

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SYNDROMEM
ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Bakalářská práce

ROMANA FUCHSOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 31. 3. 2010

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 10. 3. 2010

.....

Romana Fuchsová

ABSTRAKT

FUCHSOVÁ, Romana. *Ošetrovatelská péče u pacienta se syndromem závislosti na alkoholu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce Mgr. Milena Vaňková. Praha. 2010. s 45.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u nemocného se syndromem závislosti na alkoholu na příjmovém psychiatrickém oddělení. Celá práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá alkoholem samotným, jeho účinky, jeho návykovostí. Popisuje stručně diagnostiku poruch způsobených užíváním alkoholu a nastiňuje lékařskou a ošetrovatelskou péči u nemocného se syndromem závislosti na alkoholu. Obsažena je také nezbytná edukace nemocného. Empirická část je zpracována formou kazuistiky a zaměřuje se na ošetrovatelskou péči u konkrétního nemocného trpícího syndromem závislosti na alkoholu. Nejprve seznamuje s nemocným v obecné rovině, následně popisuje ošetrovatelský proces realizovaný u tohoto nemocného, a to ve všech jeho fázích. Zahrnut je tedy sběr dat, plánování, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče, která byla zaměřena na hladké zvládnutí odvykacího stavu a budování sebeúcty a motivace k následné odvykací léčbě.

Klíčová slova: Alkohol. Edukace. Komunikace. Odvykací stav. Syndrom závislosti.

SUMMARY

FUCHSOVÁ, Romana. *Nursing care of a patient with alcohol addiction syndrome*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., degree of qualification: bachelor. Consultant: Mgr. Milena Vaňková. Praha. 2010. 45 pages.

The bachelor thesis describes the nursing care of a patient with alcohol addiction syndrome on an acute psychiatric admission unit. The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the alcohol itself, its effects, its addictiveness, followed by a description of the diagnosis of disorders caused by alcohol use, outlining medical and nursing care in a patient with the syndrome of alcohol dependence. It also includes the necessary education of the patient. The empirical part is processed through case study and focuses on nursing care of a particular patient suffering from alcohol dependence syndrome. After a general introduction of the patient, it describes the nursing process implemented for this patient, in all its phases. Included is data collection, planning, implementation and evaluation of nursing care, which focused on the smooth management of the withdrawal syndrome and positive outcomes that enabled building self-esteem and motivation to subsequent maintenance treatment.

Key words: Addiction syndrome. Alcohol. Communication. Education. Withdrawal syndrome.

PŘEDMLUVA

V souvislosti se zrušením oboru Psychiatrická sestra na českých vyšších odborných a vysokých školách se značně ztížila cesta zdravotníka, který má zájem se uplatnit v psychiatrické péči. V dnešní době přijímají psychiatrická zařízení převážně všeobecné sestry / všeobecné ošetřovatele, jejichž znalosti oboru psychiatrie jsou obvykle pouze bazální, a jsou tedy nuceni získávat zkušenosti až při výkonu svého povolání. S nemocnými závislími na alkoholu se často setkají i sestry a ošetřovatelé na somatických odděleních. Právě zmiňovaným pracovníkům, jakož i studentům zdravotnických škol, je určena tato práce, a to ve snaze shrnout problematiku závislosti na alkoholu do uceleného a přehledného celku, který by jim byl pomůckou při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Výběr tématu práce byl ovlivněn především studiem oboru Všeobecná sestra, zájmem o psychiatrii a výkonem práce sestry na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Podklady pro práci byly čerpány převážně z knižních pramenů, ale za účelem snadné aplikace v klinické praxi obsahuje práce mnoho vlastních zkušeností autorky a jejích kolegů.

Touto cestou děkuji Mgr. Mileně Vaňkové za její odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také svým kolegům z Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze za poskytnutí rad a zkušeností z jejich mnohdy dlouholeté praxe v oboru psychiatrie.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Alkohol	10
2 Účinky alkoholu.....	11
2.1 Alkohol a závislost.....	13
2.2 Alkohol a rizikové chování.....	14
3 Diagnostika	15
4 Péče na akutním psychiatrickém oddělení.....	18
4.1 Příjem pacienta	19
4.2 Medicínský management	20
4.3 Ošetrovatelský management	21
4.4 Edukace.....	24
EMPIRICKÁ ČÁST	26
5 Kazuistika	26
5.1 Příjem nemocného	27
5.2 Ošetrovatelská anamnéza podle modelu M. Gordonové	29
5.3 Plánování, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.....	32
5.4 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče při dimisi nemocného.....	41
ZÁVĚR	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

cm	centimetr
GMT	gamaglutamiltransferáza
i.m.	intramuskulárně
inj.	injekční
i.v.	intravenózně
kg	kilogram
kol.	kolektiv
MKN.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
ml	mililitr
p.o.	perorálně
př. n. l.	před naším letopočtem
s.	strana
tbl.	tableta
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice Praha
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Ordinovaná medikace v den příjmu nemocného na oddělení..... 27

Tabulka č. 2 – Fyziologické funkce a fyzické parametry nemocného při přijetí na oddělení..... 27

ÚVOD

Alkohol je silně návykovou drogou, jejíž nebezpečnost spočívá v tom, že je snadno dostupná, je legální a její užívání bývá úzce spojeno se společenským životem.

V době, kdy především mezi mladými lidmi je nemoderní ten, který nepije, je pro společnost značně složitě čelit nebezpečí, které z konzumace alkoholu plyne. Česká republika zaujímá rok co rok přední místa ve spotřebě čistého alkoholu na jednoho obyvatele. Je tedy zřejmé, jaký společenský a finanční dopad nutně nese tato skutečnost s sebou. Alkohol je často příčinou ztráty zaměstnání, rozpadu rodiny, bezdomovectví nebo kriminální činnosti. Léčba pacienta, jehož zdravotní problémy vznikly v souvislosti s konzumací alkoholu, může být velmi zdoluhavá a finančně náročná. Pro dobré fungování společnosti a ekonomiky státu je tedy v zájmu všech občanů snažit se o prevenci vzniku závislosti na alkoholu, a tím eliminovat i její závažné důsledky.

V případě, že primární prevence, jejímž úkolem je předcházení vzniku choroby, nebyla dostatečně efektivní a porucha způsobená konzumací alkoholu již vznikla, přichází na řadu prevence sekundární, jejímž cílem je předcházet komplikacím a přechodu do chronicity. Takovýmto stádiem nemoci se zabývá tato práce. Popisuje péči o nemocného se syndromem závislosti na alkoholu ve fázi odvykacího stavu a těsně po jeho ústupu. Nemocný má šanci na úplné uzdravení, neboť poškození organismu není zatím natolik závažné, ale bez odborné pomoci je vývoj tímto směrem velmi nepravděpodobný. Nemocný se syndromem závislosti na alkoholu potřebuje vždy psychiatrickou péči, kterou má za úkol nastítnit právě tato práce.

Ošetrovatelská péče o pacienta se syndromem závislosti na alkoholu může být rozmanitého charakteru v rovině fyzické, psychické a sociální a vyžaduje specifické znalosti a schopnosti ošetrovatelského personálu. Na akutním psychiatrickém oddělení se péče orientuje v prvních dnech hospitalizace na léčbu a prevenci komplikací odvykacího stavu, ve dnech následujících je cílem úsilí zdravotníků navrácení schopnosti sebezpečí a změna postoju k životnímu stylu. Nedílnou součástí kvalitní péče je poučení nemocného o alkoholu, jeho škodlivém užívání, závislosti, komplikacích, léčbě apod. Snažíme se přesvědčit nemocného k účasti na léčbě a motivovat ho k následné léčbě odvykací. Tento proces je vždy velmi náročný jak pro nemocného, jeho nejbližší, tak i pro zdravotníky, neboť léčba je zdoluhavá a recidivy bývají časté.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol

Za alkoholický nápoj pokládáme každý nápoj, který obsahuje více než 0,75% alkoholu, neboli etanolu (Salač, 1996, s. 171). Etanol, chemicky C_2H_5OH , je jednoduchá molekula, která vzniká kvašením cukrů.

Účinky etanolu na lidský organismus poznali lidé zřejmě již ve starověku. Zmínku o něm nacházíme již v Eposu o Gilgamešovi, který pochází z 3. – 4. tisíciletí př. n. l. Také na hliněné tabulce pocházející z roku 2200 př. n. l. je uveden předpis lékaře na přípravu medicínálního vína. Čistý alkohol byl poprvé získán až v 11. století našeho letopočtu na jihu Itálie. Dostal název „al kuhul“, což je arabský výraz pro „něco nejlepšího“. Použití alkoholu v medicíně dokládají některé práce starověkých lékařů, jako například proslulý Kánon medicíny autora Ibn Síny (Avicenny). Autoři popisují úlevu pacientů po přiložení vínových obkladů na poranění, ale také zmírnění bolesti při samotném požití alkoholického nápoje. Důležitou roli v rozmachu užívání alkoholických nápojů sehráli také různí bylinkáři, lidoví felčari a čarodějové, kteří se předháněli v přípravě tinktur a odvarů z rostlin (Šedivý; Válková, 1988, s. 22).

Alkohol zdánlivě usnadňoval lidem život. Vívali jeho účinky, při kterých se jejich nálada měnila v lepší, veselejší, snadnější bylo sblížení, pocit sounáležitosti, problémy se po požití sklenky moku nezdály již tak nepřekonatelné. Tímto svým působením alkohol svádí člověka ze správné cesty dodnes.

Ve statistice z roku 2008 se uvádí, že spotřeba alkoholu v České republice se pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele, přičemž nadměrně konzumuje alkohol asi jedna čtvrtina všech mužů a asi jedna desetina žen (Kalina a kol., 2008, s. 341). Na tomto se dozajista podílí i naše kulturní tradice a dědictví, což dokazuje dlouhodobé celosvětové prvenství České republiky ve spotřebě piva.

2 Účinky alkoholu

Přestože i jiné způsoby aplikace jsou možné, obvykle je etanol přijímán perorálně. Požitý alkohol se vstřebává sliznicí trávicího systému do krve velice rychle. Proto autoři mluví raději o difúzi etanolu nežli o absorpci. Etanol samozřejmě difunduje na více místech naší trávicí soustavy. Vstřebávání začíná už v ústech, avšak aby se vstřebávání touto cestou nějak projevilo, museli bychom nechat alkohol v ústech delší dobu. Etanol vstřebaný tímto způsobem tedy zanedbáváme a hovoříme jen o difúzi sliznicí žaludeční stěny a sliznicí tenkého střeva. Přes stěnu žaludku proniká asi 20% požitého alkoholu. Sliznicí tenkého střeva etanol difunduje rychleji. Jde o zbylých 80% exogenního etanolu. Jakmile se etanol v trávicím traktu vstřebá, je distribuován krevní cestou do vzdálených míst. V krvi dojde podle Novotné a kol. k nejvyšší hladině alkoholu za 30 až 60 minut po jeho požití a za 90 minut je jeho distribuce v organismu úplně ukončena. Nejvyšší koncentrace alkoholu tedy vzniká v nejlépe prokrvených orgánech. Výjimku tvoří játra, která pro vysoký obsah jaterní alkoholdehydrogenázy rychle mění alkohol na jiné metabolické produkty. Vylučování alkoholu probíhá právě především oxidací v játrech, méně se alkohol vylučuje v nezměněné formě močí, potem a dýcháním. Při biodegeneraci alkoholu v játrech vzniká meziprodukt acetaldehyd, který je hlavním podkladem somatického poškození organismu při alkoholismu (Kalina a kol., 2003, s. 152; Novotná a kol., 1989, s. 16).

Z klinického hlediska je významné působení etylalkoholu na vnitřní prostředí organismu. Etylalkohol způsobuje např. snížený pohyb natria, kalia, snížený pohyb kalcia a ztížení jeho vazby. Toto je velmi závažné, protože kalciový iont se podílí na vzniku energie potřebné například pro kontrakční mechanismy, a je tedy nezbytný pro mechanickou aktivitu myokardu. Z toho vyplývá nezbytnost pečlivého sledování hladiny iontů v krvi a jejich případné hrazení.

Dalším nepříznivým působením alkoholu je jeho vliv na metabolismus cukrů, tuků a bílkovin. Inhibována je například oxidace mastných kyselin s následnou zvýšenou tvorbou triglyceridů, které mohou mít za následek vznik steatózy jater. Změněny mohou být také hladiny cholesterolu, které mají vztah ke vzniku aterosklerózy. Ze souboru jaterních enzymů nám jako marker nadužívání alkoholu nejlépe poslouží gamaglutamiltransferáza (GMT), jejíž náhlé zvýšení u abstinujícího

pacienta může vést k podezření na recidivu. Poruchy metabolismu cukrů odhalíme vyšetřením glykémie. Stav může být natolik závažný, že vznikne alkoholové hypoglykemické koma. Svoji typickou křivku má glukózo-toleranční test. Porucha metabolismu bílkovin se projeví například poklesem albuminu v elektroforéze krevních bílkovin. Dalším projevem může být pokles koagulačních bílkovin, který zjistíme Quickovým testem.

Změny můžeme pozorovat i v ledvinném souboru, kde bývá obvykle zvýšený kreatinin a kyselina močová. Toto bývá spojeno i s proteinurií.

V hematologickém vyšetření krve najdeme obvykle především zvětšení objemu červených krvinek, prodloužení doby srážlivosti a prodloužení doby krvácivosti.

Všechny výše uvedené poznatky by se měly odrazit v péči o pacienta s diagnózou z kategorie F10 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, a to jak na somatickém, tak na psychiatrickém oddělení.

Působení etanolu závisí na vrozené i získané toleranci organismu, na fyzických předpokladech jedince, dávce, časovém rozložení jednotlivých dávek, plnosti žaludku, charakteru, teplotě alkoholického nápoje atd. Proto je dávkování relativní a i specialisté na tuto problematiku se zdráhají hovořit o jakési „zdravé denní dávce alkoholu“.

Klinický obraz intoxikace alkoholem zpravidla odpovídá dávce a jeho vývoj dělíme do několika stádií (Kalina a kol., 2008, s. 133):

- a) Stádium excitační neboli euforické, které nastává při hladině 0,5-1,0 promile alkoholu v krvi. Objevuje se euforie, mnohmluvnost, ztrácí se zábrany, zvyšuje se sebevědomí, zhoršují se kognitivní funkce.
- b) Stádium hypnotické odpovídá hladině alkoholu v krvi přibližně 1-2 promile, kdy nastávají poruchy rovnováhy a koordinace, ztráta sebeovládání, výrazné prodloužení reakcí a zhoršení kognitivních funkcí, případně podrážděnost.
- c) Stádium narkotické se objeví při hladině alkoholu v krvi přibližně 2-3 promile, projeví se těžkou poruchou koordinace, zmateností, spavostí, počínají známky poruchy dechového a oběhového centra, postižený má studenou kůži, hypotenzi, hypotermii, tachykardii, zpomalené a povrchové dýchání a přechází do hlubokého spánku.

- d) Stádium asfyktické pozorujeme při hladině alkoholu v krvi přibližně 3,5-5 promile. Postižený upadá do hlubokého bezvědomí až komatu, vyhasínají reflexy, objevuje se cyanóza, nejzávažnějším důsledkem je smrt v souvislosti s centrálním selháním dýchání a oběhu.

Hladiny alkoholu v krvi, při kterých nastávají výše uvedená stádia a příznaky jsou velmi individuální a závisí především na stupni tolerance organismu k alkoholu.

2.1 Alkohol a závislost

Novotná a kol. popisuje závislost jako „stav, kdy vztah mezi drogou a jejím uživatelem dospěl do takového stupně, že uživatel pociťuje její nedostatek duševně nebo tělesně nepříjemně. Je to vztah, mezi člověkem a drogou, kdy člověk tuto drogu nutně ke své existenci potřebuje, vůči droze je nesvobodný, je drogou zotročen“ (Novotná a kol., 1989, s. 11).

Rozlišujeme závislost psychickou a závislost fyzickou.

Psychická závislost se projeví přáním drogu užít pro navození příjemného stavu nebo pro zabránění nástupu nepříjemných stavů. Pokud závislý drogu nemá, objeví se poruchy nálady a chování, podrážděnost až agresivita nebo naopak apatie a tupost.

O vzniku psychické závislosti bylo sestaveno mnoho teorií. V minulosti to byly především krajně pojmány model morální, model sociální nebo model úzce medicínský, zatímco dnes hovoříme o komplexním modelu bio-psycho-sociálním. V lékařských kruzích zabývajících se jeho biologickou složkou se za posledních 15 let jednoznačně prosadil model neurobiologický. Tento model v současnosti vychází z dopaminové hypotézy, která se opírá o poznání určitých struktur mozku označovaných jako systém odměny a zkoumá vztah mezi stavem libosti a výdejem dopaminu a jiných chemických látek v tomto mozkovém systému (Kalina a kol., 2000, s. 25).

Fyzická závislost vznikne při delším zneužívání návykové látky, kterou za danou dobu zařadil organismus do své látkové výměny. Pokud se organismu této látky náhle nedostává, objeví se odvykací příznaky a hovoříme o tzv. odvykacím stavu (Novotná a kol., 1989, s. 11).

Odvykací příznaky se projeví s různou intenzitou podle charakteru návykové látky, množství a době, po kterou byla užívána. Alkoholový odvykací stav začíná obvykle několik hodin po ukončení pití, zpravidla pak vrcholí druhý den abstinence a odeznívá do 5 dní. Odvykací příznaky při závislosti na alkoholu mohou být zvýšené pocení, kolísání krevního tlaku a srdečního pulsu, zvýšená tělesná teplota, pocity tepla a chladu, výrazný třes, nechutenství, zvracení, poruchy vyprazdňování, poruchy rovnováhy, bolesti hlavy, desorientace, psychomotorický neklid, halucinace, zmatenost, spavost nebo naopak poruchy spánku, svalové záškuby, epi paroxysmy, záchvaty křečí (Kalina a kol., 2008, s. 134).

Nejzávažnější formou odvykacího stavu je delirium, nazývané u osob závislých na alkoholu delirium tremens pro typický třes těchto pacientů. Jedná se o stav narušeného vědomí, a to ve své kvalitě. Nemocný je zmatený, desorientovaný, má poruchy vnímání, bludy, je neklidný, agitovaný. Tento stav je obvykle provázen také výraznými tělesnými poruchami, tedy vyžaduje častou monitoraci fyziologických funkcí a odpovídající léčbu.

V základní terminologii rozlišujeme (Kalina a kol., 2008, s. 53):

- a) úzus psychoaktivní látky, což je jednorázové nebo opakované užití látky, které nevede k žádnému příznačnému poškození uživatele;
- b) abúzus psychoaktivní látky, neboli její škodlivé užívání, kde již pozorujeme tělesné, psychické nebo interpersonální poškození;
- c) syndrom závislosti na psychoaktivní látce, jehož symptomy a diagnostika budou probrány v kapitole 3.

2.2 Alkohol a rizikové chování

Akutní intoxikace alkoholem a jím podmíněné jednání může vést k tzv. rizikovému chování. Jeho důsledkem může docházet k nehodám a zraněním v souvislosti s řízením motorových vozidel, obsluhou strojů, agresivním chováním či pouhým přecenením svých schopností a možností. Rizikovým chováním podmíněným alkoholem mohou být i nechráněné sexuální aktivity s hrozbou nákazy sexuálně přenosnými chorobami či tendence k experimentování s jinými návykovými látkami.

3 Diagnostika

Syndrom závislosti na alkoholu řádíme podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN–10 do kategorie F10 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu. Syndrom závislosti přímo definuje kategorie F10.2, která tuto poruchu popisuje jako „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (MKN, 2000, s. 86).

Někdy není snadné přesně stanovit, o jakou poruchu z kategorie F10 se jedná. Definitivní diagnóza syndromu závislosti by se měla podle Mezinárodní klasifikace nemocí stanovit pouze tehdy, splňoval-li pacient během posledního roku tři a více z následujících kritérií (MKN, 1992, s. 75):

- a) „Silná touha nebo pocit pužení užívat látku;
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky;
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami;
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.“

Příčiny vzniku alkoholismu jsou komplexní, bio-psycho-sociální, jak již bylo popsáno v kapitole 2.1. Nepodařilo se dokázat, že by se některý z faktorů spolehlivě a obecně podílel významněji než faktory jiné.

Onemocnění alkoholismem má obvykle svou formu. Nejčastěji se v literatuře setkáme s klasickou Jellinkovou typologií, která rozlišuje 5 forem abúzu, respektive závislosti na alkoholu. Kalina a kol. ji ve své monografii popisuje takto (Kalina a kol., 2003, s. 151):

- a) Typ alfa, neboli problémové pití, kdy nemocný užívá alkoholu za účelem potlačení tenze, úzkosti, smutku, často pije o samotě.
- b) Typ beta, neboli společenské pití, kdy nemocný užívá alkoholu ve společnosti, pití má kulturní charakter a mívá somatické následky.
- c) Typ gama, neboli anglosaský typ, který jasně preferuje pivo a destiláty. Charakteristické jsou poruchy kontroly pití, zvyšování tolerance k alkoholu a s tím spojená progresivní konzumace. Bývá tělesné i psychické postižení, psychická závislost dominuje nad fyzickou.
- d) Typ delta, neboli románský typ, preferuje víno, a to většinou denně. Nemocný si trvale udržuje hladinu alkoholu v krvi, bývá bez výrazných projevů opilsti. Obvykle dominuje fyzická závislost nad psychickou, vyskytují se tělesná poškození.
- e) Typ epsilon, neboli kvartální piják, se vyznačuje epizodickým abúzem, pitím „v tahu“, kdy několik dní nekontrolovaného pití se střídá s týdny i měsíci úplné abstinence. Takové chování bývá často spojeno s manickou fází bipolární afektivní poruchy.

V klinické praxi se dále setkáváme s Jellinkovým popisem vývoje závislosti na alkoholu (Novotná a kol., 1989, s. 26):

- a) Stadium počáteční (iniciální), reprezentované pitím alkoholu pro dosažení příjemného stavu a nálady nebo pro odstranění nepříjemných stavů. Typické je postupné zvyšování tolerance k alkoholu, zvyšují se i dávky a frekvence, ale dotyčný se neopíjí, zůstává spíše podnapilý.

- b) Stadium varovné (prodromální), ve kterém již dochází ke stavům opilosti; tolerance, dávky i frekvence se zvyšují, piják používá silnější alkoholické nápoje, začínají se objevovat okénka, tj. amnesie v souvislosti s opilostí.
- c) Stadium rozhodující (kruciální), pro které jsou typická okénka, dotyčný pije často a hodně, má vytvořenou velkou toleranci k alkoholu, své pití nekontroluje, ale je schopný krátkodobé abstinence, která jej utvrzuje v přesvědčení, že není na alkoholu závislý. Snaží se neúspěšně pít s mírou. Svě pití racionalizuje, často konfabuluje, snaží se pomocí příslibů a omluv udržet své sociální kontakty. Přítomné jsou ranní doušky.
- d) Stadium konečné (terminální), jež se vyznačuje především konečným poklesem tolerance k alkoholu. Nemocný pije stále, a to i při naprosto nevhodných situacích. Má výrazné somatické potíže, ale jeho jedinou starostí je hlad po droze, proto se setkáme i s pitím nepoživatelné formy alkoholu (čistící prostředky s obsahem alkoholu apod.). Jeho sociální zázemí se již rozpadlo, těžkou situaci často řeší kriminální činností.

Diagnostika syndromu závislosti na alkoholu se v klinické praxi skládá z klinického obrazu, celkového vzezření, anamnestických dat, ve kterých lékař pátrá po psychiatrických onemocněních v rodině, nynějších onemocněních pacienta, sociálním zázemí, pracovním zařazení atd. Důkladně by měly být rozebrány minulé i současné abúzy návykových látek, data by měla obsahovat množství a frekvenci dávek, údaj o tom, jak dlouho abúzus přetrvává, jakými látkami je tvořen (jaké alkoholické nápoje pacient pije a při jakých příležitostech). Pátráme po alkoholických okénkách, ranních douškách, bažení, třesech, prodělaných záchvatech křečí, úrazech (spojených s opilostí i jiných). Ptáme se i na kriminální anamnézu a samozřejmostí je anamnéza alergická. Prvotní vyšetření provází i orientační fyzikální vyšetření, ve kterém lékař pátrá především po zraněních, defektech na kůži, neurologických obtížích; stupeň postižení organismu odhalí odběry krve (obvykle vyšetření biochemické a hematologické) a kvalitativní vyšetření moči. Příjmové vyšetření obvykle doprovází i zjištění aktuální alkoholémie. Důležitou roli hraje psychologické vyšetření, ve kterém odborník popíše premorbidní osobnost nemocného, jeho současný duševní stav, přítomnost přidružených duševních poruch, motivaci ke spolupráci apod.

4 Péče na akutním psychiatrickém oddělení

Nemocný se syndromem závislosti na alkoholu je obvykle přijímán na akutní psychiatrické oddělení pro zvládnutí odvykacího stavu a vybudování motivace ke spolupráci a následné odvykací léčbě. Pokud je jeho somatický stav závažný, je možné požádat o přeložení na interní či metabolickou jednotku, ze které se pacient obvykle vrací zpět na psychiatrické oddělení, a to jakmile je po tělesné stránce dostatečně stabilizován.

Péče má být komplexní, tedy bio-psycho-sociální a ihned po úspěšné detoxikaci by měla být jako základní metoda zahájena režimová léčba, a to již na akutním psychiatrickém oddělení. Zapojování do aktivit a režimové léčby má být postupné, neboť se snažíme o znovunabytí sebedůvěry, budování návyků sebezpečí a sociálních a jiných dovedností.

Často se setkáváme s pacienty, kteří nemají na své pití náhled. Jsou přesvědčeni o tom, že mají své pití pod kontrolou nebo si nejsou vůbec vědomi toho, že alkohol ve zvýšené míře pijí. V takovýchto případech je součástí akutní psychiatrické péče budování náhledu na tento problém. Pacientům je třeba opakovat, proč jsou hospitalizováni, že léčba je nezbytná, jaké jsou podmínky vyléčení, komplikace onemocnění atd.

Pokud to situace dovoluje, je vhodné zapojit do léčby rodinu nemocného. Rodina má být seznámena s problémem (samozřejmě za předpokladu, že tyto osoby pacient uvedl ve formuláři pro poskytování informací), má být edukována o možnostech léčby, o způsobech, jak přispět k pacientovu uzdravení. Je třeba počítat s tím, že rodinní příslušníci nemají zkušenosti s přístupem k psychicky nemocnému člověku nebo že vzhledem k potížím, které jim nemocný v souvislosti se svou nemocí přivodil, nebudou zcela ochotni pomoci. Potom je úkolem zdravotníků i práce s rodinou nemocného ve smyslu poučení a motivace ke spolupráci. Je třeba vyjádřit porozumění, při prvních kontaktech s nemocným rodině pomoci, podpořit ji v komunikaci s nemocným a objasnit, jak důležité je pro pacienta vědomí, že ho rodina úplně nezavrhlá. Při prvních návštěvách rodiny někdy stačí pouhá přítomnost zdravotníka jako někoho, na koho se mohou obě strany v případě potíží obrátit.

4.1 Příjem pacienta

Pacient se syndromem závislosti na alkoholu je na akutní psychiatrické oddělení obvykle dovezen rodinnými příslušníky, policií nebo je překládán ze somatických oddělení. Zřídka se stává, že pacient přijde sám – bez doporučení, a to proto, že si uvědomí svou závislost, případně žádá pomoc od odvykacích příznaků.

Obvyklá je realizace příjmu pacienta přes příjmovou ambulanci, kde slouží zkušená sestra a lékař vykonávající žurnální službu. Nemocný bývá vyšetřen již na ambulanci, poté lékař určí oddělení, na které se pacient přijme. Pokud je stav pacienta závažný (např. neklid, epileptický záchvat), bývá odveden či odvezen přímo na oddělení, na které předpokládáme jeho příjem, s tím, že podrobnější vyšetření provede lékař tam.

Je třeba mít na paměti, že příjem na psychiatrické oddělení je vždy pro pacienta a jeho rodinu velkou zátěží. Proto by proces příjmu měl probíhat co nejkldněji a měl by splňovat společenská pravidla. Již od počátku se snažíme v pacientovi i rodině vzbudit důvěru, pro což je nejsnazší cestou důsledná komunikace. Samozřejmostí pro sestry i lékaře má být představení se pacientovi, vysvětlení situace, seznámení s prostředím.

Lékař provede psychiatrické a orientační somatoneurologické vyšetření, rozepíše medikaci, která má být podána při příjmu, případně i medikaci následnou, a určí, na které oddělení má být pacient přijat. Sestra ověří totožnost nemocného a založí dokumentaci. Pokud není možné zjistit totožnost nemocného, oznamuje lékař toto policii. Pokud s tím pacient souhlasí, informuje lékař o hospitalizaci rodinu nemocného.

Každý pacient má být požádán o podepsání formuláře o souhlasu s hospitalizací a podáváním informací. Nemocný zde svým podpisem stvrzuje, že s hospitalizací souhlasí, určuje, zda souhlasí s péčí osob, které se připravují na své budoucí zdravotnické povolání, zda může zdravotnické zařízení podávat informace o jeho/jejím zdravotním stavu, komu a v jakém rozsahu. Součástí tohoto formuláře někdy bývá i informace o možnosti uložení cenností do centrálního trezoru daného zdravotnického zařízení. V případě, že pacient hospitalizaci odmítá, ale lékař shledá důvody nutné pro přijetí do ústavní péče, které stanoví zákon, hovoříme o nedobrovolném vstupu. V tomto případě lékař vyplňuje tzv. „Hlášení o přijetí do ústavní péče bez souhlasu

nemocného“ a odesílá toto k příslušnému obvodnímu soudu, a to nejpozději do 24 hodin od přijetí pacienta.

Po příjmu na psychiatrické oddělení bývá zvykem ukázat pacientovi lůžko, převzít cennosti a nebezpečné předměty. Poté sestra provede fyzikální vyšetření, změní fyziologické funkce, výšku, váhu a zhodnotí fyzické a psychosociální potřeby pacienta. Celý tento proces musí být doprovázen důslednou komunikací, která je zároveň nástrojem získávání informací. Z vlastní zkušenosti vím, že mnoho pacientů se svěří se svými pocity a obavami při přijímacím procesu raději sestře než lékaři. Pokud to situace dovolí, má být pacient neprodleně seznámen s oddělením, má být představen pacientům, se kterými sdílí pokoj (při příjmu v noci toto minimalizujeme, ukazujeme např. pouze toaletu a sesternu, o zbytek požádáme denní službu). Sestra podá léky dle ordinace lékaře, odebere biologický materiál na vyšetření, odebere ošetrovatelskou anamnézu a průběžně monitoruje stav nemocného.

Při příjmu pacienta se syndromem závislosti na alkoholu máme na paměti fakt, že nemocný může být zmatený, může mít poruchy myšlení, vnímání, soustředění a paměti a zároveň je ohrožen křečovými stavy a rozvojem odvykacího stavu. Pokud máme tu možnost, volíme tedy pro nemocného takové lůžko, na kterém bude možnost pacienta zvýšeně sledovat a zároveň lůžko dobře dostupné pro personál i pacienta. V praxi se dobře osvědčilo umísťovat na jednotlivé pokoje nemocné s různými poruchami, neboť mají poté tendence si vzájemně pomáhat.

4.2 Medicínský management

Medicínský management se skládá především z úvodního vyšetření, stanovení diagnózy, plánování a realizace léčby, prevence komplikací a doporučení k následné léčbě. Začíná tedy příjmem nemocného na oddělení a končí jeho propuštěním. Jeho součástí je i práce s rodinou nemocného.

Pacient se syndromem závislosti na alkoholu je v prvních dnech hospitalizace ohrožen především rozvratem vnitřního prostředí a rozvojem odvykacího stavu. Lékařské intervence tedy směřují k zabránění těmto komplikacím. Krátce po příjmu pacienta na oddělení lékař obvykle předepíše odběr krve na hematologické a biochemické vyšetření a odběr moči na kvalitativní vyšetření, přímo na oddělení vyšetřujeme hladinu glukózy v kapilární krvi. Terapeutické intervence se odvíjejí

od výsledků těchto vyšetření a od klinického stavu nemocného. Prodělal-li nemocný v posledních dnech v rámci ebriety či mimo ni nějaký úraz, bývá indikováno cílené vyšetření lékařem specialistou, a to někdy včetně vyšetření pomocí zobrazovacích metod. Zjistí-li se ve výsledcích krve závažné změny nebo trpí-li nemocný dekompenzovaným tělesným onemocněním, konzultuje toto psychiatr obvykle s internistou či jiným specialistou.

Pro zvládnutí odvykacího stavu a jako prevence křečí bývají léky první volby benzodiazepiny (Diazepam, Apaurin), a to zpočátku ve vysokých dávkách, které se pozvolna snižují. Nejvyšší dávka je zpravidla podávána na noc. Při velkém psychomotorickém neklidu a masivních halucinacích je možné podat klomethiazol (Heminevrin), který ovšem může potencovat účinek látek tlumících centrální nervovou soustavu (alkoholu a benzodiazepinů). Proto je při podávání klomethiazolu nutné upravit dávky jiných léků a nemocného zvýšeně sledovat. Pokud intenzita příznaků není příliš velká, může být ordinováno neuroleptikum Tiaprid (Tiapridal). Úprava minerálního prostředí a dostatečná hydratace je zpravidla zajištěna infuzní terapií. Další příznaky odvykacího stavu léčíme symptomaticky, tedy při vzestupu tělesné teploty jsou zpravidla ordinována antipyretika (např. Paralen), při vzestupu krevního tlaku hypotensiva (např. Tensiomin), při úporném zvracení antiemetika (např. Torecan) atd. Lékař rozhodne o tom, jaké léky budou konkrétnímu pacientovi podány, v jakých dávkách, formách a jakou cestou.

Někdy je nezbytné nemocného pro zmatenost a dezorientaci omezit v pohybu (za účelem prevence pádu a zranění), což musí být indikováno lékařem a pečlivě zdokumentováno.

4.3 Ošetrovatelský management

Sestry plní v komplexní péči o pacienta se syndromem závislosti na alkoholu důležitou úlohu. Sestry tráví s nemocným na oddělení nejvíce času, doprovázejí ho od příjmu až do propuštění. Jejich úlohou je kromě jiného monitorovat stav nemocného, posoudit a pomáhat naplňovat jeho potřeby, vytvářet prostředí vhodné pro léčbu, vhodně komunikovat, plnit ordinace lékaře, vést nemocného k znovunabytí samostatnosti a sebedůvěry, motivovat ke spolupráci.

Základní metodologií ošetrovatelství je podle právního řádu České republiky ošetrovatelský proces (Vyhl. č. 424/2004 Sb.). Cílem ošetrovatelského procesu je „stanovení směru a struktury poskytované ošetrovatelské péče, která odpovídá bio-psycho-sociálním a spirituálním potřebám pacienta i rodiny“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 89). Při správné aplikaci ošetrovatelského procesu do praxe ho lze využít k monitorování pokroku pacienta během hospitalizace.

Po zvládnutí procesu příjmu pacienta, který popisuje kapitola 4.1, následuje ošetrovatelská péče zaměřená na saturaci potřeb nemocného a prevenci komplikací.

Ošetrovatelský proces začíná posouzením, ve kterém se máme u pacienta se syndromem závislosti na alkoholu mimo standardní anamnestické údaje zaměřit na stav vědomí, orientaci místem, časem a osobou, hodnoty fyziologických funkcí, přítomnost halucinací a bludů, třes, problémy s koordinací pohybů, známky agrese, schopnost uspokojit své základní potřeby, riziko úrazu nebo násilí vůči sobě či okolí. V počátcích hospitalizace je nutné počítat s rozvojem odvykacího stavu, do jehož odeznění se přechodně setkáme s významně sníženou soběstačností nemocného. Po zvládnutí případné akutní intoxikace a odvykacího stavu se sestra zabývá postojem pacienta k léčbě, k sobě samému, jeho motivací k léčbě, informovaností o problému, sociálním zázemím pacienta.

Po posouzení stavu nemocného stanoví sestra problémy nemocného a definuje ošetrovatelské diagnózy. V případě nemocného se syndromem závislosti na alkoholu připadají v úvahu zejména problémy:

- interpretace okolí porušená;
- zmatenost akutní / chronická;
- myšlení porušené;
- trauma, zvýšené riziko;
- odolnost porušená;
- úzkost;
- strach;
- hypertermie;
- výživa porušená, nedostatečná;
- tělesné tekutiny, deficit;

- péče o sebe sama nedostatečná;
- život rodiny narušený: alkoholismus;
- paměť porušená;
- neznalost;
- neochota ke spolupráci;
- společenská izolace;
- adaptace porušená;
- spánek porušený;
- sebeúcta porušená.

Obecnými cíli ošetrovatelské péče u nemocného se syndromem závislosti na alkoholu jsou zejména:

- uspokojení základních životních potřeb;
- zabránění komplikacím;
- poučení nemocného a rodiny;
- vybudování náhledu a motivace nemocného k léčbě;
- dosažení optimálního zdravotního stavu.

Realizací rozumíme samotnou péči o nemocného na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz a jejich cílů. Prováděné ošetrovatelské intervence mají být řádně zapsány v dokumentaci nemocného.

Zhodnocení provádíme v pravidelných intervalech v závislosti na tom, jak je daný problém dynamický a ohrožující. Tedy např. ošetrovatelské diagnózy spojené s odvykacím stavem je nutné hodnotit denně, zatímco diagnózy spojené s motivací nemocného k následné léčbě můžeme hodnotit např. po týdnech. Při hodnocení pátráme po tom, zda byly naše cíle splněny úplně, částečně nebo vůbec. Podle toho se rozhodneme v intervencích pokračovat, zanechat jich, případně stanovit jiné problémy a cesty k jejich řešení.

4.4 Edukace

Edukace nemocného se syndromem závislosti na alkoholu a jeho rodiny je zásadní součástí kvalitní péče, má být komplexní a má odpovídat kompetencím jednotlivých členů multidisciplinárního týmu (lékaři, sestry, sociální pracovníce, rehabilitační pracovníci, psychologové).

Pro potřeby této práce se budeme zabývat edukací, kterou poskytují sestry. Jak již bylo zmíněno, edukace začíná příjmem nemocného. Již samotné uvedení pacienta do chodu oddělení je důležitou součástí edukace, zvláště vezmeme-li v úvahu, že dotyčný se ocitá ve zcela neznámém prostředí, což pro něj může být velmi stresující. Edukace tedy plní v tomto případě roli prostředku ke zmírnění úzkosti a urychlení adaptace na nové okolnosti.

V případě, že nemocný je přijímán pro odvykací stav nebo se u něj tento stav rozvine po příjmu, je třeba zahájit odpovídající intervence, jako například infuzní terapii, omezení v pohybu pro zmatenost nebo časté měření fyziologických funkcí. Toto je opět nutné nemocnému trpělivě vysvětlovat a opakovat důvody našeho počínání.

Ihned po zvládnutí odvykacího stavu bychom se v komunikaci měli zaměřit na motivaci ke spolupráci a budování náhledu na problém s alkoholem. K tomu je vhodné hovořit s nemocným nejprve o jeho sociálních poměrech, vztazích, o práci a denních aktivitách, o množství a formě požívaného alkoholu, o okolnostech, za kterých nemocný převážně pije, co díky alkoholu zanedbává apod. Takovýto rozhovor navede zdravotníka i nemocného k zamyšlení se nad příčinami a sociálními důsledky nadměrného pití a může vést k tomu, že si nemocný svůj problém uvědomí a začne spolupracovat v léčbě. Někdy proto hovoříme o tzv. rozhovoru motivačním, který vyžaduje od sestry určitou zkušenost s jeho správným vedením.

Sestra musí počítat také s tím, že někteří nemocní neznají působení nadměrné konzumace alkoholu na svůj somatický, psychický i sociální stav. Proto je dobré toto při rozhovorech zmínit a zdůraznit závažnost možného postižení. Cílem ovšem není pacienta vystrašit, nýbrž poučit ho o rizicích nadměrného pití.

Úkolem zdravotnického týmu na akutním psychiatrickém oddělení je motivovat nemocného se syndromem závislosti na alkoholu k odvykací léčbě. O této možnosti

obvykle informuje nemocného lékař, ale i sestra se na procesu motivace výrazně podílí. Nezřídka se stává, že pacient vyhledá ošetrovatelský personál a ptá se na podrobnosti odvykací léčby, o které mu před tím říkal lékař. Je tedy dobré vysvětlit, jaké jsou formy této léčby, jak probíhají, po jak dlouho dobu, co musí nemocný k nástupu na léčbu splnit a především jaká jsou pozitiva rozhodnutí k léčbě nastoupit a úspěšně ji dokončit. Při této příležitosti se jeví vhodné zdůraznit fakt, že nemocný již několik týdnů nepije (otázku odvykací léčby předkládáme nemocnému obvykle od druhého týdne hospitalizace v závislosti na jeho celkovém stavu), že překonal odvykací stav a je před ním jedinečná šance zbavit se veškerých problémů, které mu alkohol přináší.

Při edukaci je vždy velmi důležité nemocného neodsuzovat, ale naopak zdůrazňovat pokroky v postojích a léčbě.

Edukace rodiny představuje především zdůraznění důležitosti spolupráce rodinných příslušníků. Cílem je zapojit rodinu do procesu léčby, motivace nemocného k abstinenci a nástupu na odvykací léčbu.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Kazuistika

Třiačtyřicetiletý pacient P. H. byl přijat k první hospitalizaci na psychiatrii po epileptickém paroxysmu při závislosti na alkoholu. Je svobodný, bezdětný, vysokoškolsky vzdělaný, pracuje jako překladatel a fotograf ve svobodném povolání, 5 let má přítelkyni. Několik měsíců před hospitalizací docházel do psychiatrické ambulance pro depresivní a úzkostní symptomatiku, před tím docházel 2 roky na psychoanalýzu, jinak v péči psychiatra nebyl. S žádným somatickým onemocněním se neléčí, prodělaná závažnější onemocnění neguje stejně jako alergie.

Dle pacienta pije sedm piv denně, asi dva roky se nepokoušel abstinovat, pil od rána, okénka měl příležitostně, ztrátu kontroly ani zvýšení tolerance nepociťoval, ranní doušky a třes připouští, ale tendence k bagatelizaci je zjevná.

Dle partnerky pivo kombinoval s vínem a tvrdým alkoholem, pil tajně, v poslední době nedokázal pracovat, měl dluhy, které za něj uhradila ona.

V prvním týdnu po příjmu byl nemocný umístěn na lůžko se zvýšeným dohledem. Výsledky krevního vyšetření odhalily zvýšení hodnot jaterního souboru a nutnost substituce některých iontů. Toto bylo realizováno infuzní terapií. Odvykací příznaky rychle odezněly, přetrvával mírný třes horních končetin, pacient byl lucidní, orientovaný, apsyhotický, asuicidální, v mírné psychické tenzi, mírně subfebrilní, krevní tlak se pohyboval okolo horní hranice normy. Lékaři prováděli postupné snižování benzodiazepinů, které pacient dobře toleroval.

K problému závislosti byl pacient zpočátku málo kritický. Byl konfrontován s tělesnými ukazateli závislosti (epileptický záchvat, hladina GMT 10,83 mmol/l) a motivován k ústavní protialkoholní léčbě, ke které byl zatím ambivalentní.

V týdnu od 11. 1. 2010 byl pacient na oddělení klidný, bez známek odvykacího stavu, lékaři snižují benzodiazepiny, nemocný rozvažuje možnosti následné léčby.

V týdnu od 18. 1. 2010 se pacient rozhodl absolvovat ústavní protialkoholní léčbu v PL Bohnice, kam mu byl sjednán nástup na 4. 2. 2010 v 11 hodin, pacient i jeho přítelkyně byli poučeni, dimitován 22. 1. 2010.

5.1 Příjem nemocného

Pacient byl přijat na oddělení překladem z neurologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice, odkud byl odeslán dle spádu pro delirantní stav u závislosti na alkoholu. Při příjmu byl klidný, spolupracující, orientovaný, byl umístěn na lůžko se zvýšeným dohledem, seznámen s oddělením, byly změřeny fyziologické funkce, podány tekutiny, odebrána krev a moč na statimová laboratorní vyšetření.

Pacient byl přeložen na naše oddělení s již zavedeným periferním žilním katétrektem v pravém předloktí, dle dokumentace ÚVN tento zaveden v den příjmu. Je funkční, uzavřen heparinovou zátkou.

Lékař podle výsledků laboratorních rozborů krve a moči ordinuje medikaci uvedenou v tabulce č. 1.

Léky:	název	dávkování	zp.aplikace	léková skupina
	Diazepam tbl. 10mg	1-1-1-1	p.o.	anxiolytika
	Kalium chloratum tbl.	1-0-2-0	p.o.	solí a ionty
	Thiabene inj.	0-1-0-0	i.m.	vitaminy
	Apaurin inj.	1 amp. při tenzi, neklidu, epi	i.m.	anxiolytika
	Dormicum 15mg tbl.	1 tbl. při nespavosti	p.o.	hypnotika
	Tensiomin 12,5mg tbl.	1tbl. při TK > 150/100	p.o.	hypotenziva
	Paralen 500 tbl.	1tbl. při TT > 37,5 °C	p.o.	antipyretika
Infúze:	1) FR 500 ml + 10 ml MgSO ₄ 20% + 20 ml KCl 7,5% i.v			
	2) FR 250 ml + 10 ml MgSO ₄ 20% i.v.			
	3) FR 250 ml + 10 ml MgSO ₄ 20% i.v.			

Tabulka č. 1 – Ordinovaná medikace v den příjmu nemocného na oddělení

Fyziologické funkce a fyzické parametry měly při příjmu nemocného hodnoty uvedené v tabulce č. 2.

TK:	135/85 Torr	D:	16', pravidelný, eupnoe
P:	88', pravidelný, dobře hmatný	TT:	36,9 °C
Výška:	174 cm	Váha:	76 kg
BMI:	25,1		

Tabulka č. 2 – Fyziologické funkce a fyzické parametry nemocného při přijetí na oddělení

Základním screeningovým fyzikálním vyšetřením sestrou nebyly zjištěny významné problémy – stoj vzpřímený, chůze stabilní, třes horních končetin,

bez zvláštností v celkovém vzhledu, přiměřené výživy, upraveného zevnějšku, kůže bez porušení, barva fyziologická, bez bolesti, afebrilní, normotenzní, eupnoický.

Nemocný je bez poruchy vědomí, což dokazuje výsledek 15 bodů v Glasgow coma scale (viz příloha A). Nemocný dosáhl 100 bodů v Barthelově testu základních všedních činností, což odpovídá nezávislosti v těchto všedních činnostech (viz příloha B). Beckova stupnice deprese neodhalila akutní depresivní fázi vyžadující okamžité intervence (viz příloha C).

5.2 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu M. Gordonové

Vnímání zdraví

Subjektivně: „Můj zdravotní stav je docela dobrý, mám psychické potíže, hlavně deprese – proto jsem taky tady, ale fyzicky se cítím zdrav. Alkohol piju, ale myslím, že závislý nejsem. Pro udržení svého zdraví nedělám nic, protože na to nemám čas. Lékařská doporučení moc nedodržuji.“

Posouzení sestrou: Pacient nemá náhled na problém závislosti na alkoholu, je si ale vědom toho, že alkohol pije, má sníženou schopnost zachování zdraví, potřebuje poučení o optimálním životním stylu a nutnosti léčby.

Výživa, metabolismus

Subjektivně: „Jím všechno, chuť k jídlu mám, jím tak 3x denně, moje váha je už několik let stejná. Zuby mám svoje, na zvracení mi nebývá. Vypiju toho hodně, doma piju hlavně pivo – tak 7 denně, tady budu pít čaj.“

Posouzení sestrou: Pacient je přiměřené výživy, bez poruch příjmu potravy. Dieta racionální. Hydratace v normě.

Vyprazdňování

Subjektivně: „Vyprazdňuji se bez problémů pravidelně, projímadla nepotřebuji. Potím se dost – hlavně v posledních dnech.“

Posouzení sestrou: Bez zjištěných poruch ve vyprazdňování moči a stolice. Zvýšené pocení v rámci odvykacího stavu nutno kompenzovat zvýšeným příjmem tekutin.

Aktivita, cvičení

Subjektivně: „Pracuji až 12 hodin denně, někdy až do pozdních nočních hodin, po práci jdu většinou do hospody. Necvičím, protože na to nemám čas a také bývám unavený.“

Posouzení sestrou: U pacienta zjišťuji problémy únava a adaptace porušená ve smyslu negativního postoje k zdravému životnímu stylu.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: „Spím dobře, asi 6 – 8 hodin denně, nepřerušovaně. Akorát mám rozházený režim, protože někdy do noci pracuji. Unavený se ale cítím pořád.“

Posouzení sestrou: Poruchy spánku snad pouze ve smyslu nepravidelného spánkového režimu nasedajícího na nevhodný životní styl, problémem je trvalá únava.

Vnímání

Subjektivně: „Jmenuji se P. H., dnes je úterý (reálně je neděle), 3. ledna, jsme na Karláku v nemocnici. Slyším dobře, brýle mám od dětství – na blízko. Paměť mám v pořádku, jen se teď špatně soustředím, ale to je asi tou únavou. Bolesti žádné nemám.“

Posouzení sestrou: vigilní, lucidní, orientován místem, osobou a datem správně, dnem v týdnu nepřesně. Deficit zraku kompenzován brýlemi. Bez bolesti. Přítomna je porucha soustředění.

Sebepojetí

Subjektivně: „Poslední dobou jsem méně schopný, mívám z toho úzkosti, nedůvěřuji si, nikdo mi nerozumí, jen chlapi v hospodě. Talent asi mám – asi umím fotit, ale jinak jsme nešika. Strach mívám hlavně z budoucnosti, máme nějaké problémy s přítelkyní a také mi poslední dobou nevycházela práce. Hněv a zlost nemám, spíš úzkosti. Smutný bývám, když se s přítelkyní pohádáme, vždyť ona je jediná, koho mám. Když jsem na tom špatně, tak jdu do hospody nebo si vezmu léky, které mi předepsala paní doktorka.“

Posouzení sestrou: Pacient při rozhovoru na toto téma viditelně úzkostný, nejistý projev, tichá řeč, přítomné jsou lítost, strach a úzkost, pozoruji porušenou sebeúctu (hádky s partnerkou, neúspěchy v práci), kterou pacient řeší únikem k alkoholu.

Role – mezilidské vztahy

Subjektivně: „Bydlím sám, domácnost zvládám, s partnerkou se vídám asi 4x do týdne, poslední dobou jsme se hodně hádali, a to mě pak vždycky mrzí. Z rodičů mám pouze matku, se kterou 5 let nekomunikuji – to je na dlouhé vyprávění,

sourozence nemám. Přítelkyně ví, že jsem tady, zítra mě přijde navštívit a donese mi osobní věci. V kontaktu s lidmi jsem často a docela rád, hlavně v práci a v hospodě, tam mi rozumí nejlépe. K lidem bývám přátelský, moje práce mě baví, ale teď to nějak nešlo.“

Posouzení sestrou: Problémem v mezilidských vztazích je porušený život rodiny, neboť pacient již 5 let nekomunikuje se svou matkou. Tento problém v tuto chvíli ale není vhodné řešit, neboť případný neúspěch ve snaze o navázání kontaktu by mohl být zdrojem dalších nežádoucích psychických obtíží. V oblasti práce a sociálních vztahů se pacient dostává do situací, kdy zvládnutí jeho rolí je vlivem abúzu alkoholu porušeno.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Subjektivně: „Sexuální obtíže nemám, sexuální vztahy nejsou teď moc dobré, neboť se s přítelkyní hodně hádáme.“

Posouzení sestrou: Zjištěna porušená sexualita, jejíž příčina je ale spíše ve zvládnutí rolí, proto nebude řešena samostatně.

Stresové, zátěžové situace

Subjektivně: „V napětí jsem téměř pořád, je to jako elektřina ve mně. Mám stresy z problémů s přítelkyní, z práce, která mi nyní nejde, z dluhů, do kterých jsem se dostal. Snáším to špatně, mívám deprese, nevěřím si. Pomáhá mi alkohol – piju pro zklidnění, také někdy beru léky.“

Posouzení sestrou: U pacienta zjišťuji porušenou sebeúctu a neúčinné zvládnutí problémů.

Víra, životní hodnoty

Subjektivně: „Jsem ateista.“

Posouzení sestrou: Nevyžaduje spirituální podporu, bez religiózních omezení v rámci péče.

5.3 Plánování, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. I ze dne 3. 1. 2010:

Odolnost narušená, v souvislosti s odvykacím stavem při dlouhodobém abúzu alkoholu, projevující se únavou, slabostí, silným pocením, úzkostí, třesem.

Priorita: Vysoká.

Cíl: Odvykací stav proběhne bez komplikací (do 7 dnů).

Výsledná kritéria:

- Nemocný dokáže rozpoznat příznaky odvykacího stavu (do 12 hodin).
- Nemocný má stabilní tělesnou teplotu, krevní tlak a puls (průběžně).
- Nemocný je dostatečně hydratován, přijme alespoň 3 litry tekutin za 24 hodin.
- Kožní turgor a vlhkost sliznic jsou v normě (průběžně).
- Nemocný je orientovaný, bez poruch vnímání a myšlení (průběžně).

Intervence:

- Vysvětlí pacientovi příznaky abstinenčního syndromu.
- 4x denně měř tělesnou teplotu, krevní tlak a puls.
- Nabádej pacienta ke zvýšenému příjmu tekutin.
- Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře.
- Dle ordinace lékaře odebírej biologický materiál a sleduj výsledky jeho vyšetření.
- Monitoruj pacientovu orientaci místem, časem, osobou.
- Monitoruj případné změny v myšlení a chování.
- Monitoruj případné změny ve vyprazdňování.
- Sleduj kožní turgor a vlhkost sliznic.
- Podávej léky dle ordinace lékaře.

Realizace:

- 3. 1. 2010; 10.00 hodin – nemocný byl přijat na oddělení, uložen do lůžka, TK 135/85 Torr, P 88', TT 36,9 °C, napojena infúze č. 1, odebrána krev a moč na laboratorní vyšetření, podány tekutiny. Plně orientovaný, bez poruch myšlení,

patrný třes. Nemocný byl poučen o průběhu abstinenčního syndromu, poučení rozumí.

- 3. 1. 2010; 12.30 hodin – TK 140/90 Torr, P 86', TT 37,0 °C, napojena infúze č. 2, aktivně napájen, polední medikace podána, orientovaný, klidný, výrazný třes horních končetin.
- 3. 1. 2010; 13.30 hodin – napojena infúze č. 3, orientovaný, klidný, opocení, třes přetrvává.
- 3. 1. 2010; 18.00 hodin – podána večeře, ze které snědl nemocný asi jednu čtvrtinu. Večerní medikaci užil bez problémů. TK 145/95 Torr, P 78', TT 37,2 °C, přetrvává třes, orientovaný, klidný. Perorální příjem tekutin od příjmu 1600 ml, 1000 ml podáno intravenózně.
- 3. 1. 2010; 21.30 hodin – podány noční léky, TK 140/85 Torr, P 80', TT 37,2 °C, třes napřážených rukou, orientovaný.
- 3. 1. 2010; 23.30 hodin – nemocný nemůže usnout – proto podána 1 tbl. Dormicum 15 mg p.o. dle ordinace lékaře.
- 4. 1. 2010; 08.00 hodin – nemocný se nasnídal, byla podána ranní medikace, vykonal samostatně hygienu, třes dnes výrazně mírnější, TK 140/100 Torr, P 72', TT 36,7 °C, nabádán k hydrataci, napojena infúze č. 1.
- 4. 1. 2010; 12.30 hodin – nemocný poobědval, užil polední medikaci, TK 135/95 Torr, P 74', TT 36,8 °C, nabádán k hydrataci, napojena infúze č. 2. Klidný, orientovaný, spolupracuje.
- 4. 1. 2010; 14.00 hodin – napojena infúze č. 3.
- 4. 1. 2010; 14.45 hodin – poslední infúze podána, kanyla odstraněna.
- 4. 1. 2010; 18.30 hodin – nemocný se navečeřel, užil večerní medikaci, TK 135/90, P 74', TT 36,8 °C, za dnešní den vypil 1800 ml čaje, intravenózně podáno 1000 ml tekutin. Je orientovaný, klidný, spolupracuje.
- 4. 1. 2010; 21.30 hodin – podány noční léky, TK 140/90 Torr, P 76', TT 36,9 °C.
- 5. 1. 2010; 08.00 hodin – nemocný se nasnídal, provedl samostatně hygienu, podána ranní medikace, nabádán k popíjení čaje, TK 135/90 Torr, P 80', TT 36,7 °C, klidný, orientovaný, spolupracuje, mírný třes napřážených rukou.
- 5. 1. 2010; 10.00 hodin – nemocný z rozhodnutí lékaře přeložen na standardní lůžko.

Hodnocení ze dne 3. 1. 2010:

Nemocný byl přijat na oddělení, po příjmu poučen o abstinčním syndromu a nutnosti zvýšeného příjmu tekutin, klidný, spolupracuje, poučení rozumí. Zahájena infuzní terapie. Hydratován dostatečně, kožní turgor v normě, sliznice vlhké. Přetrvává silné pocení a třes především horních končetin. Nemocný je lucidní, orientovaný, chvílemi úzkostný, bez poruch vnímání a myšlení. Krevní tlak mírně zvýšen, ale stabilní, mírná hypertermie bez stoupající tendence. Pokračujeme v intervencích.

Hodnocení ze dne 4. 1. 2010:

Klidný, orientovaný, spolupracující, afebrilní, krevní tlak mírně zvýšen, třes horních končetin je dnes výrazně mírnější, pocení také polevilo. Infuzní terapie dnes ukončena, kanyla odstraněna. Hydratace v normě, bez poruch vyprazdňování. Odvykací stav ustupuje, pokračujeme v intervencích.

Hodnocení ze dne 5. 1. 2010:

U nemocného odezněly odvykací příznaky, byl přeložen na standardní lůžko, poučen o trvalé nutnosti zvýšeného příjmu tekutin. Odvykací stav proběhl bez komplikací – cíl splněn.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. II ze dne 3. 1. 2010:

Neznalost, potřeba poučení, v souvislosti s první hospitalizací na psychiatrické klinice, projevující se nejistým projevem, dotazováním.

Priorita: Střední.

Cíl: Nemocný je poučen, zná odpovědi na své dotazy (do 12 hodin).

Výsledná kritéria:

- Pacient se orientuje na oddělení (do 1 hodiny).
- Pacient zná režim oddělení (do 2 hodin).
- Pacient zná důvody své hospitalizace na psychiatrické klinice (do 2 hodin).
- Pacient má dostatek informací o průběhu ošetřovatelské péče (do 5 hodin).

Intervence:

- Hovoř klidně, jasně a srozumitelně.

- Seznam pacienta s oddělením.
- Seznam pacienta s režimem na oddělení.
- Nech pacientovi prostor pro jeho dotazy.
- Ověř si, zda pacient všemu porozuměl.

Realizace:

- 3. 1. 2010; 10.00 – 10.30 hodin – nemocný byl přijat na oddělení, příjmové formality dobře zvládl, vysvětleny důvody překlady na psychiatrickou kliniku.
- 3. 1. 2010; 10.30 – 11.00 hodin – nemocný byl seznámen s oddělením, vysvětlen byl režim oddělení. Rozpis denního režimu a aktivit oddělení dán pacientovi k dispozici. Pacientovi byl nechán prostor pro dotazy, které byly řádně zodpovězeny.

Hodnocení ze dne 3. 1. 2010:

Nemocný byl po příchodu na oddělení značně nejistý, žádal informace. Po zvládnutí přijímacích formalit a pohovoru se výrazně zklidnil. Po zodpovězení jeho dotazů pacient uléhá do lůžka, verbalizuje úlevu. Cíl splněn.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. III ze dne 4. 1. 2010:

Únava, v souvislosti se špatnou fyzickou kondicí a nevhodným životním stylem, projevující se poruchou soustředění, stížnostmi na nedostatek energie.

Priorita: Střední.

Cíl: Únava je eliminována na zvladatelnou míru (do 7 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčinu únavy (do 2 dnů).
- Pacient zná zásady vhodného životního stylu (do 7 dnů).
- Pacient je vhodně aktivizován v průběhu dne (denně).
- Pacient spí alespoň 7 hodin v průběhu noci (denně).

Intervence:

- Posud' vyvolávající příčiny únavy.
- Pravidelně monitoruj pacientovu únavu, schopnost soustředění, aktivitu v průběhu dne a kvalitu spánku v noci.

- Motivuj nemocného k zapojení se do aktivit na oddělení, případně i mimo něj.
- Dbej na dodržování správného spánkového režimu (bdění přes den, spánek v noci).
- Prodiskutuj s pacientem žádoucí změny v životním stylu.

Realizace:

- 4. 1. 2010; 14.00 – 14.20 hodin – s nemocným byl veden pohovor na téma únava, správný spánkový režim a životní styl.
- 5. 1. 2010; 14.00 hodin – nemocný byl přeložen na standardní lůžko, začínáme s postupným zapojováním do aktivit oddělení, spánek je kvalitní.
- 7. 1. 2010; 10.00 hodin – nemocný motivován k aktivitám v rámci oddělení, zvládl arteterapii, vypomáhal s úklidem.
- 8. 1. 2010; 12.00 hodin – nemocný byl motivován k rehabilitaci mimo oddělení, absolvoval tělocvik, který si po návratu pochvaloval.
- 9. 1. 2010; 10.30 – 11.00 hodin – s nemocným znovu diskutuji únavu a její vztah k současnému životnímu stylu.

Hodnocení ze dne 9. 1. 2010:

Nemocný se cítil v prvním týdnu hospitalizace značně unavený. Po odeznění odvykacích příznaků byl postupně zapojován do aktivit v rámci oddělení a rehabilitace. Spánek je kvalitní, nemocný spí klidně celou noc. Únava byla značně eliminována, nemocný byl poučen o principech žádoucího životního stylu. Úplného vymizení únavy nelze v tuto chvíli dosáhnout, neboť organismus je vyčerpán dlouhodobým abúzem alkoholu. Cíl byl tedy splněn.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. IV ze dne 5. 1. 2010:

Adaptace porušená, v souvislosti s nedostatkem motivace ke změně životního stylu, projevující se dlouhodobým abúzem alkoholu.

Priorita: Střední.

Cíl: Pacient přizpůsobil své jednání změněnému zdravotnímu stavu (do 3 týdnů).

Výsledná kritéria:

- Pacient má náhled na problém nadužívání alkoholu (do 7 dnů).

- Pacient dokáže hovořit o příčinách nadužívání alkoholu (do 7 dnů).
- Pacient a jeho přítelkyně znají podmínky a možnosti léčby závislosti (do 2 týdnů).
- Přítelkyně nemocného se aktivně podílí na motivaci nemocného k abstinenci a léčbě (průběžně).
- Pacient se aktivně zapojil do léčby a aktivit v rámci oddělení (do 2 týdnů).

Intervence:

- Posuzuj kvalitu náhledu nemocného na problém nadužívání alkoholu.
- Pouč nemocného o fyzické a psychické návykovosti alkoholu.
- Zdůrazni negativní dopad nadužívání alkoholu na tělesnou, duševní a sociální oblast zdraví.
- Poskytni nemocnému a jeho přítelkyni dostatek informací o podmínkách a možnostech léčby závislosti.
- Do motivace nemocného k abstinenci a léčbě zapoj přítelkyni nemocného.
- Pochval nemocného za dílčí úspěchy v postojích k abstinenci a léčbě.
- Zapojuj nemocného do režimu oddělení a motivuj ho k přiměřeným aktivitám.

Realizace:

- 4. 1. 2010; 15.00 hodin – na oddělení se dostavila přítelkyně nemocného, byla řádně poučena o nutnosti motivace nemocného k léčbě, o vhodném přístupu k nemocnému.
- 5. 1. 2010; 14.00 hodin – nemocný byl zapojen do aktivit oddělení, které dobře zvládl.
- 6. 1. 2010; 12.30 – 13.00 hodin – s nemocným realizován motivační pohovor o nadužívání alkoholu, jeho návykovosti a dopadu na život závislého.
- 11. 1. 2010; 9.00 – 9.30 hodin – nemocný byl řádně poučen o druzích a možnostech následné léčby.
- 15. 1. 2010 – nemocný se rozhodl pro ústavní protialkoholní léčbu na Oddělení pro léčbu závislostí VFN. Snažíme se objednat pro nemocného vstupní pohovor, ale pro nedostatek volných míst by byl nástup možný až v březnu 2010.
- 20. 1. 2010; 10.00 – 10.45 hodin – pohovor s nemocným – souhlasí s nástupem na ústavní protialkoholní léčbu do PL Bohnice. K nástupu telefonicky objednan na 4. 2. 2010.

Průběžné hodnocení ze dne 11. 1. 2010:

Odvykací příznaky odezněly, pacient byl pozvolna zapojován do aktivit a rehabilitace, což dobře zvládnul. Pacient i jeho přítelkyně byli poučeni o škodlivých účincích alkoholu a možnostech následné léčby, poučení rozumí, nemocný zvažuje, pro jakou následnou léčbu se rozhodne. Přítelkyně v péči dobře spolupracuje. Pokračujeme v intervencích.

Hodnocení ze dne 20. 1. 2010:

Nemocný verbalizuje motivaci k ústavní protialkoholní léčbě, vyjadřuje nutnost změny životního stylu. Objednán k nástupu do PL Bohnice na 4. 2. 2010, s čímž je pacient spokojen. Cíl splněn.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. V. ze dne 5. 1. 2010:

Sebeúcta porušená, v souvislosti s nezvládnutím rolí a neschopností efektivně řešit problémy, projevující se úzkostným projevem, lítostivými stavy, únikem k alkoholu.

Priorita: Střední.

Cíl: Pacient si osvojil způsob chování obnovující sebeúctu (do 3 týdnů).

Výsledná kritéria:

- Nemocný je schopný rozpoznat příčiny snížení sebeúcty (do 7 dnů).
- Nemocný si vytvořil s podporou sestry plán, jak řešit svou životní situaci (do 7 dnů).
- Nemocný se aktivně podílí na řešení problémů a své životní situace (do 2 týdnů).
- Nemocný chápe nezbytnost léčby závislosti pro znovunabytí sebedůvěry (do 2 týdnů).
- Přítelkyně nemocného je motivována k jeho podpoře (do 7 dnů).

Intervence:

- Ved' s nemocným rozhovor na téma sebeúcty, zvládnutí rolí a řešení problémů.
- Posuzuj závažnost snížení sebeúcty a její dopad na život nemocného.
- Vyjádři pochopení a motivuj nemocného k řešení problémů.
- Spolu s pacientem vytvoř modely efektivního řešení problémů a zvládnutí rolí.

- Vysvětlí přítelkyni nemocného nezbytnost její psychické a další podpory.
- Pochval pacienta za dílčí úspěchy v jeho postojích k léčbě a řešení situace.

Realizace:

- 5. 1. 2010; 18.20 – 18.50 hodin – s nemocným byl veden pohovor o sebeúctě, zvládnání rolí, řešení problémů a starostí, které ho v současnosti nejvíce trápí. Nemocný byl podpořen k efektivnímu řešení problémů. Byl vyzván, aby několik dní přemýšlel o svých největších starostech a možnostech jejich řešení.
- 7. 1. 2010; 14.30 hodin – na oddělení se dostavila přítelkyně nemocného, byla informována o naší snaze zvýšit pacientovu sebeúctu, souhlasí se svou účastí v tomto plánu.
- 11. 1. 2010; 17.10 – 17.45 hodin – s nemocným diskutujeme připravený seznam jeho největších starostí, společně navrhujeme možné modely jejich řešení.

Průběžné hodnocení ze dne 11. 1. 2010:

Nemocný byl pohovory motivován ke změně v přístupu k problémům a zvládnutí své role v dané situaci. Při nácviku dobře spolupracoval, má zájem o vyřešení svých problémů. Do procesu byla zapojena i přítelkyně nemocného. Sebehodnocení je pozitivnější, nicméně pokračujeme v intervencích.

Hodnocení ze dne 15. 1. 2010:

Nemocný se rozhodl pro nástup na protialkoholní léčbu. Personálem byl v tomto upřímně podpořen. Nemocný vyjadřuje radost nad tím, že se dokázal správně rozhodnout a již se těší, jak lidi kolem sebe překvapí, až léčbu úspěšně dokončí. Cíl splněn.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. VI. ze dne 3. 1. 2010:

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétre.

Priorita: Nízká.

Cíl: Zabránit vzniku infekce (po dobu zavedení katétru).

Výsledná kritéria:

- Nemocný zná způsoby předcházení infekce (do 1 hodiny).
- Okolí vpichu katétru je čisté, klidné, nebolestivé (po dobu zavedení).

- Katétra je průchodný, sterilně krytý (po dobu zavedení).

Intervence:

- Pouč pacienta o způsobech předcházení infekci.
- Denně katétra proplachuj a převazuj za dodržení podmínek asepse.
- Denně kontroluj místo vpichu katétra.
- V případě známek infekce v místě vpichu ihned katétra odstraň.

Realizace:

- 3. 1. 2010; 11.00 – 11.30 hodin – nemocný byl poučen o způsobech předcházení infekci v místě vpichu katétra. Katétra byl sterilně převázán.
- 4. 1. 2010; 17.20 hodin – katétra byl odstraněn.

Hodnocení ze dne 3. 1. 2010:

Katétra je funkční, místo vpichu klidné. Nemocný poučen v péči o katétra.

Pokračujeme v intervencích.

Hodnocení ze dne 4. 1. 2010:

Infuzní terapie byla skončena, katétra byl odstraněn, místo po vpichu je klidné, netřeba pokračovat v intervencích.

5.4 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče při dimisi nemocného

Ošetrovatelská péče u pacienta P. H. byla v prvních dvou dnech zaměřena především na hladké zvládnutí odvykacího stavu. Odvykací stav proběhl bez komplikací, 3. den po přijetí bylo možné nemocného přeložit na standardní lůžko a zaměřit ošetrovatelskou péči na navrácení sebeúcty, na motivaci k léčbě a abstinenci od alkoholu. Toto bylo realizováno pohovory, režimovou léčbou, postupným zapojováním do aktivit, které pacient dobře toleroval.

Ve druhém týdnu hospitalizace jsme dbali na důkladné poučení nemocného a jeho přítelkyně o možnostech následné ústavní protialkoholní léčby, k čemuž byl nemocný zpočátku zdrženlivý. Po několika dnech intenzivní edukace ze strany lékařů i ošetrovatelského personálu se nemocný rozhoduje nastoupit na odvykací léčbu na Oddělení pro léčbu závislostí VFN, kde ale aktuálně není volné lůžko. Na našem oddělení prospívá nemocný dobře, je bez známek odvykacího stavu, v dobré náladě, únava byla eliminována vhodným spánkovým režimem. Přítelkyně nemocného byla poučena a dobře při plnění cílů spolupracovala.

Ve třetím týdnu hospitalizace nemocný souhlasí s nástupem na odvykací léčbu do PL Bohnice, kam byl sjednán nástup na 4. 2. 2010 v 11. hodin. Pacient byl poučen, odvykací léčbu je rozhodnutý dokončit. Přítelkyně nemocného byla s tímto plánem seznámena. Nemocný byl dimitován dne 22. 1. 2010.

ZÁVĚR

Nemocných závislých na alkoholu přibývá a mnoho z nich je na příjmovém psychiatrickém oddělení hospitalizováno poněkolkáté. Právě opakovaná hospitalizace se stále stejnou diagnózou vztahující se k nadužívání alkoholu může být indikátorem toho, že nemocný není ani přes veškeré snažení odborného týmu abstinence schopný. Potom je obvykle na zvážení vedoucího pracovníka oddělení, zda nemocného po zvládnutí odvykacího stavu propustí nebo zda se znovu pokusí o dlouhý a složitý proces motivace.

Z klinické praxe je zřejmé, že u mnohých nemocných je snaha o motivaci bezpředmětná a může se stát jednou z příčin vzniku syndromu vyhoření zaměstnanců daného zařízení.

V této práci byla uvedena kazuistika nemocného, jehož onemocnění mělo velmi dobrou prognózu vzhledem k věku, společenskému postavení a somatickému zdravotnímu stavu. Práce s ním byla určitě významně jednodušší než s nemocným, který pije 20 let, je na psychiatrickém oddělení hospitalizován podesáté a žije na ulici. V případě pana P. H. byla práce zdravotníků korunována úspěchem, neboť nemocný na odvykací léčbu skutečně nastoupil.

Ani podstoupení ústavní protialkoholní léčby ale nelze považovat za naprostou výhru nad zákeřnou nemocí, kterou syndrom závislosti bezpochyby je. Nemocný má být i nadále sledován ambulantním psychiatrem, vhodné je docházet na psychoterapeutické skupiny v rámci různých zařízení či spolků (např. Anonymní alkoholici) a snažit se tak o prevenci recidivy. Prevence recidivy spočívá v naprosté a celoživotní abstinenci od alkoholu. Většinou platí, že pokud se vyléčený napije, závislost znovu vyhraje nad jeho vůlí. Proto již v rámci ústavní odvykací léčby nemocní ve spolupráci s lékaři, sestrami a terapeuty nacvičují, jak se vyhýbat situacím, které by pro ně mohli být rizikové, jak odmítat různá pozvání „na panáka“, jak zvládat životní situace, které by je dříve nutily pít. Součástí odvykací léčby je mnoho účinných a zajímavých terapeutických metod, jejichž popis by ovšem přesahoval potřeby této práce.

Na příjmovém psychiatrickém oddělení považujeme za splnění našich cílů hladké zvládnutí odvykacího stavu a dosažení změn v postojích nemocného k léčbě, spolupráci, životu a především k vlastnímu zdraví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. HOSÁKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2007. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
3. HRDLIČKA, M. *Abstinenční syndrom a delirium při syndromu závislosti na alkoholu*. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů : Portál 2. Lékařské fakulty [online] 13.9.2009, poslední aktualizace 13.9.2009 [cit. 2010-03-16]. Dostupný z <http://www.mefanetmotol.cuni.cz/clanky.php?aid=187>.
4. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. Svazek 1. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
6. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ M.; BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
7. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha : Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.
8. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha : Psychiatrické centrum , 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.
9. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ I. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, 2009. 75 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
10. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

11. NOVOTNÁ, J. a kol. *Drogové závislosti včetně alkoholu*. Brno : Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1989. 143 s. ISBN 80-7013-005-9.
12. PETEROVÁ, Z. *Deník alkoholičky*. Praha : Marie Tum, 2006. 103 s. ISBN 80-903774-0-8.
13. ŠEDIVÝ, V.; VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha : Naše vojsko, 1988. 160 s. ISBN 28-049-88.
14. ŠEVELA, K.; ŠEVČÍK, P.; KRAUS, R. a kol. *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. Praha : Grada Publishing, 2002. 248 s. ISBN 80-7169-843-1.
15. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
16. Vyhláška č. 424/2003 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 401/2006 Sb.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Glasgow coma scale (GCS) u pacienta P. H. v den příjmu na oddělení
..... II

PŘÍLOHA B – Barthelův test základních všedních činností (ADL) u pacienta P. H.
v den přijetí na oddělení..... III

PŘÍLOHA C – Beckova stupnice deprese u pacienta P. H. v den příjmu na oddělení ..IV

PŘÍLOHA A – Glasgow coma scale (GCS) u pacienta P. H. v den příjmu na oddělení

Otevření očí	
spontánní	4✓
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
Verbální reakce	
orientovaná	5✓
zmatená	4
neadekvátní či náhodně zvolená slova	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
Motorické projevy	
provede na příkaz pohyb	6✓
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1
Celkové skóre:	15

Hodnocení	
Lehká porucha vědomí	13-15 bodů ✓
Střední porucha vědomí	9-12 bodů
Závažná porucha vědomí	3-8 bodů

Zdroj: Loretz, L. *Primary care tools for clinicians*. Elsevier Health Sciences : Missouri, 2005. S. 420. ISBN 0-323-01983-8.

PŘÍLOHA B – Barthelův test základních všedních činností (ADL) u pacienta P. H. v den přijetí na oddělení

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre	
1. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	✓
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	✓
3. Koupání	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0	✓
4. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0	✓
5. Kontinence stolice	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0	✓
6. Kontinence moči	Plně kontinentní Občas inkontinentní Inkontinentní	10 5 0	✓
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	✓
8. Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět Neprovede	15 10 5 0	✓
9. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m S pomocí 50 m Na vozíku 50 m Neprovede	15 10 5 0	✓
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	✓
Celkové skóre:		100	

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		
0 – 40 bodů	Vysoce závislý	
45 – 60 bodů	Závislost středního stupně	
65 – 95 bodů	Lehká závislost	
100 bodů	Nezávislý	✓

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. S. 22. ISBN 80-7013-324-4.

PŘÍLOHA C – Beckova stupnice deprese u pacienta P. H. v den příjmu na oddělení

1.	
0	necítím se smutný/á
1 ✓	cítím se posmutnělý/á, sklíčený/á
2	jsem stále smutný/á a smutku se nedokážu zbavit
3	jsem tak nešťastný/á, že to nemohu snést
2.	
0	příliš se budoucnosti neobávám
1 ✓	budoucnosti se obávám
2	vidím, že už se nemám na co těšit
3	vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit
3.	
0 ✓	nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
1	v životě jsem měl/a více smůly a neúspěchů než obvykle mají jiní lidé
2	vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
3	vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/ka) plně selhal/a, zklamal/a
4.	
0	nejsem nijak zvlášť nespokojený/á
1 ✓	věci mě už tak netěší jako dříve
2	nic mi již nepřináší uspokojení
3	ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení
5.	
0	netrpím pocity viny
1 ✓	často mívám pocity viny
2	hodně mívám pocity viny
3	stále trpím pocity viny
6.	
0	nemám pocit, že budu za něco potrestán/a
1 ✓	mám pocit, že bych mohl být potrestán/a
2	očekávám, že budu nějak potrestán/a
3	vím, že budu nějak potrestán/a
7.	
0	necítím se příliš zklamán sám sebou
1 ✓	zklamal/a jsem se v sobě
2	jsem dosti znechucen/a sám/a sebou
3	nenávidím sebe sama
8.	
0	necítím se horší než kdokoli jiný
1 ✓	mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
2	stále si vyčítám všechny své chyby
3	za všechno špatné mohu já
9.	
0 ✓	nepřemýšlím o sebevraždě
1	někdy pomýšlím na sebevraždu
2	často přemýšlím o sebevraždě

3	kdybych měl/a příležitost, tak bych si vzal/a život
10.	
0 ✓	nepláču více než obvykle
1	pláču nyní častěji než předtím
2	pláču nyní stále, nedokážu přestat
3	předtím jsem mohl/a plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl/
11.	
0	nejsem nyní podrážděný /á více než obvykle
1 ✓	jsem často podrážděný/á a rozladěný/á
2	jsem stále podrážděný/á a rozladěný/á
3	nemohu se již rozčlít ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly
12.	
0 ✓	neztratil/a jsem zájem o ostatní lidi
1	mám menší zájem o ostatní lidi
2	ztratil/a jsem většinu zájmu o ostatní lidi
3	ztratil/a jsem všechn zájem o ostatní lidi
13.	
0	dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
1 ✓	odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
2	mám značné potíže v rozhodování
3	vůbec se nedokážu rozhodnout
14.	
0 ✓	nemám větší starosti se vzhledem než dříve
1	mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
2	mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
3	mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě
15.	
0	práce mi jde jako dříve
1 ✓	musím se nutit, když chci začít něco dělat
2	dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal/a
3	nejsem schopen/a jakékoli práce
16.	
0 ✓	spím stejně dobře jako dříve
1	nespím již tak dobře jako dříve
2	probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
3	denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin
17.	
0	necítím se více unaven/a než obvykle
1	unavím se snáze než dříve
2 ✓	téměř všechno mě unavuje
3	únava mi zabraňuje cokoli dělat
18.	
0 ✓	mám svou obvyklou chuť k jídlu
1	nemám takovou chuť k jídlu, jakou jsem míval/a
2	mám mnohem menší chuť k jídlu
3	zcela jsem ztratil/a chuť k jídlu

19.	
0 ✓	v poslední době jsem nezhubnul/a
1	ztratil/a jsem v poslední době více než 2,5 kg
2	ztratil/a jsem v poslední době více než 5 kg
3	ztratil/a jsem v poslední době více než 7,5 kg
20.	
0 ✓	nestarám se o své zdraví více než obvykle
1	dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce...
2	velice často myslím na své tělesné obtíže
3	moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají
21.	
0	nepozoruji snížení zájmu o sex
1 ✓	mám menší zájem o sex než dříve
2	mám o hodně menší zájem o sex než dříve
3	ztratil/a jsem úplně zájem o sex
13	Celkové skóre

Hodnocení	Celkové skóre
akutní deprese těžká	≥50
akutní deprese středně těžká	30-49
akutní deprese lehká	21-30
v době propuštění z nemocnice	15-20
po odeznění deprese	7-14 ✓
zdraví lidé	≤6

Zdroj: Beck, A. T. *Cognitive therapy of depression*. New York : The Guilford Press, 1979. S. 398. ISBN 0-89862-919-5.