. Asi jak jsem starší, hůře to nesu. (Ma, s. 7)*

*Ale určitě nikomu není příjemné, když smrdí, když má plné gatě a tam jako v čekárně lidi od něho odsedají, protože se tam nedá vydržet. (Ma, s. 3)*

*...nikomu není příjemné pobývat blízko něj. (Ma, s. 3)*

Zdravotníci jsou povinni být ve svých profesionálních rozhodnutích odpovědní a nezávislí.

K tomuto bodu se vyjádřil respondent Patrik:

*Práce s nimi je horší a obtížná, stejně musíme zachovat profesionální tvář a snažit se to přestát, překonat. (Pa, s. 5)*

V etickém kodexu zdravotníků KNTB, a.s. Zlín se uvádí, že zdravotníci respektují při poskytování ošetření životní hodnoty pacientů a jejich životní styly. Kódy, které jsme vybrali, jsou bezmoc, marnost a obrana.

Respondenti se vyjádřili v rozhovoru ohniskové skupiny k tomuto bodu následovně:

*Všechno zničil a teď co s tím, že. Počítače potřebujeme hned, teď jsme na nich závislí, a co můžeme dělat. (A, s. 4)*

*Nejhorší je ten pocit bezmoci. Nic s tím neuděláte. Lidé pijí čím dál víc. (Ma, s. 8)*

*...a nejhorší je, když s takovým opilým přijde jako doprovod skupina dalších opilých, kterým se nezdá péče vaše dobrá. (Ma, s. 5)*

Z rozhovoru ohniskové skupiny je patrné, že chování zdravotnických pracovníků koresponduje s etickým kodexem chování. Zdravotníci mají profesionální přístup a dodržují stavovskou povinnost léčit pacienta, respektují pacienta pod vlivem alkoholu

jako člověka, kterého musí ošetřit, potlačují osobní pocity, dodržují lidská práva i práva pacientů. Snaží se chránit zdraví a život pacientů, i když někteří pacienti pod vlivem alkoholu jim to hodně komplikují a ztěžují.

## 8 DISKUZE

Náš výzkum byl zaměřen v první části na zjištění výskytu pacientů pod vlivem alkoholu na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín. Ve druhé části jsme se zabývali chováním zdravotnických pracovníků k pacientům pod vlivem alkoholu.

### 8.1 Shrnutí analýzy dokumentů

Provedeným výzkumem jsme zjistili, že bylo za období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2012 na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín ošetřeno 889 pacientů pod vlivem alkoholu. To odpovídá 2,44 pacienta pod vlivem alkoholu na jeden den. Můžeme říci, že denně se zdravotníci setkávají v průměru se 2-3 pacienty pod vlivem alkoholu. Toto číslo nemusí být konečné. Někteří pacienti pod vlivem alkoholu jsou přivezeni prvotně na urgentní příjem, kde se o ně stará zdravotní personál ARA. Po odeznění akutní fáze, jsou pacienti přeloženi na traumatologické oddělení. Jsou to osoby s vážným poraněním nebo klienti v bezvědomí s akutní otravou alkoholu.

Výsledky výzkumu nám ukázaly rozložení pacientů pod vlivem alkoholu v jednotlivých měsících. Nejvíce podnapilých pacientů bylo v měsíci prosinci (108), příčinou jsou oslavy nového roku a také sníh a led. Nejméně pacientů pod vlivem alkoholu bylo ošetřeno v měsíci únoru a září (60). Příčinou může být fakt, že měsíc únor má jen 28 dní. V září začíná škola, dochází ke snížení aktivit dětí i dospělých.

Výzkum ukázal vysoké rozdíly v pohlaví pacientů v ebrietě. Žen pod vlivem alkoholu bylo 172 a mužů 717. Nízký počet žen může být způsoben tím, že jsou na sebe opatrnější. Nechtějí, aby se alkohol projevil na jejich zevnějšku. Ženy bývají častěji skrytými alkoholičkami na rozdíl od mužů.

Dále jsme se ve výzkumu dat zaměřili na druhy poranění, které pacienti pod vlivem alkoholu mají. Poranění jsme rozdělili do tří podskupin – zranění hlavy, trupu a končetin. Nejvíce zastoupená skupina úrazů těchto pacientů byla s poraněním hlavy, kterých bylo 678, poranění končetin bylo 179 a zranění trupu bylo 32. Poranění hlavy je typické pro pacienty pod vlivem alkoholu, protože jejich chůze i pohyby nejsou koordinované a bývají časté pády. V prosinci si také můžeme všimnout vyššího nárůstu úrazů končetin

(33), jehož příčinou může být zimní počasí ale také používaná pyrotechnika. Více úrazů končetin bylo i v měsíci červenci, bylo ošetřeno 22 pacientů v ebrietě. Důvodem tohoto stavu většinou bývá jízda na kole v nočních hodinách při návratu domů.

Pacienty pod vlivem alkoholu jsme si rozdělili po 5 skupin podle věku. Nejmladší skupinou byli mladí lidé pod 18 let. Další skupiny byly od 18 do 30 let, pak od 31 do 50 let, od 51 do 70 let, 71 a více let. Výzkum ukázal, že nejmladší skupina neplnoletých není zastoupena, což je pozitivní. Druhá skupina 18 – 30 let je zastoupena 277 pacienty, třetí skupina 31 – 50 let čítá 321 pacientů a čtvrtá skupina od 51 do 70 let je zastoupena 247 klienty. U těchto tří kategorií podle věku nejsou vidět velké rozdíly. Jsou však nejvíce zastoupeny, jedná se o klienty v produktivním věku. Poslední skupina seniorů nad 71 let je zastoupena 44 klienty. Je početně nejnižší.

V analýze dokumentů jsme se zaměřili na denní a noční dobu ošetření pacientů pod vlivem alkoholu. I zde nám výzkum prokázal velké rozdíly. Ve dne bylo ošetřeno 164 pacientů pod vlivem alkoholu a v noci bylo ošetřeno 724 opilých klientů. Ve dne většina lidí chodí do zaměstnání a volný čas mají až večer a v noci. Nejvyšší počet ošetřených pacientů v ebrietě byl v prosinci. Konec roku je obdobím podnikových večírků a oslav příchodu nového roku.

Za povšimnutí stojí výsledky výzkumu, který den v týdnu je nejvíce zastoupen v ošetření pacientů pod vlivem alkoholu. V pondělí bylo ošetřeno 93 opilých pacientů, v úterý 75, ve středu 85, ve čtvrtek 70 a v pátek 221. O víkendu v sobotu bylo na ošetření 263 klientů a v neděli 72. Podle tabulky č. 6 můžeme sledovat dost výrazné rozdíly. Nejvíce opilých pacientů bylo v pátek a v sobotu. To jsou večery, kdy se druhý den nevstává do práce, a jsou organizovány společenské akce, večírky a plesy. Nejméně pacientů v ebrietě bylo na ošetření ve čtvrtek a v neděli.

## 8.2 Shrnutí ohniskové skupiny

Jednotlivé kategorie, které jsme získali z rozhovoru ohniskové skupiny, jsme znovu přečetli a hledali v nich souvislosti. Z rozhovoru vyplynuly starosti a problémy, které zdravotníci s pacienty pod vlivem alkoholu mají. To všechno ovlivňuje chování lékařů i zdravotních sester. Vede to k neustálému strachu neudělat chybu, nepřehlédnout nějaký příznak, raději provést další vyšetření, pokud si nejste jistí. Lékařská péče

pacientům pod vlivem alkoholu je z forenzních důvodů na vyšší úrovni. Zdravotníci se snaží, aby si pacienti v ebrietě ještě více neublížili a přes všechny problémy se uzdravili.

Z rozhovoru ohniskové skupiny je patrné, že zdravotníci dodržují povinnost léčit. Berou to jako závazek svého povolání. Musí se chovat zodpovědně, pacienta ošetřit a udělat vše pro jeho uzdravení bez ohledu na své pocity a třeba i vnitřní nesouhlas.

Profesionální chování je podmínkou práce ve všech zdravotnických zařízeních. Jak se zmínil Patrik v rozhovoru, stížností přibývá. Vždy se to řeší na vyšší úrovni a těžko se potom dokazuje, na čí straně je pravda. V ambulancích nejsou kamery. Není tedy hmatatelný důkaz o profesionálním chování zdravotníků.

Agresivita a nevhodné chování pacientů pod vlivem alkoholu vyvolávají u zdravotníků strach a obavy nejen o své zdraví, ale i obavy o svou bezpečnost a život. Podle našeho popisného výzkumu výskytu pacientů pod vlivem alkoholu je jejich nejvyšší počet v nočních hodinách. V tu dobu jsou na pracovišti jen lékař a dvě zdravotní sestry. Zdravotní sestry jsou rády, že tam je lékař - muž, který má více síly a ochrání i je. V nemocnici pracuje ochranka, ale ta zaměstnává muže důchodového věku. Na ambulanci není žádný prostředek obrany, který by zdravotní sestry mohly použít.

Zdravotní sestry i lékaři snášejí agresivitu pacientů pod vlivem alkoholu a musí se s ní vyrovnat každý po svém. Důležité je v jejich jednání s pacienty v ebrietě neutrální chování, které by mohlo snížit agresivitu těchto pacientů.

V chování zdravotníků si můžeme všimnout adaptivního chování. Lékaři i zdravotní sestry musí potlačit a zastírat nepříjemné pocity a někdy i nesouhlas s pacienty pod vlivem alkoholu.

Velmi důležité je pro zdravotnický personál předcházet profesionální deformaci, důležitou roli má prevence syndromu vyhoření a supervize.

Zdravotníci usilují o zřízení Záchytné stanice ve Zlínském kraji. Jeden z hlavních důvodů je strach o pacienty v ebrietě, kteří jsou ošetřeni, a jejich stav nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, a tito pacienti nejsou schopni odejít domů. Na záchytné stranici je personál, který se postará o klienty v jejich stavu.

Při porovnávání chování zdravotnických pracovníků k pacientům pod vlivem alkoholu a etického kodexu chování zdravotních sester a lékařů jsme došli k závěru, že zdravotníci

se chovají profesionálně. Vždy dbají o zdraví a život pacienta. Snaží se ho chránit i před ním samotným, potlačují osobní pocity a respektují životní zvyky pacientů pod vlivem alkoholu.



## ZÁVĚR

Naše diplomová práce se zabývá velmi aktuálními tématy současné doby. Chování pracovníků ve zdravotnictví k pacientům je ostře sledováno veřejností. Chování zdravotníků k pacientům pod vlivem alkoholu vyžaduje od zdravotníků zvýšené úsilí a profesionální jednání.

Výzkum probíhal na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín. V práci byly použity dvě metody - analýza dat a rozhovor ohniskové skupiny.

V první části výzkumu jsme analyzovali výskyt pacientů pod vlivem alkoholu, kteří byli ošetřeni na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín za období jednoho roku. Výzkum probíhal několik měsíců. Přinesl zajímavé výsledky, které jsme podrobně popsali v předcházející kapitole.

Ve druhé části výzkumu jsme se snažili vystihnout a popsat chování zdravotnických pracovníků k osobám pod vlivem alkoholu, kteří byli ošetřeni na úrazové ambulanci KNTB, a.s. Zlín. Výsledkem bylo zjištění, že lékaři a zdravotní sestry se chovají k pacientům pod vlivem alkoholu profesionálně a jejich chování koresponduje s etickým kodexem zdravotníků.

Splnili jsme cíl výzkumu a odpověděli jsme na výzkumné otázky.

Výsledky výzkumu budou předány primáři a vrchní sestře úrazového oddělení KNTB, a.s. Zlín. Mají kompetence, aby problémy zdravotníků mohli řešit s managementem nemocnice. Jak jsme uvedli, chybí vybavení a prostory pro očistu znečištěných pacientů pod vlivem alkoholu a lidí bez domova. Vedení nemocnice by mělo umožnit a zprostředkovat zaměstnancům kurzy sebeobrany, aby se zdravotníci mohli adekvátně bránit agresivitě pacientů pod vlivem alkoholu. Dále by se vedení mělo zabývat možností supervize pro své zaměstnance, která je prevencí syndromu vyhoření, a pomohla by zdravotníkům zvládat jejich náročné zaměstnání.

Zřizovatelem Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s. Zlín je Zlínský kraj, jehož představitelé mají právo řešit problémy se zřízením záchranné stanice a problémy s pacienty pod vlivem alkoholu, kteří nemají přístřeší.

Tato práce může být přínosná pro studenty nejen oboru sociální pedagogiky, ale i oborů zdravotnických. Jak jsme popsali v teoretické části, zdravotní a sociální péče o klienty v závislosti na alkoholu a bez přístřeší, kteří si způsobí úraz, se prolíná.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

## Monografie

- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-439-9.
- BENEŠOVÁ, Marika a Hana SATRAPOVÁ, 2002. *Odmaturuj z chemie*. Brno: Didaktis. ISBN 80-86285-56-1.
- EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula*. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: NLN. ISBN 80-7106-696-6.
- EHRMANN, Jiří jr., Petr SCHNEIDERKA a Jiří EHRMANN, 2006. *Alkohol a játra*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1048-X.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GÖHLERT, Christopf a Frank KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti*. Překlad Dagmar Lieblová. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-950-9.
- HOSEK, Jan, 1998. *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-624-2.
- HLADÍK, Jakub a Soňa VÁVROVÁ, 2011. *Mechanismy fungování rozvoje autoregulace učení studentů*. Praha: Hnutí R. ISBN 978-80-86798-17-2.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- IVANOVÁ, Kateřina, 2006. *Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví*. Brno: NCO NZ. ISBN 80-7013-442-9.
- JANOTOVÁ, Hana a kol., 2005. *Profesní etika*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86861-42-2.
- KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

- Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007. *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
- KRAUS, Jiří a kol., 2007. *Slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1415-3.
- KRISTOVÁ, Jarmila, 2004. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MORGAN, L. David, 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Překlad Jana Krchová. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-77-4.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4550-7.
- NAKONEČNÝ, Milan, 1996. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan, 1998. *Základy psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0689-3.
- NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.
- PLHÁKOVÁ, Alena, 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1086-6.
- SMEJKAL, Vladimír a Hana BACHRACHOVÁ-SCHELOVÁ, 2011. *Velký lexikon společenského chování*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3650-1.
- SOVINOVÁ, Hana a kol., 2002. *Alkohol a úrazy*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-206-6.
- SKÁLA, Jaroslav, 1988. *...až na dno*. 4. vydání. Praha: Avicenum. 08-045-88.

- STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Překlad Natalie Vrajová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
- STRAUS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Překlad Stanislav Ježek. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TYLER, Andrew, 2000. *Drogy v ulicích mýty-fakta-rady*. Překlad Katuše Mlíková et. al. Praha: Ivo Železný. ISBN 80-237-3606.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- WOITITZOVÁ, G., Janet, 1998. *Dospělé děti alkoholiků*. Přeložil Jiří Martínek. Praha: Columbus. ISBN 80-85928-73-6.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
- ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdenek MLČÁK, 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-306-6.
- ZVOLSKÝ, Petr a kol., 2005. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-203-6.

## Internetové zdroje

- Anonymní alkoholici. [online]. Datum publikace neuveden. [cit. 2012-08-12]. Dostupné z:  
<http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/pro-verejnost.html>
- Český institut pro supervizi, 2006. [online]. © Český institut pro supervizi 2006. [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>
- Etický kodex lékařů, 2011. [online]. 15. 2. 2011. [ cit. 2013-2-21]. Dostupné z:  
<http://www.eticky-kodex.cz/eticky-kodex-lekaru/>
- Etický kodex sester KNTB, a.s. Zlín, 2012. [online]. Copyright © 2012 Krajská nemocnice T. Bati, a. s.[cit. 2013-2-21]. Dostupné z:  
<http://www.kntb.cz/eticke-zasady-pro-osetrovatele>
- HOUSER, Pavel, 2003. Dějiny alkoholu i alkoholismu ve všech podobách. Scienceworld. [online]. 30. 12. 2003. [cit. 2012-07-11]. Dostupné z:  
<http://scienceworld.cz/historie/dejiny-alkoholu-i-alkoholismu-ve-vsech-podobach-2664/>
- ЮРЧЕНКО, В., Александр, 2004. Příčiny alkoholismu. [online]. © 2004-13 Юрченко А.В. [cit. 2012-9-30]. Dostupné z: <http://www.psychiatria.com.ua/ru/articles/>
- МЕЛЬНИКОВ, В., Александр, 2001. Co dělat, pokud se alkoholik nechce léčit. [online]. Copyright © 2001-2013 А.В. Мельников "Алкоголизм". [cit. 2012-9-24]. Dostupné z: <http://www.alcoholism.ru/whattodo.htm>
- MINAŘÍK, Jakub, SANANIM, 2003. Vývojová stadia alkoholismu. [online]. Copyright © 2003 - 2013 | SANANIM o. s. [cit. 2012-10-1]. Dostupné z:  
<http://www.odrogach.cz/skola/rizikove-jevy/uzivani-navykovych-latek/zavislost/zavislost-na-alkoholu.html>
- MLČOCH, Zbyněk, 2012. Alkoholová závislost. [online]. Copyright © Eva Mlčochová 2003 - 2013. [cit. 2012-9-24]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>
- RIEGER, Tomáš, 2004. Klub Usilující o Střízlivost (KLUS). [online]. 7. 12. 2004. [cit. 2012-08-12]. Dostupné z: <http://klus.xf.cz/>

ŠTĚPÁNKOVÁ, Veronika, 2013. Supervize. [online]. © 2012 – 2013. [cit. 2013-04-16].

Dostupné z: <http://www.alfabet.cz/index.php/pece-o-pecujici/pracovnici-v-pomahajicich-profesich/supervize>

ZIKMUND, Jaroslav, 2001. Stanovení alkoholu v organismu člověka. [online]. 2001. [cit. 2012-08-02].

Dostupné z: <http://jarda-zik.sweb.cz/alko/alko014.htm>

ZIKMUND, Jaroslav, 2001. Resorpce alkoholu do organismu. [online]. 2001. [cit. 2012-08-02].

Dostupné z: [http://jarda-zik.sweb.cz/alko/index\\_alko.htm](http://jarda-zik.sweb.cz/alko/index_alko.htm)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

a.s.	akciová společnost
CNS	centrální nervová soustava
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
dcl	decilitr
g	gram
kol.	kolektiv
kg	kilogram
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
l	litr
např.	například
str.	strana
tzv.	tak zvaně



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Graf 1 Četnost mužů a žen.....	50
Graf 2 Druhy poranění .....	52
Graf 3 Věk.....	53
Graf 4 Doba ošetření.....	54
Graf 5 Rozložení počtu ošetřených pacientů v ebrietě podle dnů v týdnu.....	56
Graf 6 Postavení centrální kategorie vůči ostatním kategoriím.....	62
Graf 7 Paradigmatické schéma .....	63

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Četnost pacientů.....	49
Tabulka 2 Četnost mužů a žen.....	50
Tabulka 3 Druhy poranění .....	51
Tabulka 4 Věk.....	53
Tabulka 5 Doba ošetření .....	54
Tabulka 6 Rozložení počtu ošetřených pacientů v ebrietě podle dnů v týdnu.....	55
Tabulka 7 Otevřené kódování.....	57

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Etický kodex zdravotníků KNTB, a. s. Zlín

Příloha č. 2 – Etický kodex lékařů

Příloha č. 3 – Doslovný přepis rozhovoru ohniskové skupiny

## **PŘÍLOHA Č. 1**

### **ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍKŮ KNTB, A.S. ZLÍN**

Etické zásady obecně

Sociální, psychologická a zdravotní péče je založena na hodnotách demokracie a lidských práv, které jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv spojených národů, v Úmluvě o právech dítěte a v etickém kodexu Práv pacientů. Dále se řídí zákony tohoto státu, které se od uvedených kodexů odvíjejí.

Každý člen týmu ctí jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Mezi základní hodnoty řadíme práva jedinců na soukromí, důvěrnost, sebeurčení a autonomii. Tyto principy se uplatňují v přístupu ke klientům a musí být v souladu nejen s profesionálními povinnostmi, ale i se zákonem.

Právo každého jedince na seberealizaci je zpochybnitelné, pokud dochází k omezení takového práva u druhých osob.

Pracovník usiluje o zajištění vysoké odborné úrovně, přičemž poskytuje pouze ty služby, které odpovídají standardům nízkoprahového zařízení a terénních programů a individuálním kompetencím jednotlivých pracovníků.

Součástí etického přístupu je dobrá vůle pomáhat na základě znalostí, dovedností a zkušeností jednotlivcům, skupinám a komunitám při jejich rozvoji a při řešení konfliktů se společností.

Profesionální odpovědnost má prioritu před osobními zájmy.

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (Věstník MZČR č.7/2004)

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen “zdravotnický pracovník”) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.

Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.

Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.

Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

#### Zdravotnický pracovník a spoluobčané

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.

Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.

Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

#### Zdravotnický pracovník a praxe

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.

Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.

Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.

Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

#### Zdravotnický pracovník a společnost

Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.

Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

## Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.

Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.

Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.

Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

## Zdravotnický pracovník a profese

Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.

Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

## PŘÍLOHA Č. 2

### ETICKÝ KODEX LÉKAŘŮ

#### Obecné zásady

I. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu, se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

II. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

III. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání a tyto dodržovat.

IV. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

V. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

#### Lékař a výkon povolání

I. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné a které považuje pro nemocného za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

II. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

III. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

IV. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit a v případě souhlasu nemocného zajistit, vhodný postup pokračování léčby.

V. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.



VI. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení.

VII. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.

VIII. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.

IX. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná patřičná ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití dokumentace pacienta. Řídí se při tom platnými zákonnými předpisy (Zákon o ochraně osobních údajů č.101/2000 Sb., Zákon o zdravotní péči 548/1991 a 160/1992 ve znění pozdějších předpisů).

X. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné lékařské praxe.

XI. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

XII. Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

XIII. Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, televizi i rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení pro svůj soukromý prospěch.

XIV. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

XV. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a dodržení zákonných předpisů, jako jsou Úmluva o lidských právech a

biomedicíně, Zákona o léčivech č..79/1997 ve znění pozdějších předpisů a pouze tehdy, pokud pacienta přímo nepoškozuje.

XVI. Biomedicínský výzkum na lidském subjektu se musí řídit zákonnými předpisy a být schválen příslušnou etickou komisí ( Úmluva o lidských právech a biomedicíně)

XVII. Lékař si má být vědom své občanské úlohy a vlivu na okolí.

#### Lékař a nemocný

I. Lékař plní vůči každému nemocnému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

II. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí, a nesníží se k hrubému, násilnickému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

III. Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi včetně odpovědnosti za vlastní zdraví.

IV. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat nemocného nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení nastanou nebo mohou nastat.

V. Lékař je povinen si před každým diagnostickým a léčebným výkonem vyžádat na základě poskytnutých informací výslovný souhlas nemocného s navrženým postupem. Řídí se přitom zákonnými předpisy.

VI. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

#### Vztahy mezi lékaři

I. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.

II. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiného lékaře nebo lékařů,

natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

III. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

VI. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře zdůvodnit a navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

V. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady

#### Lékař a nelékař

Lékař spolupracuje se zdravotnickými pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i odpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří ke zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají nebo pracují v lékařských oborech, a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

## PŘÍLOHA Č. 3

### PŘEPIS ROZHOVORU OHNISKOVÉ SKUPINY

*Dobrý den. Vítám Vás. Jmenuji se Jana Tápálová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Sociální pedagogiky na UTB ve Zlíně. Píšu diplomovou práci na téma Chování zdravotnických pracovníků k pacientům pod vlivem alkoholu. Do praktické části výzkumu bych Vás prosila o vyjádření na otázky: Jaké je Vaše chování k pacientům pod vlivem alkoholu? Co Vaše chování nejvíce ovlivňuje? Záznam rozhovoru poslouží pouze pro studijní účely a k napsání závěrečné práce. Jsem ráda, že jste byli ochotni a přišli na dnešní setkání za mnou.*

*Martina – pracuji 41 roků a je to čím dál tím horší. Ne a ne se s tím smířit.*

*Alžběta – tak já si myslím, že pacientů pod vlivem alkoholu přibývá, nebývalo jich tolik, je jich teď čím dál víc. Čím se mně zdá, že čím lidi jsou víc nezaměstnaní, tím víc se pije. Ale někdy, když přijdou pacienti na ošetření, tak, někdy je to v pohodě. Jo. Tak takovou dobrou náladu má, ale někteří pacienti jsou takoví agresivní a prostě nám nadávají a sprostě nám nadávají. Začnou se s náma i prát, kolikrát a nebýt lékařů tak nevím, jak by to skončilo.*

*Milan - je to problém velký, taky jsem si toho všiml, že je toho čím dál tím víc. Hlavně koncem týdne a přes ten víkend. A taky mi hodně vadí takoví ti hodně agresivní, vulgární, co dělají takový velký bordel buď v čekárně, anebo v ambulanci. Že to tam všecko poblujou, poserou, počurají. Takže je to velký problém, že se s nimi nedá vůbec domluvit. Na jednu stranu se nechtějí nechat ošetřit a na druhou stranu my je nemůžeme jenom tak nechat vypustit do světa. Takže musíme se s tím nějak poprat. A je to problém. Jednak většinou je to na těch službách v noci, kdy jsme na to sami a je ten problém jednak ho ošetřit a jednak co dál s tím pacientem.*

*Patrik- stanovení diagnózy je obtížné, protože oni nespolupracují.... Není pacienta kam uložit. Záchytná stanice je daleko. Hlavní problém je, že je tam nemá kdo převést na tu záchytnou stanici.... Policie nespolupracuje.*

*Ma – rodina už nemá zájem, protože oni už mají tak vymazané mozky, že se s něma normálně nedá domlouvat.*

*A - kolikrát jsou rodinní příslušníci rádi, že je dovezou sem a my se o ně postaráme. Ale co s nima dál. To je, je to strašně velký problém. Protože my nevíme, do jaké třeba on mohl při*

tom, když ho doveze kolikrát rychlá záchranná služba, my nevíme jestli spadl nebo nespádl. Pustit ho jenom tak domů, je to dost velké riziko. A na oddělení potom děvčata s nima mají velké problémy. Musí se kurtovat, jsou sprostí, málem samozřejmě můžou spadnout s postele. Všechno. A co ostatní pacienti vůči nim, co tam leží na tom pokoji. To je... Tak bych se přimlouvala za to, aby tady byla záchytky, kde ti pacienti se můžou uložit, kde budou ležet třeba na žíněnce, kde nebudou moct spadnout. A aby tam byl nějaký personál, který se bude o ně starat.

Ma – většinou u nás zůstanou v čekárně ležet na vozíku, ze kterého několikrát spadnou, ještě si přivodí další zranění. A co dál?

A – teď co ti, oni jsou třeba na tom vozíku a teď je tam v čekárně spousta jiných pacientů, třeba malé děti a teďka na ně hledí, no to je, to je hrozné. A prostě rodiče jim zakážou se tam dívat, zakrývají jim hlavy, aby se tam nedívaly, aby neposlouchaly, protože Ti pacienti se vyslíkají, oni... Hlavně smrdí. Je to opravdu špatné s nima. A říkám, nevíme co dál.

Ma – A nikdo nám neví poradit. Nikdo neví jak.

A – řeší to pak policajti....

Mi- to chce řešit. To zřízení té záchytné stanice by bylo řešením tady. Hodně by nám to pomohlo v té práci, ale tam jde o to, že to stojí peníze. A z těch opilců to nedostanou zaplacené.

Ma – navíc skoro u každého opilce se musí provést CT mozku, protože, co kdyby náhodou. 99 krát nic a po sté tam něco bude.

MI- právě

Pa - potom se hospitalizuje zbytečně moc, přijímáme s hlavičkou s otřesem mozku.

Mi – někteří jsou tu 3 krát za týden. Je to problém.

A – a nebo někteří i 2 krát za den.

Mi- ano, ano....

A – je to fakt špatné.

Ma - policie, když najde někoho ležet v parku, automaticky volá záhranku, i když zranění, které na něm je, je už staré týden.

A – no jo, ale to nikdo nedokáže.

*Já – a já se ještě zeptám na Vaše pocity a postoje vůči těmto pacientům.*

*A – pokud pacient je tak jako přiměřeně, tak jako má dobrou náladu, tak jako jo, dobré. On si třeba nic nepamatuje potom, ale nevyvádí. To jako se může stát každému z nás, že. Mi to tak celkem nevadí. Ale když jsou sprostí, a nám nadávají, tak teda já bych ho lištila taky.*

*Ma- Ale určitě nikomu není příjemné, když smrdí, když má plné gatě a tam jako v čekárně lidi od něho odsedají, protože se tam nedá vydržet. To bylo minulý týden.*

*Já – ti alkoholici jsou spíš lidé, kteří mají rodinu anebo to jsou lidé třeba jako bezdomovci, anebo lidé se sociálních problémových vrstev.*

*Ma – já myslím ze všech vrstev. Nevím, proč to tak je. Ale pro nás jsou nejproblematictější ti bezdomovci. Protože ti kolikrát jenom, aby získali střechu nad hlavou, když mrzne třeba, tak budou hrát divadlo, co jim je, jenom aby mohli zůstat v teple, v tu velkou zimu. A to se potom těžko pozná, jestli to je tak či tak. ...*

*A – do jaké míry je opilý a do jaké míry je třeba, může mít otřes mozku, to se tak nedá.*

*Mi – na poblutého, posraného opilce asi není pěkný pohled. A v podstatě ani, ani ..*

*Ma- nikomu není příjemné pobývat blízko něj*

*Mi – že to nikdo nemá rád takové to, když musí být blízko toho člověka. Když ho musí nějak ošetřit. Určitě to není nic příjemného. Sestřičky, které ho musí nějak dát do kupy, aspoň trochu. Aspoň nějakou toaletu udělat. Je to pro ně ještě horší. Tak takovéto extrémy, ti opilí lidí někdy až tak, že se nedokážou ani posadit, ani spolupracovat, tak je to hrůza s nimi. Takoví ti, co jsou jenom tak lehce, tak to je v pohodě. Tady ti, úplně na mol opilí, tak ... to se nedá.*

*A – ...kolikrát musíme použít sílu, nebo musíme volat ochranku, ať nám pomůže. Pomocť nám ho přidržit aspoň.*

*Mi – nemáme na to ani pořádné, si myslím, vybavení na ambulanci.*

*A – nemáme-*

*Mi – že by se položili někde na kachličky, aby se osprchovali vapkou. Tak by to bylo jiné.*

*A – no je to tak. Nejsme na to, nemáme na to žádné prostory.*

*Ma – jeden den se umyje, vysprchuje, převleče do čistého a druhý den ho přivezou úplně ve stejném stavu, jako ten první.*

*Mi – hm...Takže ta záchytky by byla velká pomoc pro nás. Moc by nám pomohla. Kdyby byl na prodej. Tady to umývání ožralého pacienta, myslím, že to není ... starost zdravotní sestry*

*A – teď spousta lidí je bez práce, myslím si, že by nějaké ty ošetřovatele. Že jo, to by mohli školení ošetřovatelé dělat. Tu práci zastat.*

*Mi – myslím, že*

*Pa- teď chybí pořád místa pro pacienty, pro ty, kteří to potřebují. V podstatě suplujeme tu záchytku, v nemocnici.*

*Mi – Velký problém je, když se tady ten opilý pacient přijme na to oddělení, tak za prvé vyžaduje, vyžaduje o mnoho víc té péče než normální neopilý pacient, který nějakým způsobem nespolupracuje. Mnohdy, mnohdy se musí kurtovat, mnohdy z důvodu, aby ještě víc neublížil. V podstatě vyžaduje přítomnost personálu, skoro pořád, celou noc. Tím pádem v podstatě trpí ti další pacienti, protože sestřičky na ně mají logicky méně času. To samozřejmě potom i obtěžuje ty ostatní pacienty kolem.*

*Pa- většinou ten pacient, který je opilý, je dovezen rychlou záchrannou službou. Takže na té ambulanci má přednost na to ošetření a ti ostatní pacienti – střízliví, normální, slušní musí prostě čekat. Mnohdy i několik hodin, než na ně dojde řada. Hlavně v noci v pátek..*

*Já – a vozí je příbuzní nebo je vozí rychlou? Je zde nějaké zneužívání nebo??*

*Pa – Většinou rychlou, a většinou jde o zneužití té rychlé záchranné služby.*

*A – kolikrát pacienti, nemají třeba jenom tržnou ránu na hlavě, nebo nejsou jenom potlučení můžou mít i dost závažný úraz – zlomenina bérce nebo krček zlomený a teď když je vlastně pod vlivem návykových látek tak on může dostat takzvané delírko a co teď? Ted' máme strach, aby pacient si neublížil, protože on může spadnout z té postele, proto se musí i přikurtovat kolikrát a ta péče o ošetřování té zlomeniny je daleko komplikovanější a horší. Nebo on při tom svém stavu si může tu sádru sundat, já nevím může si schválně nebo ještě víc ublížit. Je to problém s těma pacientama na oddělení, protože jednak ruší i klid, ruší klid na pokoji. Ostatní pacienti nemůžou spát, kteří by potřebovali spánek. Prostě dělá nepořádek. Stává se, že někdy i ti pacienti, prostě jsou v takovém stavu, že nám utíkají z pokoje. Stalo se nám, že pacient tam napadl sestřičky, vytloukl sklo ve dveřích, okna, počítače. Všechno zničil a teď co s tím, že. Počítače potřebujeme hned, teď jsme na nich závislí, a co můžem dělat. Co si na takovém pacientovi vezmeme. Až vystřízliví, tak on se pak kaje, ale co. To už je pozdě.*

*Pa – ti alkoholici nedodrží ani léčebný režim. Ani léčebnou péči. Ty náklady na tu péči ...*

*Mi – mnohdy to jsou jakoby vyhozené peníze. Prostě se udělá nějaká operace, za velké peníze a pak nedodrží to co má. To zničí naši práci. To není dobrý pocit z toho.*

*Ma – nechodí o berlách, když má, stoupá na sádru. Sádru zničí.*

*A – Takže potom ta zlomenina se nehojí dobře, nehojí se a pacient potom musí na operaci .*

*Pa – doba léčení se prodlužuje. Neschopnost pracovní se prodlužuje.*

*Ma – mnohdy až k invalidnímu důchodu.*

*Mi – a je to problém, že oni sice můžou být opití, tak samozřejmě v té fázi, když jsou opití, to nechápou. Ale někteří ti chroničtí alkoholici, tak ti už mají tak mozky vypité, že už to nechápou ani, když nejsou vysloveně opilí. Tak se prostě s nimi nedá domluvit za žádných okolností.*

*A - Takže léčba se prodražuje, prodlužuje a výsledek je takový třeba, že pacient se kolikrát na tu nohu ani pořádně nepostaví.*

*Pa– přibývá, přibývá i těch mladých, i dětí opilých. Jinak hlavně o svátcích. Na Štědrý den přibývá lidí, kteří jsou opilí, kteří přichází v noci na ošetření.*

*Ma – což nikdy nebyvalo. Vždycky se světil Štědrý den. A teď děti po Štědrém dni odcházejí do hospody. A potom jsou na urazovce, protože to... A hladina promile alkoholu v posledních letech velice stoupla, protože dřív, když měli 3 – 4 promile, už byli opilci úplně tvrdí. A teď má někdy 5 promile a ještě se postaví na nohy.*

*Pa – a ta práce s nimi je někdy taková horší a obtížná, a stejně si musíme zachovávat takovou tu profesionální tvář a snažit se to nějakým způsobem přestát, překonat. A taky proto, že stížností pořád přibývá.*

*Ma – a nejhorší je, když s takovým opilým přijde jako doprovod skupina dalších opilých, kterým se nezdá péče vaše dobrá.*

*Pa – jsou arogantní*

*Mi – myslím, že mnohdy ten opilec má mnohdy větší péči než normální pacient, protože v dnešní době musí být člověk opatrný a nesmí si dovolit nějaké pochybení. A u těch opinců se to pochybení může udělat raz dva. Když člověk neví ,jestli se chová tak jen proto, že je opilý, a nebo má nějaké vážnější poranění. Tak skoro každý opilec už má udělané cétéčko, rezonanci.*



*A normální člověk někdy na ty vyšetření musí čekat i měsíce. A takový opilec to má udělané několikrát do měsíce to vyšetření. Takže...*

*A – nebo ihned.*

*Mi – samozřejmě bez čekání to má. Ty pocity... Když člověk ošetřuje toho opilého pacienta, tak já nevím, kdybych si měl vybrat, tak radši ošetřuji nějakou pěknou osmnáctku než ožralého, nespolupracujícího a smradlavého, arogantního.*

*Ma – i když někdy ta osmnáctka opilá vypadá hůř, než 70 letý dědeček strážlivý.*

*MI – já jsem říkal o strážlivé osmnáctce.*

*Já – máte pocit, že je víc mužů nebo žen pod vlivem alkoholu?*

*Mi- já myslím, asi je víc mužů, ale u těch žen to možná vnímám ještě nějak hůř. Bohužel.*

*A - To stojí za to. Oni jsou víc, víc takové arogantnější, víc jsou takové spurné a nedají si poradit. A nechtějí ani, a jsou takové...*

*Ma – někdy i 70letém babičky jsou*

*A – opilé... Ale tak to se stane, každému se to stane jednou. Tak to se přejde.*

*Ma – a někdy se snažíme vyřešit bezdomovecký problém opilců tím, že je chceme poslat do azylového domu. Ale zas je problém v tom, že ani v azylových domech ani v sedárnách nepřijmou bezdomovce, když jsou napití. Ale ti naši většinou už jsou v takovém stádiu, že nejsou schopni, aby nepili, takže je nepřijmou nikde. I když třeba jsme tady měli jednoho bezdomovce, kterému rodina i ten azylový dům platila, ale on prostě bez toho alkoholu nebyl, takže ho tam nevzali. Takže, byl soustavně jenom venku, a když byla venku velká zima vždycky něco někde nahrál, třísknul sebou, zavolal si rychlou záchranku, nebo mu ji někdo zavolal. A zase ho přivezli. Takže, je takový problém, hodilo by se aspoň hangár vytopený nebo něco na úrovni té sedárny, kde by vzali prostě všechny. Kde by mohli zimu přečkávat tu noc v teple i ti co jsou napití, protože co s nima jiného.*

*Mi- U bezdomovců máte strach o své zdraví. Není výjimkou, že jsou nemocní, mají kožní defekty, tuberu, žloutenku. V zimě omrzliny.*

*A – když se rodina o ně jako, třeba po ošetření si je vezmou jako domů, tak i když se třeba za ně stydí, tak vezmou si je domů. Jenomže oni tady budou na druhý den znovu. A co s nima pak dál. A pak to rodinu už přestane bavit, protože oni sami neví, jak by jim pomohli, protože*

*kdyby ho chtěli dát na léčení, nebo zaplatit si tu protialkoholní léčbu tak pacient s tím musí souhlasit. Většinou oni s tím souhlasit nechtějí, protože nechtějí dodržovat ten léčebný režim, který tam je.*

*Já – děkuji Všem, kteří přišli a byli ochotni se se mnou podělit o své pocity.*

Psáno do notesu po ukončení nahrávání, kdy se aktéři uvolnili a začali uvolněně vyprávět:

*Ma – dříve jsem neměla žádný problém opilými pacienty. Může se to stát každému, že si někdy dá trošku více. Je to pochopitelné. Ale dnešní doba je nějaká jiná, opilců přibývá a jsou čím dál agresivnější. Asi jak jsem starší, tak to hůře nesu.*

*Pa- já nemám tak dlouhou praxi, ale už teď s tím mám problém.*

*A – má zkušenost je stejná. Máme přibližně stejnou praxi s Martinou. Asi jak je člověk mladší, tak má více pochopení a tolerance vůči opilcům. Když máte páteční nebo sobotní noční a vozí vám rychlá záchranná služba jednoho podnapilého za druhým po celou noc. Některé v doprovodu Policie ČR nebo městské policie. Předají pacienta a musí odjet k dalšímu výjezdu. A co máme dělat my. Většinou je zde jeden lékař a dvě zdravotní sestry.... To je opravdu jen pro silné povahy.*

*Ma- vidíme tu i několik příběhů lidí, kteří alkoholu propadli. Poslední dobou k nám často vozí 2 ženy přibližně stejného věku, přes 40 let. Jedna, říkáme ji Marcelka, je bezdomovkyně. Vozí ji k nám s igelitkou věcí. Když dojede, bývá celá špinavá, mokrá a páchne. Uděláme ji rentgen, zašijeme hlavu. Najdeme ze zásob čisté oblečení. Necháme ji přespat v čekárně na vozíku a ráno si jde svou cestou. Když ji tak sleduju s odstupem času, je čím dál více zanedbaná... Druhá třeba Věra, je vdaná, má 12letou dceru. Alkoholička, která se několikrát léčila na protialkoholní léčebně v Kroměříži. Vždy z léčení odejde a je doma. Pije a několikrát do měsíce je přivezena z domu napitá. Po ošetření pro ni jezdila rodina, nejčastěji manžel... Ale poslední dobou o ni nemá nikdo zájem.*

*Mi- Kolikrát, když přijdu domů po páteční nebo sobotní službě, tak si jdu lehnout. V hlavě se mi promítá, co se stalo. Přemýšlím, jestli jsem udělal všechno, jestli jsem na něco nezapomněl. Kolikrát nemůžu usnout.*

*A -Taky mívám potíže se spaním po noční. Jsem přetažená, někdy i našťvaná a vytočená na toho či onoho opilce.*

*Pa- Když je jich hodně po sobě, pokazí mi náladu a začínám být nervózní. Pořád zvýšené úsilí při jejich ošetřování, ostražitost, nic nepřehlédnout.*

*Ma- Tím, že jich přibývá, je to náročné...Někdy nám je jich líto a zejména bezdomovcům se snažíme pomoci. Necháme je přenocovat v čekárně, dáme jim suché oblečení a v mrazech uvaříme i čaj. A pak mám vztek, že jsme to udělali, protože když opustí čekárnu, zůstane po nich jen nepořádek, papíry, prázdné obaly...*

*A-Je fakt, že pokud jich je mnoho, někdy upadám do apatie. Ošetříme je, pošleme je domů nebo na oddělení a nepřemýšlím o nich. Je mi to jedno.*

*Mi- agresivní a ještě opilý pacient Vás snadno vytočí. Nesmíte se nechat, musíte udržet klid, ale vře to ve mně. Dá to hodně práce ovládat. Musíte se ovládat a být klidný, protože jinak vás ten člověk vykolejí a vy se nesoustředíte a snadno uděláte chybu.*

*Ma – Někdy si říkám, že ze mě bude abstinents. Když to vidím, je mi z toho zle. Nejhorší je ten pocit bezmoci. Nic s tím neuděláte. Lidé pijí čím dál víc. Mají k tomu své důvody. Jen ty následky a lidi, kteří na to doplácí, ať už zdravotníci nebo ostatní pacienti. Přemýšlím, že bych i odešla někam jinam. Ale pak si řeknu, že tu jsou i hodní a vděční pacienti, a zůstávám....*

*A-Znám kolegyni, která se nevrátila na naše oddělení z mateřské dovolené, protože nemohla pracovat s opilcema. Vadili jí natolik, že raději šla na jiné oddělení.*

*Pa- I pokud Vás opilý pacient vyvede z míry, musíte se chovat slušně a profesionálně k dalším pacientům. Rychle musíte vydýchat nahromaděný vztek i zlost, a pokračovat v ošetřování střízlivých pacientů.*

*Mi- Pokud se takový pacient chová nevhodně v čekárně, snažíme se omluvit čekajícím lidem. Snažíme se o to, aby pacient pod vlivem alkoholu byl v čekárně jen po nezbytně nutnou dobu a převezeme ho do ambulance.*