

PÉČE O PACIENTA ZÁVISLÉHO NA ALKOHOLU

Bakalářská práce

LENKA SCHOFFEROVÁ

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

Vedoucí práce: MUDr. Otokar Boháč

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 17. 5. 2010

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje. Zároveň souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 17. 5. 2010

.....

Lenka Schofferová

Abstrakt

SCHOFFEROVÁ, Lenka. *Péče o pacienta závislého na alkoholu*. Praha, 2010.
Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Bakalář všeobecná sestra.
Školitel: MUDr. Otokar Boháč

Cílem této bakalářské práce je objasnit péči o pacienta závislého na alkoholu. Nejprve se obecně pozastavit nad alkoholismem, poté nad prevencí a v praktické části práce zmínit konkrétní případ – kazuistiku pacienta alkoholika. Pro teoretickou část je použita knižní literatura, rovněž také internetové zdroje.

První kapitola bude věnována objasnění pojmů – *alkoholismus* - patologická závislost, projevy jedince s patologickou závislostí, alkoholické psychózy, somatické následky alkoholu, léčba závislosti na alkoholu a resocializace jedince a následné začlenění do společnosti. Druhá kapitola bude pojednávat o prevenci alkoholové závislosti - prevenci ve školských zařízeních a prevence v rodinném prostředí.

V praktické části budou využity poznatky z praxe – pacient závislý na alkoholu s nějakou přidruženou chorobou a bude vypracována jak jeho lékařská anamnéza, tak lékařské diagnózy, dále diagnostická a terapeutická péče. Podle modelu M. Gordonové budou vypracovány potřeby pacienta, dále stanoveny ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA domén a následná ošetrovatelská péče – nakonec celkový plán ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Alkohol. Alkoholismus. NANDA. Ošetrovatelské diagnózy. Vědomosti. Vzdělávání. Závislost na alkoholu.

Abstract

SCHOFFEROVÁ, Lenka. *Caring for patients dependent on alcohol*. Prague, 2010.

Bachelor thesis. University of Health, o.p.s., Prague 5. Degree: Bachelor in general nursing.

Supervisor: MUDr. Otokar Boháč

The aim of this work is to clarify the treatment of patients dependent on alcohol. First, generally suspended over alcoholism, then prevention and the practical part to mention a specific case - a case report of an alcoholic patient. For the theoretical part of the book is used in literature, as well as Internet-based resources.

The first chapter is devoted to clarifying concepts - *alcoholism* - pathological addiction, symptoms of individuals with pathological addiction, alcoholic psychosis, somatic effects of alcohol, alcohol addiction treatment and rehabilitation of individuals, and subsequent integration in society. The second chapter will discuss the prevention of alcohol addiction – Prevention in the school and prevention in a family environment.

The practical part will use knowledge from practice - the patient dependent on alcohol associated with a disease and will be developed as his medical history and medical diagnosis, further diagnostic and therapeutic care. In M. Gordon model will be developed needs of the patient, as defined by NANDA nursing diagnoses domains and subsequent nursing care - then the overall plan of nursing care.

Keywords: Alcohol. Alcohol dependence. Alcoholism. Education. Knowledge. NANDA. Nursing diagnosis.

OBSAH

ÚVOD	6
I. <u>TEORETICKÁ ČÁST</u>	
1 Alkoholismus	8
1.1 Patologická závislost	8
1.2 Projevy jedince s patologickou závislostí	12
1.3 Alkoholické psychózy	16
1.4 Somatické následky alkoholu	20
1.5 Léčba závislosti na alkoholu	26
1.6 Resocializace jedince a následné začlenění do společnosti	34
2 Prevence alkoholové závislosti	35
2.1 Prevence ve školských zařízeních	35
2.2 Prevence v rodinném prostředí	36
II. <u>PRAKTICKÁ ČÁST</u>	
3 Kazuistika	38
3.1 Identifikační údaje	38
3.2 Lékařské diagnózy a anamnéza	38
3.2.1 Lékařská anamnéza	38
3.2.2 Lékařské diagnózy	40
3.3 Diagnosticko – terapeutická péče	40
3.3.1 Diagnostická péče	40
3.3.2 Terapeutická péče	41
3.3.3 Objektivní hodnocení stavu pacienta při prvním kontaktu	42
3.4 Potřeby pacienta dle M. Gordonové	42
3.5 Ošetřovatelské diagnózy	44
3.6 Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče	45
3.7 Celkové hodnocení	49
3.8 Doporučení pro praxi	49
3.9 Plán ošetřovatelské péče	49
4 Pomoc alkoholikovi	51
ZÁVĚR	55
POUŽITÁ LITERATURA	56
PŘÍLOHA	59
Obrazová příloha	

ÚVOD

Alkohol je tzv. "metla lidstva". Když se nad tímto dvojslovím zamyslíme, zjistíme, jak výstižná jsou tato slova. Alkohol smete vše dobré v nás, naše sny, touhy, naše přání, naši minulost, rodinu, zaměstnání a možná i naši budoucnost. Jsme ale lidé s vůlí, rozhodností, pílí a odhodláním tuto „metlu“ držet silně ve svých rukou a nepodmanit se jí. Je to velmi dlouhá a trnitá cesta, plná nástrah a léček, ale o to více je sladší cíl.

Zamysleme se nad slovem *alkohol*. Co to pro naši společnost znamená? Jsou to oslavy narozenin, setkání a posezení s přáteli. Každá situace vyvolává myšlenku na alkohol. Máme radost, tak si dáme skleničku. Máme smutek - dáme si skleničku, nudíme se - dáme si skleničku, sejdeme se s kamarádem - dáme si skleničku, atd. Alkohol k naší kultuře neodmyslitelně patří. Záleží jen na nás samotných, jestli alkohol budeme ovládat my, nebo alkohol bude ovládat nás.

Alkoholismus je pro naši společnost jev velice nechtěný, nepříznivý a negativní. Závislost člověka ovládá, probouzí v něm špatné vlastnosti a stíní těm dobrým. Člověk závislý na alkoholu ničí svou rodinu, přátele, okolí. Dává špatný příklad dětem, naší společné budoucnosti. Lidé alkoholicí, kteří se snaží bojovat se svou závislostí, jsou hodni naší pozornosti. Měli bychom je podporovat v jejich snažení. Pomáhat jim se opět vyšplhat na pomyslný okraj propasti, do které spadli.

Alkoholismus je v dnešní době opomíjen. Ve společnosti se mluví o drogové závislosti a alkoholová závislost je potlačovaná do ústraní. Pijáctví můžeme podlehnout v dětském věku, adolescenci, v dospělosti, v průběhu celého života. Léčba a následná resocializace je velice obtížná. Proto se tato bakalářská práce zaměřuje na toto téma. Má poukázat, na prastarý problém naší společnosti. Vrátit se k němu a řešit ho. Drogy a toxikomanie je dneska jen trend, který staví právě na základech alkoholové závislosti.

Lidé, kteří se léčí ze své závislosti na alkoholu, jsou velice sdílní. Přemýšlejí o svých začátcích s alkoholem. Jak se to vůbec stalo, že své opratě alkoholu povolili, vzpomínají na ten osudný okamžik, kdy se jim jejich vlastní život zhroutil. Z těchto postřehů a vyprávění lidí, kteří zažili euforii alkoholu a také strmý pád do alkoholové propasti, bychom měli čerpat informace, poučit se a postavit pomyslné základy prevence pro mladou generaci.

Tato bakalářská práce obsahuje tři hlavní kapitoly. V první kapitole vysvětluje některé pojmy, které se týkají tématu patologické závislosti na alkoholu. Nástin toho, jak vypadá patologická závislost. Jaké jsou psychické a somatické následky patologické závislosti.

V druhé kapitole se pozastavíme nad prevencí závislosti. Ve třetí kapitole se jedná o praktickou část bakalářské práce - kazuistiku. Metodou pro výzkum byl zvolen rozhovor, osobní a rodinná anamnéza, dále zdravotnická dokumentace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se seznámíme s pojmy: alkoholismus, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, typy závislosti. Seznámíme se i s chorobami, které přímo souvisí s alkoholismem, jako jsou např. psychózy, epilepsie a cirhóza.

1 Alkoholismus

Alkoholismus je chronické onemocnění, které postihuje nejen postiženého jedince, ale i jeho rodinu, přátele a blízké. Přesto, že je často bagatelizován, patří zejména v České Republice k nejzávažnější a nejrozšířenější formy závislosti. Z dostupných statistik vyplývá, že postižených je zhruba 25% mužů a 10% žen.

1.1. Co je to patologická závislost?

Syndrom závislosti na alkoholu:¹

Je to skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) *silná touha nebo pocit přijímat alkohol*
- b) *potíže v kontrole přijímání alkoholu*, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pití alkoholu
- c) *tělesný odvykací stav*, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) *průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek*, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami alkoholu,
- e) *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů* ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšené množství času k získání nebo přijímání alkoholu nebo zotavení se z jeho účinku,
- f) *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků* jako poškození jater

¹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X

nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného pití nebo poškození myšlení alkoholem; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Podstatnou charakteristickou syndromu závislosti na alkoholu je přijímání alkoholu nebo touha po jeho přijímání. Jedinec si uvědomuje, že má puzení přijímat alkohol, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat pití. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek.

Jednotlivé druhy závislostí se kódují následovně:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantcích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA – Extáze)

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Co to vlastně znamená ZÁVISLOST:

„Znamená to být něčím posedlý. Člověka to zotročí, zbaví ho to vnitřní svobody a nakonec i osobní bezúhonnosti. Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza. Závislost tak znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu i zničen. Začátek závislosti není příliš dramatický. Je jím např. první sklenička, první cigareta, první dávka drogy. Je jím popření toho, že něco není správné, popření morálních hodnot, ztráta perspektivy a správného vidění reality“²

Psychická závislost na alkoholu je charakterizována bažením, nutkáním dále pít a neschopností přestat s pitím. Intenzivní pití alkoholu vede ke zvýšené toleranci, rozvoji fyzické závislosti, která se projevuje abstinenčními příznaky, pokud dojde k vysazení alkoholu. Abstinenční příznaky se mohou projevovat zvracením a jinými nepříjemnými pocity a mohou vést k dalšímu pití.³

² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001, ISBN 80-7178-551-2

³ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-X

Druhy závislosti: ⁴

Substanční závislost (ingestivní): Jde o závislost na přijímaných látkách – drogy, jako je alkohol, nikotin, halucinogenní, psychoaktivní a psychedelické drogy, stimulancia, sedativa atd. Patří sem i látky zdánlivě „nevinné“ jako je káva. Závislost na přijímaných látkách navozuje změnu emocionálního stavu, kognitivní i konativní činnosti.

Procesuální závislost: Je to závislost na určitém druhu činnosti. Především se jedná o hazardní hry. Do této závislosti patří i lidé nezdolní v riskantních činnostech, tzv. hazardéři, lidé neznající odpočinku a neustále se věnující určité pracovní činnosti, tzv. workoholici, lidé nadměrně sportující, cestovatelé světoběžníci, lidé donekonečna opakující náboženské rituály, atd.

Také objasním pojmy ÚZUS, MISÚZUS a ABÚZUS: ⁵

ÚZUS: Je to tzv. „mírné“ požívání alkoholických nápojů. Alkohol je požíván v přijatelném množství, v přijatelném věku, v přijatelném zdravotním stavu a ve vhodné době. Alkoholické nápoje jsou konzumovány jako nápoj doplňující jídlo, nebo jako pochutina.

MISÚZUS tzv. ZNEUŽÍVÁNÍ: O zneužívání alkoholu mluvíme převážně u řidičů. U člověka, který řídí automobil, platí naprostý zákaz požití alkoholických nápojů před i při řízení motorových vozidel. U řidiče, který toto pravidlo nedodržel a porušil ho, mluvíme o zneužití alkoholu - MISÚZU. Podobně je to i u mladistvých, u kterých zákon vyžaduje abstinenci. U nich i konzumace malých dávek alkoholických nápojů představuje MISÚZUS.

ABÚZUS tzv. NADUŽÍVÁNÍ ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ: Abúzus představuje všechny formy nadměrného konzumu alkoholických nápojů. Může být občasný, periodický, pravidelný i systematický. I jednorázový abúzus, zejména ve formě velkých dávek alkoholu, představuje riziko. Abúzus doprovází nejrůznější společenské zvyklosti a setkání, kdy lidé vědomě nebo nevědomě vyhledávají účinek alkoholu jako drogy. Tato forma abúzu je předstupněm závislosti. Úzus i abúzus mohou, ale nemusí vést k závislosti.

⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001, ISBN 80-7178-551-2

⁵ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

Znaky závislosti:⁶

Craving (silná touha nebo pocit puzení užívat látku): V roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Odlišují tělesné a psychické bažení a uvádí, že psychické bažení může být obranou proti nepříjemným duševním pocitům. Toto rozlišování bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) je správné i s ohledem na výsledky vyšetření mozku při bažení. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je bažení popsáno jako “silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky”. Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti jakou jsou zhoršené sebeovládání nebo to, že někdo v naruživém chování pokračuje navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známé.

Potíže v sebeovládání: Člověk závislý na alkoholu si špatně uvědomuje sám sebe, podléhá pocitu chtění „se napít“. Malé sebeuvědomění může souviset i s nadměrnou únavou a s dlouhodobým vyčerpáním. Nejčastějším důvodem nedostatečného sebeovládání bývá rizikové prostředí (např. restaurace).

Somatické potíže (odvykací stav): Odvykací stav začíná, když se u jedince závislého na alkoholu projeví únava, ospalost, třesavka a chvění celého těla. Také se objeví nechutenství, bolest hlavy, pocení, zimnice, nervozita a pocit znovu se napít a zahnat tento nepříjemný stav. U jedince pozorujeme také psychomotorický neklid, tzv. velké epileptické záchvaty a nespavost.

Růst tolerance: Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek.

Zanedbávání zájmů: U alkoholiků pozorujeme zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání alkoholu a zvýšenému množství času k získání nebo užívání této látky. Lidé odsouvají rodinu, koníčky na poslední místo v jejich životě. Důležitý je alkohol a chuť se napít.

Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků: Pacient - člověk závislý na alkoholu je seznámen o škodlivých následcích své závislosti, ale přesto v pití pokračuje. Touha po alkoholu a jeho zhoršené sebeovládání vítězí nad hrozbou lékařů.

Závislost na alkoholu představuje sice nemoc, avšak nejde jen o nemoc v běžném smyslu, ale i o poruchu a rizikové chování. Závislost na alkoholu, je jedna z cest, jimiž lidé

⁶ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-X

pod vlivem mechanismů, kterým nerozumějí, se snaží vystupňovat své životní síly fiktivním způsobem. Při užívání alkoholu dochází ke zkratu, kdy ona produktivní a pozitivní, ale nesnadná cesta seberealizace narazila na překážky. Je-li typické pro člověka, že řeší své problémy oklikou, jsou zneužívání a závislost na alkoholu jedním z pokusů jak dosáhnout svých cílů okamžitě, třebaže primitivním způsobem. Alkohol stimuluje i jednu z podstatných nezbytností lidské seberealizace, a to SOCIABILITU a DRUŽNOST.⁷

Za alkoholovou závislostí se tedy skrývá v deformované podobě tragédie lidského sebehledání. Vyléčení pacienta je podmíněno disciplinovanou abstinencí. Musí se provádět nácvik zdravého způsobu života a měl by se změnit hodnotový žebříček pacienta.

„Podkopávat si vědomě vlastní zdraví alkoholem je samozřejmě velmi nerozumné, avšak nikdo se předem nerozhodne ničit si zdraví jen tak z ničeho nic. Dochází k tomu až v okamžiku, kdy se z člověka vytratí zájem o racionální sebekontrolu vlastních činů, kdy v souboji normálního života s životem poznamenaným alkoholem vítězí koncepce zcela kalamitní a nelogická, kdy touha po pití ignoruje rozumem zdůvodněné argumenty.“⁸

1.2. Projevy jedince s patologickou závislostí

Lidi, kteří, požívají alkoholické nápoje, můžeme rozdělit do čtyř skupin, podle toho, co od těchto nápojů žádají:⁹

- a) *Abstinenti*: jsou to lidé, kteří dovedou uhasit svoji žízeň a uspokojit svou chuť kteroukoli tekutinou, v níž není žádný alkohol. Požití této drogy odmítají, ať je k tomu vede jakýkoli důvod. Pokud jde o zařazení někoho mezi abstinenty, lze říci, že je to titul sice znevažovaný, mnohými posmíváný, ale podle medicínských směrnic těžko dosažitelný. Abstinentem můžeme totiž nazvat jen člověka, který nepožil alkoholický nápoj v jakékoli formě a množství po dobu alespoň tří let.
- b) *Konzumenti*: jsou lidé, kteří chtějí od alkoholického nápoje opravdu jen tekutinu a chuť a až na zanedbatelnou výjimku ani vlastně neví, jaké účinky na nervový systém má alkohol obsažený v nápoji. Tedy dospělý konzument pije vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství a ve vhodném věku. Takový konzument nápoj vypije, uspokojí svou chuť, ale alkohol se v krvi prakticky neobjeví a neovlivní jeho nervovou činnost.

⁷ SKÁLA, J. ...až na dno. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

⁸ HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. Praha, Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-624-2

⁹ SKÁLA, J. ...až na dno. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

- c) *Pijáci*: Pijákům nestačí alkoholické nápoje ani jako zdroj tekutiny, ani je neuspokojuje jen jejich chuť. Žádají si již účinků alkoholu obsaženého v nápoji, žádají si alkoholickou euforii. Zkonzumují tedy alkoholický nápoj ne pro ukojení žízně, ale především proto, aby pod vlivem alkoholu pocítili euforii bez jakékoli námahy a rizika. Tato euforie však se po právu nazývá nepravou.
- d) *Alkoholik (člověk závislý na alkoholu)*: Od té doby, kdy člověk hledá v alkoholickém nápoji zdroj euforie, tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, zapomnění apod., začíná cesta, během níž se z nevinného pijáka může vyvinout a někdy se skutečně vyvíjí těžký, často i tragicky končící člověk závislý na alkoholu.

Člověk závislý na alkoholu má trvalejší problém v některé oblasti svého života. Abúzus alkoholu působí zřetelné oslabení na tělesném i duševním zdraví jedince. Problémy se také ovšem promítají do společenské činnosti i do společenských vztahů, do rodiny.

Tzv. *pijácká kariéra* má čtyři období. Každé z nich se vyznačuje určitými příznaky. Nazýváme je vývojovými stádii:¹⁰

- I. *První vývojové stádium (počáteční stádium)* : Piják poznává účinek alkoholu jako drogy. Ta mu přináší pocit dobré nálady. Avšak během krátké doby potřebuje piják dávky alkoholu zvyšovat, aby dosáhl své „dobré nálady“. Současně se i krátí přestávky mezi jednotlivým pitím. V tomto stádiu se piják neopíjí a konzumuje jen tolik alkoholu, kolik potřebuje k podnapilosti. Pije pro dobrou náladu, že má špičku, že má v hlavě, ale nic víc. Alkohol je pro něj drogou, která mu však zatím jenom „dává“ a nic „nebere“.
- II. *Druhé tzv. varovné stádium*: Po kratší nebo delší době se velmi často piják doslova propíjí do tohoto druhého stádia. Někdy jde o roky, někdy jde jen o měsíce. Během tohoto stádia dochází už nejen k podnapilosti, ale také mnohem častěji k opilosti. V průběhu doby se mění však i způsob pijákova pití. Postupně snáší větší a větší dávky alkoholu, kterým se zatím jeho organismus dovede přizpůsobit. Kdyby piják pil o samotě, byl by nápadný a tak si hledá společníky, které v budoucnu označí jako „špatnou společnost“.
- III. *Třetí (rozhodné) stádium*: Z rozvinutého druhého stádia se do třetího dostává přibližně každý 7. - 10. piják. Stává se na alkoholu víceméně závislým. V tomto stádiu se objevují tzv. okénka. To je takové ovlivnění alkoholem, které se v průběhu pití nemusí

¹⁰ JELLINEK, E. M., *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse, (New Haven), 1960

projevovat ani přílišnou opilostí. Abuzér pije a přitom stále ještě ví, co dělá. Druhý den po probuzení však u něj objeví mezery ve vzpomínkách. Příčinou „okének“ se zdá být rychle stoupající hladina alkoholu v krvi a přecitlivělost chronicky poškozeného nervového systému. Dostavuje se nejistota a strach. V tomto stádiu ztrácí piják nad svým pitím kontrolu. Přestává ovládat alkohol, zato alkohol ovládá jeho. Dochází ke stádiu „hledání viny“. Piják je přesvědčen, že vina je na někom jiném, jenom na něm ne. Většinou za jeho závislost může rodina, manželka, parta. Dříve alkohol pijákovi problémy řešil a nyní, v tomto stádiu, které trvá léta a někdy desetiletí, mu alkohol všechny životní problémy jen komplikuje a znásobuje.

- IV. *Čtvrté (konečné) stádium*: Dochází zde u pijáka k tzv. ranním douškům. Aby byl schopen piják začít pracovat, neobejde se bez prvního doušku, který ovšem za několik hodin musí doplnit dalšími. Nejvýraznějším rysem tohoto stádia je snížení odolnosti vůči alkoholu. V období prvního až třetího stádia je pijan navyklý na rostoucí a velké dávky alkoholu. Toto zvýšení tolerance alkoholu je nyní poškozením jater i nervového systému vystřídáno pravým opakem. Opije se i poloviční dávkou alkoholu. Zhoršení zdravotního stavu se projevuje nepříjemnými třesou rukou, pocitem strachu, křečemi v lýtkách, pomočováním atd. čtvrté stádium trvá zpravidla kolem 3, 10 až 15 let.

Typy závislosti na alkoholu: ¹¹

Typ ALFA: znamená nedisciplinované pití, které může jedinci způsobit společenské problémy. Nevede však ke ztrátě kontroly. Piják umí své pití podle potřeby regulovat, aniž by musel abstinovat.

Typ BETA: na abúzu se nevytváří ani psychická, ani somatická závislost na alkoholu, ale dochází v důsledku dlouhodobého pití alkoholu ke zdravotním komplikacím. Můžeme říci, že se jedná o tzv. tichý nebo skrytý abúzus.

Typ GAMA: závislý člověk má zvýšenou tkáňovou toleranci na alkohol, ztrátu kontroly pití, ale je schopen i abstinovat.

Typ DELTA: pro tento typ závislého člověka není charakteristická ztráta kontroly, ale neschopnost abstinence. Při přerušení přísunu alkoholu dochází k odvykacím příznakům.

Typ EPSILON: Je to symptomatická závislost, která nasedá na jiná duševní onemocnění (schizofrenie, manická fáze cyklofrenie, progresivní paralýza, epileptické rozlady).

¹¹ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

¹² Jedinec s patologickou závislostí na alkoholu má vždy velké problémy v rodině. Postupem doby dojde k rozvratu osobních vztahů. Partnerství, manželství se rozpadá pod tíhou závislosti. Jedinec nenaplnuje funkci partnera. Z pracovitého, pozorného, velkorysého manžela se stává nerudný, nespolehlivý, neupřímný a agresivní hrubián. Ten napadá své okolí, neustále dokola něco slibuje a na něco se vymlouvá. Více času tráví v hospodě, než s dětmi doma. Nic ho nebaví, je neustále unavený a nemá o nic zájem. Svou závislost si nepřiznává. Neustále dokola tvrdí, že má vše pod kontrolou. Obětí alkoholismu se stává samozřejmě alkoholik, ale současně na předním místě jeho partner. Na něm a na jeho trpělivosti, odolnosti, vytrvalosti a lásce bude záviset další osud jejich společného života.

Velkou roli v rodině s dětmi hraje věk dětí. Děti odrostlé mohou své rodiče tolerovat a dovedou se s danou situací vyrovnat, neboť mají svoji novou rodinu a zájmy. Děti nezletilé, dospívající jsou na tom daleko hůře. Nerozumí stávající situaci, nerozumí hádkám mezi rodiči, stydí se za postiženého rodiče alkoholika a velmi to poznamenává jejich duševní vývoj. Také si musíme uvědomit, že alkoholismus není příčinou rozvratu jenom manželství, ale je důvodem k rozvratu dobrých vztahů s rodiči, dětmi, příbuznými, ale i mezi známými a kamarády.

Nejen s mezilidskými vztahy bojuje alkoholik, ale rovněž sociální situace je zasažena. Více jak polovina výdajů jde na nákup alkoholických nápojů. Výdaje na kulturu, sport, bydlení, odívání se rovnají se téměř nule. Cena, za níž jsou mnohdy ochotni závislí získat pití, je značně vysoká. Nejde jen o drobné podvody a krádeže, jako prostředek k obstarání alkoholu, ale v krajním případě loupeže i násilná přepadení, končící nezřídka smrtí oběti. Tyto okolnosti potom degradují alkoholika na nejnižší stupeň společenského žebříčku. Každý se od něj distancuje.

Musíme se zde zmínit i o omezeném pracovním výkonu alkoholiků. Ten se denně dostává do tzv. stavu střízlivění neboli kocoviny. Vyprchá-li z něj alkohol z předchozího večera, dostaví se dotěrná psychická a fyzická zátěž, kterou musí protrpět do skončení pracovní doby. Často se stává, že člověk závislý na alkoholu tuto dobu nepřekoná a pije alkohol i v práci. Je jen otázkou času, kdy se situace alkoholika na pracovišti stane neudržitelnou. Tito lidé jsou naprosto nespolehliví. S alkoholismem zaměstnanců je úzce spojena častá absence, kdy alkoholik v důsledku opilosti není schopen přijít a nastoupit do práce.

¹² HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. Praha, Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-624-2

Asi osmdesát procent alkoholiků vedle pití také návykově kouří. Spojení těchto dvou drog zvyšuje riziko negativních zdravotních důsledků.¹³

Alkohol a trestná činnost

Pod vlivem alkoholu jsou páčány trestné činy proti pořádku ve věcech veřejných, trestné činy proti životu a zdraví, proti svobodě a lidské důstojnosti a násilné trestné činy. Patří zde i útoky proti majetku a krádeže. Další trestná činnost tvoří činnost na úseku dopravy.¹⁴

„Kde je hranice mezi posezením u piva s přáteli a nekontrolovaným pitím? Téměř 200 000 životů, které má alkohol v Evropě každý rok na svědomí, svědčí o tom, že dělicí čára mezi zodpovědným a nebezpečným pitím je pro mnohé velmi tenká. Evropské země si uvědomují závažnost alkoholismu mladistvých a dopravních nehod pod vlivem alkoholu. Zatímco se však snaží proti těmto jevům bojovat na domácím poli, přeshraniční reklama a prodej alkoholických nápojů podkopávají jejich úsilí.“¹⁵

1.3. Alkoholické psychózy

Alkohol je droga, která ovlivňuje centrální nervový systém. Oslabuje jeho aktivitu. Při intenzivním užívání po různě velkých dávkách ochromuje selektivně různé části mozku. Zpočátku zasahuje inhibiční centra, což vede k disinhibici. Při větších dávkách oslabuje další části mozku a způsobuje lidem zpočátku plačtivost, ale poté, co sníží úroveň vědomí, může vést ke komatu, a dokonce ke smrti.¹⁶

Při užívání alkoholu ve velkých dávkách v delších časových obdobích zapříčiňuje alkohol poškození všech tělesných systémů: kardiovaskulárního (tuková atrofie srdečního svalu, vysoký krevní tlak), zažívacího (vředová choroba, zánět trávicího traktu), jaterního (cirhóza), pohybového (dna), nervového (epilepsie, periferní neuropatie) a duševního (alkoholová závislost, úzkostné poruchy, depresivní poruchy, demence) atd.

Alkohol je droga, která je široce užívána pro svoje příjemné účinky, ale má potenciální vážné následky.¹⁷

¹³ HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. Praha, Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-624-2

¹⁴ ŠEDIVÝ, V; VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha, Naše vojsko, 1988, ISBN neuvedeno

¹⁵ Evropská komise v ČR, *Alkohol v Evropě nepřestává zabíjet* [on-line], poslední revize 008. [cit. 8. 4. 2009]

¹⁶ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-X

¹⁷ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

Alkoholové psychózy jsou důsledky chronického abúzu v psychické oblasti. Mezi některými projevy alkoholických psychóz nalézáme postupný přechod. Např. delirium alkoholické může vyústit v Korsakovovu psychózu, případně alkoholickou demenci. Alkoholická halucinóza při chronickém průběhu se může komplikovat paranoidními bludy, dalšími halucinatorními projevy a imponovat jako schizoformní psychóza.

Alkoholová epilepsie¹⁸

Zneužívání alkoholu a výskyt epileptických záchvatů spolu nezřídka souvisejí. Toho si povšiml už Hippokrates a staří Římané. Alkohol není jediná psychoaktivní látka, která může vyvolat epileptické záchvaty. Epileptické záchvaty se vyskytují i v odvykacím stavu po barbiturátech a po vysokých dávkách benzodiazepinů nebo při intoxikaci amfetaminy (pervitin) či kokainem. Vzhledem k rozšířenosti alkoholu jsou ale epileptické záchvaty související se zneužíváním jiných látek daleko méně časté.

Zneužívání alkoholu také často předchází výskytu status epilepticus (podle různých studií v 9-25 % případů). Alkohol, podobně jako např. barbituráty nebo benzodiazepiny, může v odvykacím stavu vyvolat epileptický záchvat nebo status epilepticus u osob, u nichž se dříve epileptické záchvaty nevyskytovaly. Epileptický záchvat se typicky objevuje 6 - 48 hodin po té, co skončilo pití alkoholu. Uvažuje se i o tom, že riziko epilepsie mohou zvyšovat i strukturální změny a úbytek mozkové tkáně, k nimž dochází důsledkem pití vysokých dávek alkoholu. Podle dosud nepotvrzené hypotézy riziko epileptických záchvatů zvyšují také opakované odvykací stavy. Velká část epileptických záchvatů u závislých na alkoholu, snad až 50 %, nesouvisí s odvykacím stavem. Častou komplikací u pacientů zneužívajících alkohol jsou úrazy hlavy nebo cévní mozkové příhody v důsledku prudkého zvýšení krevního tlaku po vysokých dávkách alkoholu.

Zásadní význam má náležitá léčba odvykacího stavu. K tomu jsou vhodné clomethiazol a dlouhodobě působící benzodiazepiny. K častým chybám při léčbě odvykacích stavů patří nedostatečné dávkování, které nebere v úvahu vysokou toleranci pacienta. Náležitou léčbou odvykacích stavů lze snížit výskyt epileptických záchvatů při odvykacím stavu z 8 % na 3 %. Benzodiazepiny však mohou zhoršovat respirační insuficienci, např. u pacienta s deliriem tremens a pneumonií.

¹⁸ Wikipedia Alkoholismus [on-line]. Poslední revise 2009. [cit. 8. 4. 2009]

Delirium tremens

„Delirium tremens je život ohrožující stav, který vzniká po přerušení užívání alkoholu. Průběh je individuální, předchází mu predelirantní stav charakterizovaný pocením, nevolností, zrychlenou srdeční činností, nespavostí. Pokud se nezasáhne včas, dochází k přechodu do deliria. Během deliria pacient mohutně halucinuje - může vidět různá malá zvířata (tzv. mikrozoopsie), často vykonává zažitě, zautomatizované pohyby např. řidiči z povolání řídí auto atp. Dostavuje se hrubý tremor (třes – nejčastěji horních končetin). V čase a prostoru je nepřesně orientován či vůbec neorientován, výrazná je porucha bezprostřední paměti a porucha konsolidace paměťových stop (tj. není schopen si zapamatovat nové údaje a události). Jsou zde přítomné poruchy psychomotoriky - pacient je zvýšeně aktivní neklidný, agresivní či naopak zcela klidný, utlumený. Toto se může celkem rychle měnit. Poruchy emocí - může být nadnesená nálada, euforie či naopak úzkost či agrese. Mohou být přítomné bludy - např. pacient může být přesvědčen, že mu ostatní usilují o život. Může se objevit epileptický záchvat. Tento stav může trvat několik dní a končí hlubokým spánkem. Na proběhlý stav je amnézie.“¹⁹

Jedná se o život ohrožující stav, pacienti bývají často hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče. Delirium tremens je nejčastější a nejobávanější alkoholickou psychózou. Objevuje se na vrcholu vývoje závislosti na alkoholu.

Příznaky: poruchy spánku, třes končetin a celého těla, pocity vyčerpání, pocení, nechut' k jídlu, neschopnost polknout tuhou stravu, bezprostředně před začátkem psychotických projevů proběhne epileptický záchvat typu GM (někdy i celá série).

Projevy: První psychotické projevy se objevují v odpoledních a nočních hodinách. Jsou to halucinace zrakové, tělové, někdy i sluchové halucinace (pohyblivé scény, zdeformované tváře, drobná zvířata, padající strop, bortící se stěny), neklid, snaha uniknout, projevy strachu, úzkosti, deprese, nespavost, nechutenství, pocení, tremor, horečka, tachykardie... V laboratorním nálezu biochemickém zjistíme známky poruchy jaterní funkce.

Alkoholová halucinóza

Alkoholová halucinóza se projevuje neklidem, úzkostí, bolestí hlavy, potom sluchové iluze až halucinace. Na rozdíl od deliria tremens si postižený zpravidla uvědomuje, že jde

¹⁹ Wikipedia Alkoholismus [on-line]. Poslední revise 2009. [cit. 8. 4. 2009]

o iluzi. Alkoholická halucinóza je diagnostikována na základě trvalé přítomnosti halucinací, zpravidla sluchových a vizuálních, objevujících se po náhlém odnětí alkoholu u osoby závislé 10 a více let. Postihuje čtyřikrát častěji muže než ženy, vzácně přechází do chronické formy připomínající schizofrenii. Toto onemocnění je celkem vzácné.²⁰

Alkoholová halucinóza probíhá při prvních atacích obvykle benigně, nezanechává trvalé následky, odeznívá při plné abstinenci od alkoholu po několika dnech, výjimečně po týdnech i bez léčby. Trvání léčby podstatně zkrátíme farmakoterapeuticky.

Rezistentní nebo zanedbané případy mají tendenci k chronickému průběhu, objevují se paranoidní postoje s osobnostními změnami psychotického rázu, a pokud se nepodaří u nemocného dosáhnout plné abstinence od alkoholu po dlouhou dobu, může takový stav vést k ztrátě pracovní schopnosti a invaliditě.

Nemocní po odeznění alkoholického deliria a alkoholické halucinózy by měli prodělat ústavní protialkoholní léčbu v rozsahu, který jim umožní zlepšit somatický stav, a to v délce tří měsíců.²¹

Wernickeova encefalopatie

Wernickeova encefalopatie – „*Neurologická porucha vznikající při těžkém nedostatku vitamínu B1, např. u alkoholiků nebo po resekcii žaludku. Projevuje se poruchami vědomí deliriem, obrnou okohybných svalů s diplopií, poruchami chůze, ataxií, demencí aj. Wernickeovo centrum – oblast mozkové kůry, v níž je sensorické centrum řeči, tj. oblast odpovědná za porozumění mluvené řeči. U praváků je obvykle umístěno v levé části mozku*”²²

Při této maligní formě alkoholického deliria se často objevují záchvaty křečí, obrny okohybných svalů, nystagmu, objeví se záškuby svalové, ataxie, horečky, dochází k somnolenci a prohlubování poruch vědomí.

Vyléčení bez následků je zcela výjimečné. Pokud se nemocného podaří zachránit, zůstávají ireverzibilní mozkové následky, které se projevují demencí nebo Korsakovským syndromem.²³

²⁰ Wikipedia Alkoholismus [on-line]. Poslední revise 2009. [cit. 8. 4. 2009]

²¹ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

²² Velký lékařský slovník [on-line]. Cit. 8. 4. 2009. Dostupné z www:

<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/wernickeova-encefalopatie>

²³ SKÁLA, J. ...*až na dno*. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

Korsakovova alkoholická psychóza (importovaná psychóza): ²⁴

Korsakovova alkoholická psychóza se objevuje nepodmíněně v průběhu závislosti na alkoholu, nebo jako vyústění protahovaně probíhajícího deliria alkoholického. Objevuje se po užití nečistého alkoholu. Projevuje se naprostou ztrátou paměti. Jedinec je v naprosté euforii, je usměvavý a hovorný. Trpí smyšlenkami, konfabulacemi. Emoce jsou kolísavé.

Léčba: vysoké dávky vitamínu skupiny B, doplněných nootropiky. Samozřejmě je potřebná abstinence od alkoholu.

Paranoidní alkoholická psychóza ²⁵

Projevuje se bludným přesvědčením o nevěře svého partnera. Objevuje se zpravidla u mužů na vrcholu jejich alkoholové kariéry. Může dojít k agresi k partnerce nebo domnělému sokovi, partnerské vztahy se rozpadají.

Léčba: Po nemocném vyžadujeme důslednou abstinenci od alkoholu. Bludné postoje a chování tlumíme neuroleptiky.

Alkoholová demence

„Projevuje se jako jiné demence postupným zhoršováním paměti, úsudku a duševních schopností sloužících k zajišťování svých životních potřeb. Pro alkoholovou demenci jsou typické tzv. konfabulace: fakt, že si pacient něco nepamatuje „maskuje“ vymyšlenými údaji, přičemž ale na stejnou otázku pokaždé odpoví jinak. Postižený si své poškození neuvědomuje. Alkoholová demence je na rozdíl od ostatních demencí reverzibilní, tj. může dojít k navrácení ztracených resp. poškozených duševních schopností, a to pokud pacient dlouhodobě abstínuje. K léčbě bývají používány některé vitamíny” ²⁶

1.4. Somatické následky alkoholu

Funkční a orgánové poškození související s alkoholem závisí zejména na množství požitého alkoholu a délce jeho požívání. Citlivost jednotlivých orgánů je různá, a proto je

²⁴ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

²⁵ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

²⁶ Wikipedia.Alkoholismus[on-line] .Poslední revise 2009.[cit. 8.4.2009]

velmi obtížné stanovit obecnou hranici mezi škodlivou a relativně neškodnou dávkou alkoholu.

Infekční nemoci²⁷

Alkohol potlačuje buněčnou a humorální imunitu. Snižuje aktivitu alveolárních makrofágů, neutrofilů a aktivitu baktericidní sféry. Nepříznivý vliv abúzu je nejvýraznější u plicní tuberkulózy. U alkoholiků se objevují často nečekané reinfekce a superinfekce, rozpad plicní tkáně a vylučování BK sputem. Léčení a hojení je komplikované a dlouhodobé. U nedisciplinovaných pacientů hrozí šíření tuberkulózy v populaci. U šíření venerických onemocnění je podíl alkoholu velký, neboť potlačuje morální zábrany a snižuje kritičnost, vede k nevybíravému střídání partnerů.

Zhoubné nádory²⁸

Stále více se mluví o přímém působení alkoholu jako kancerogenu. Většinou nelze oddělit alkohol a kouření. Většina alkoholiků je vášnivými kuřáky. Nepříznivé vlivy na lidský organismus se tak znásobují. U pijáků se vyskytuje velice často rakovina ústní a nosohltanu, jícnu, žaludku nebo tenkého střeva. Byla objevena i velice úzká souvislost mezi konzumací piva a rakovinou rekta.

Zvyšující se konzumace alkoholu zvyšuje pravděpodobnost onemocnění jaterní cirhózou, která vytváří ideální podmínky pro vznik rakoviny plic. Na primární rakovinu jater umírá 40 až 90 % nemocných s jaterní cirhózou.

U pijáků se objevuje i zvýšené riziko rakoviny dýchacího ústrojí. Z velké části se sice na tom podílí kouření, ale bylo zjištěno, že i samotný abúzus znamená zvýšené riziko.

Nemoci s vnitřní sekrecí²⁹

Alkohol zasahuje nepříznivě i do hormonální regulace organismu. Inhibicí antidiuretického hormonu zvyšuje diurézu, inhibicí oxytocinu tlumí kontrakce těhotné dělohy.

²⁷ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

²⁸ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

²⁹ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

Zvyšuje hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu. Sekrece aldosteronu po malých dávkách alkoholu klesá, po velkých stoupá.

Nadměrný příjem alkoholu u mužů vede k snížení hodnot testosteronu a může dojít až k atrofii varlat. Po delším užívání alkoholu u těžkých pijáků dochází až k impotenci.

Nedostatek jaterního glykogenu a pravděpodobná stimulace sekrece inzulínu alkoholem vedou k hypoglykémii, která může způsobit za 6 až 36 hodin po požití alkoholu hypoglykemické koma. Chronický abúzus alkoholu může vést k poruše sekrece inzulínu a podílet se tak na vzniku diabetu.

Poruchy výživy a přeměny látek³⁰

Stavy proteinoenergetické podvýživy, kdy má pacient méně než 90% normy hmotnosti podle věku, bývají časté v případech, kdy pacient značnou část potřebné energie kryje alkoholem a má nedostatečný přívod potravy. Avšak vzhledem k vysoké energetické hodnotě alkoholu může dojít k opačné situaci, k obezitě, a to zejména u pijáků piva.

Velice časté jsou vitamínové karence. Nedostatek vitamínů skupiny B může poškodit mozek a periferní nervy. Nedostatek vitamínu B12 a kyseliny listové vyvolá anemii, alkoholová pelagra je projevem nedostatku vitamínu PPF. U alkoholiků dochází k poruchám glycidů, proteinů, lipidů (sleduje se zejména hladina cholesterolu), metabolismu kyseliny močové (alkohol zvyšuje tvorbu kyseliny močové a blokuje její vylučování ledvinami, dochází k hyperurikémii, která může být klinicky i asymptomatická), metabolismu draslíku, metabolismu železa a metabolismu porfyrinů (nejčastěji porfýria cutanea tarda).

Nemoci krve a krvetvorných orgánů

*„Toxické působení alkoholu na kostní dřen může vést k poškození tvorby erytrocytů, leukocytů a trombocytů. Různé formy anémií se objevují v kombinaci s poruchami výživy a případným krvácením. Lehké sideropenické anémie se vyskytují při nedostatečném přívodu železa, těžké formy po masivních krváceních do trávicího systému.“*³¹

³⁰ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

³¹ SKÁLA, J. *...až na dno*. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

Pokles počtu granulocytů a lymfocytů se projevuje snížením obranných schopností proti infekcím. Poruchy hemokoagulace způsobuje nejen narušená funkce trombocytů, ale i nedostatek koagulačních bílkovin, jejichž tvorbu v játrech alkohol blokuje. Následné snížení srážlivosti krve se může nepříznivě projevit při krvácení do trávicího systému, do mozku a při větších poraněních.³²

Nemoci nervové

„Alkohol poškozuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh citlivosti pro bolest, snižuje křečový práh, poškozuje REM spánek a vyvolává změny a EEG. Různá poškození nervového systému a periferních nervů jsou proto při abúzu alkoholu velmi častá. Podílejí se na tom nejen nepříznivé působení alkoholu, ale i špatná výživa a opakované poranění hlavy. Objevují se poruchy krátkodobé a dlouhodobé paměti, poruchy hybnosti a koordinace, poruchy vnímání a koncepčního myšlení.“³³

Skála zahrnuje do nervových nemocí:

Alkoholický tremor (nejčastější projev abúzu) – třes víček, prstů, rukou, někdy i jazyka, rtů, paží, hlavy, celého těla (ranní třesy abuzérů, ustupující po ranních dávkách alkoholu, jsou znakem fyzické závislosti na alkoholu)

Mozková atrofie (nejčastější nález u osob závislých na alkoholu) – základní faktory, které způsobují mozkovou atrofii, jsou věk a délka abúzu alkoholu. Nejzávažnější nálezy jsou proto u starších abuzérů. Mozková atrofie začíná již v raných stádiích alkoholové závislosti.

Wernickeova encefalopatie – inaktivní formy se pokládají za podklad Korsakovovy psychózy a alkoholické demence.

Alkoholická mozečková atrofie – porucha koordinace hybnosti, nejistá chůze a třes. Ke zvýraznění příznaků dojde po odnětí alkoholu.

Centrální pontinní myelinolýza (méně častá onemocnění)

Alkoholická epilepsie

Alkoholická polyneuropatie (nejčastější onemocnění periferních nervů u abuzérů) – symetrický nález na distálních partiích dolních končetin. Později se může objevit i na horních

³² SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

³³ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

končetinách. Projevuje se svalovou slabostí, svalovými křečemi, bolestivostí a třesem. Reflex Achillovy šlachy je oslaben nebo zcela chybí. Abstinence je pro léčbu zcela nezbytná.

Nemoci oběhové soustavy: ³⁴

Systémová arteriální hypertenze – se vyskytuje u osob pijících velké množství alkoholu (mají vyšší krevní tlak). Hypertenze je závislá také na obezitě, spotřebě kávy a cigaret. Kombinovaný vliv hypertenze a alkoholu na myokard může vést k alkoholové kardiomyopatii se srdečním selháním.

Ischemická choroba srdeční - pacienti pijící pravidelné dávky alkoholu mají menší výskyt infarktu myokardu, ovšem jsou více ohroženi zvýšeným krvácením při úrazech do trávicího systému a mozku.

Alkoholická kardiomyopatie – etiologickými faktory jsou alkohol a karence vitamínů skupiny B, nahromadění lipidů a pokles magnézia.

Nemoci dýchací soustavy

Bronchitidy, bronchopneumonie, pneumonie.

Nemoci trávicí soustavy ³⁵ - alkohol výrazně ovlivňuje trávicí systém

Onemocnění jícnu (výskyt u alkoholiků je až 6krát větší) – objevuje se jako komplikace jaterní cirhózy. Dochází až k těžkým krvácením.

U jedinců závislých na alkoholu může dojít k *nemoci žaludku a dvanáctníku*.

Alkoholická steatóza – játra alkoholiků mají elastickou konzistenci, zakulacený, neostrý okraj a při palpaci nebolí. Většina pacientů je bez subjektivních potíží. V jaterním parenchymu je velké množství tuku. Abstinence vede k vymizení steatózy, pokračování abúzu alkoholu ohrožuje pacienta vznikem hepatitidy a jaterní cirhózy.

Alkoholická hepatitida – velmi těžké onemocnění s bolestmi v podbřišku, zvracením, poklesem hmotnosti, horečkou a projevy zvýšené krvácivosti. Játra jsou zvětšená, tužší

³⁴ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

³⁵ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

konzistence, palpačně citlivá, mají ostrý spodní okraj. Při nepřerušném přísunu alkoholu hrozí chronická agresivní hepatitida až cirhóza.

Alkoholická cirhóza (nejzávažnější onemocnění abuzérů alkoholu) – ke vzniku cirhózy může dojít již za pět let při denním konzumu 4 desetistupňových piv. Cirhotická játra jsou vhodným terénem pro vznik primární rakoviny jater (steatóza-hepatitida-cirhóza-hepatom). Játra jsou velká, tvrdá, s ostrým okrajem, většinou nebolestivá. Může se objevit zvýšená únava, zažívací potíže. Trvalá abstinence je podmínkou udržení života.

Další onemocnění při závislosti na alkoholu – onemocnění pankreatu, akutní pankreatitida, chronická recidivující pankreatitida, vleklá kalcifikující pankreatitida.

Nemoci močové soustavy³⁶

Alkoholická proteinurie, alkoholická nefropatie.

Nemoci kůže a svalů³⁷

U osob s abúzem alkoholu se někdy objevují hnisavá onemocnění kůže a podkožního vaziva. Souvisí to s poklesem imunity a někdy se sníženou osobní hygienou. Při abúzu alkoholu mohou být změny na kůži, a to, červený a bílý dermografismus a mramorování kůže. Může se objevit zarudnutí očních víček, překrvení spojivek, ragády ústních koutků.

Kožní změny při cirhóze – pavoukovité névy červenohnědé barvy, symetrické bílé proužkování nehtů.

Porfíria cutanea tarda – pacienti se většinou dostanou do péče dermatologa. Na kůži jsou puchýřky, hypertrichoza, hyperpigmentace. Změny jsou nejvíce patrné v obličeji a na rukou.

Alkoholická rabdomyolýza - vzácná forma alkoholické myopatie s poškozením základních svalových struktur.

Chronická alkoholická myopatie – svalové bolesti, ochablost, hypotrofie až atrofie.

³⁶ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

³⁷ SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

Úrazy a otravy často souvisejí s abúzem alkoholu. Mívají těžší průběh a horší hojení. U úrazů v ebrietě se zvyšuje krvácivost a krevní ztráta. Částečnou výhodou je analgetický a protišokový vliv alkoholu, takže je možné nějaká menší poranění ošetřit bez anestézie.

1.5. Léčba závislosti na alkoholu

Historie léčby alkoholismu v českých zemích:

Před sto lety, v roce 1905, byl založen „Zemský spolek pro potírání alkoholismu v Království českém“. Alkoholismus v českých zemích představoval na přelomu 19. a 20. století vážný zdravotní a zejména sociální problém. Svědčí o tom „Zpráva zemského výboru Království českého o zemských ústavech humanitních a o stavu veřejného zdravotnictví“ z roku 1901 přirovnávající v názvu sugestivně alkoholismus k moru. Největší spotřeba alkoholu v roce 1900 byla, jak to dokládá historický údaj o průměrné spotřebě, v Ostravě. Zvládání hlučných, agresivních opilců, obtěžujících ostatní občany, rušících noční klid a znečišťujících nejen hospody, ale také veřejná prostranství, bylo úkolem městské stráže, četnictva, resp. policie. K deportaci opilců byla používána tzv. košatina - šlo o dvoukolák, poháněný lidskou silou dvou mužů, kteří opilce po ulicích sbírali. Tato doprava fungovala celkem spolehlivě. Alkoholici v bezvědomí se dopravovali do nemocnice, alkoholici ve stádiu vzrušení se dopravovali na policejní strážnici.

V roce 1951 „U Apolináře“ otvírá MUDr. Jaroslav Skála první protialkoholní záchytnou stanici. Jednalo se o první zařízení svého druhu na světě. Bylo koncipováno jako preventivní a léčebné zdravotnické pracoviště. „Apolinář“ nabízel zachyceným navazující služby, od motivačních rozhovorů po střízlivění až po nabídku ústavní odvykací léčby. První protialkoholní poradna byla založena v roce 1910. V roce 1931 vznikla druhá poradna pod vedením Dr. Z. Lauterera. Dr. Jan Šimsa, sekundární lékař Královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech (1895) považuje pijáctví za léčitelné. Doporučuje zřízení zařízení odpovídajícím stavu pijáků. V roce 1909 vznikla protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích, kterou založil bývalý katolický kněz B. Konařík-Bečvan. Zanikla v roce 1914. V roce 1924 tentýž muž otevřel další protialkoholní léčebnu v Teplicích-Šanově pod

³⁸ SKÁLA, J. ...až na dno. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

názvem „Abstinční pensionát zámek Tuchlov“. Prvním poválečným specializovaným zařízením pro léčbu alkoholismu se stalo Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze „U Apolináře“. ³⁹

Farmakoterapie z pohledu historie: ⁴⁰

V roce 1925 zkouší poprvé ambulantní formu averzivní terapie s použitím apomorfinu Dr. Svítek na Slovensku. V roce 1949 Dr. Rubeš a Dr. Vencovský zahajují v Plzni léčbu, při které se používá disulfiram (ANTABUS), blokující proces metabolismu etylalkoholu v lidském organismu tak, že při požití alkoholu dochází k hromadění jeho meziprojektu (metabolitu) acetaldehydu, který způsobuje následně nepříjemné stavy („antabusovou reakci“). Rozšíření léčby napomáhá v roce 1950 státní antabusová akce, kterou koordinují Dr. Rubeš a Dr. Hejlová z Ministerstva zdravotnictví. Podávání Antabusu se posléze stává součástí obligátní léčebné nabídky ordinací AT a v léčbě se používá dodnes.

„V roce 1958 použili poprvé Francouzi Royer a Raucoules při léčbě deliria tremens s úspěchem clometriazol (HEMINEVRIN). Ten je záhy na to zaveden do léčby alkoholových delirií i u nás a až do současnosti je považován za lék volby při léčbě tohoto život ohrožujícího odvykacího stavu u alkoholiků.

Koncem minulého století se začínají v odvykací léčbě výrazněji prosazovat „anticravingové“ preparáty, snižující craving (touhu po alkoholu). Prokazatelné účinky mají dva přípravky a to CAMPRAL a REVIA. Tyto látky si ovšem musejí pacienti plně hradit sami.

Formy léčby: ⁴¹

1. *Ambulantní léčba:* Objevuje se ve specializovaných zařízeních, většinou jsou to ordinace AT. Zde léčba spočívá ve vyšetření pacienta, v podávání injekcí, vitamínů, tablet Antabusu a zejména v psychoterapii, která pomáhá kromě jiného řešit problémy pacienta i jeho rodiny. Ambulantní léčba nevyžaduje pracovní neschopnost, což je výhoda. Poradny mají ordinační hodiny přizpůsobeny tak, aby je mohli lidé navštěvovat po pracovní době. Také je možnost anonymní léčby, tzn., že člověk nemusí udávat své jméno. Tato léčba je velmi praktická, jakmile se ovšem pití klientovi vymkne z rukou, je velmi potřebná léčba ústavní.

³⁹ POPOV, P. Z historie léčby v českých zemích[on-line]. Poslední revize 2005.[cit. 8. 4. 2009]

⁴⁰ POPOV, P. Z historie léčby v českých zemích[on-line]. Poslední revize 2005.[cit. 8. 4. 2009]

⁴¹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-X

2. *Ústavní léčba:* Pro překonání problému s alkoholem je vhodná specializovaná odvykávací léčba. Léčbu pacient podstoupí sám a dobrovolně nebo, v některých případech je léčba nařízena soudem při rozsudku, tj. ochranná léčba. Může být ambulantní i ústavní. Léčba se provádí jak ve zdravotnických zařízeních, tak i v nápravných zařízeních. O ukončení ochranné léčby rozhoduje soud. Délka ústavní léčby bývá v některých ústavních zařízeních pevně stanovená. Zpravidla trvá tři měsíce. Je ale možná dohoda mezi pacientem a lékařským týmem. Potom mluvíme o individuální ústavní léčbě. Při navrhování délky léčby by se měl brát v úvahu stav při přijetí, životní situace, délka předchozí abstinence, duševní a tělesná kondice.
3. *Denní stacionář:* Pacient dochází na léčbu asi jako do práce. Přijde např. v 7,00 a odchází v 15,00 hod. Pacient je v pracovní neschopnosti. Tento stacionář se může využít na závěr léčby, kdy se tímto usnadňuje přechod do normálního života. Denní stacionáře fungují samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Jsou často mezistupněm mezi ústavní a ambulantní léčbou. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou.
4. *Noční stacionář:* Pacient přichází do zařízení po pracovní době. V zařízení zůstává přes noc a ráno odchází do zaměstnání. Tato forma léčby je však pro lidi, kteří jsou v dobrém stavu, nemají však kde bydlet nebo mají velké rodinné problémy. Noční stacionáře mohou pracovat samostatně nebo opět navazovat na ústavní léčbu. Nejsou ovšem, bohužel, u nás rozšířeny.
5. *Záchytná stanice:* je to preventivní instituce. Má za úkol detoxikaci zachycených osob dopravených na záchytnou stanici, protože byly „nebezpečné“ sami sobě nebo okolí. Záchytná stanice zasílá záznamy o každé zachycené osobě příslušné ordinaci AT. Účelem záchytné stanice je detoxikační. Intoxikované osoby jsou ponechány a sledovány tak dlouho (10 – 24 hodin), dokud neproběhne intoxikace a proces detoxikace. V případech, kdy jde o těžký stav intoxikace (bezvědomí) je nejprve osoba ošetřena na ARO nebo JIP .

LÉČBA ZÁVISLOSTI: ⁴²

Biologická léčba:

Antabus (Disulfiram) - lék užívaný k léčbě alkoholismu. Současné podání alkoholu a antabusu vede k řadě nepříjemných příznaků (zarudnutí, dechovým obtížím, bušení srdce, bolestem hlavy, zvracení).

Alkoholici mají tím větší šance zůstat abstinenty, čím déle při protialkoholické léčbě používají některý lék s podobnými účinky jako Antabus. Tyto svoji povahou "odstrašovací" léky vyvolávají už po hltu alkoholu pocit nechutenství, rychlé bušení srdce, závratě a zvracení. Největší účinek však mají na psychiku alkoholiků. ⁴³

Zkušenosti českých lékařů potvrzují podle Ladislava Csemyho z Psychiatrického centra v Praze, že vhodná terapie léky zlepšuje výsledky léčby závislosti na alkoholu. Nemusí to být jen léky s odstrašujícími účinky jako disulfiram, ale také takzvané anticravingové léky, které snižují touhu po alkoholu. Ty jsou ale poměrně drahé, měsíční dávka stojí kolem třech tisíc korun a zdravotní pojišťovny je nehradí. Podávání Antabusu musí být vždy kontrolované. Podává jej zdravotník nebo terapeut. Nikdy ne sám pacient nebo člen rodiny. Léčba disulfiramem není léčbou kauzální, ale Antabus je preventivum, které zabraňuje požívání alkoholu.

Jiné alkohol senzibilizující preparáty:

- Calciumcyanamid (Calciumcarbamid, Dipsan) – účinek je obdobný jako u disulfiramu, ale mírnější a kratší. Užívá se tam, kde disulfiram má kontraindikace, jeho aplikace musí být každodenní.
- Metronidazol – alkoholici na základě zkušeností s tímto preparátem tvrdí, že alkohol jim méně chutná, snižuje toleranci, údajně zabraňuje ztrátám kontroly a excesivnímu abúzu.
- Nitrofazol (Altimol) – účinkuje jako disulfiram, ale je méně intenzivní. Výhoda spočívá v dlouhodobé účinnosti (až sedm dnů).
- Lithium

⁴² SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

⁴³ Co je to antabus [on-line]. Cit.8.4.2009 Dostupné z [www:< http://drogy.abecedazdravi.cz/co-je-to-antabus>](http://drogy.abecedazdravi.cz/co-je-to-antabus)

Chemická averzivní léčba:

- Apomorfin – různé modifikace jeho použití sledují stejný cíl, jímž je záporná reakce na alkohol. Pacienti při této terapii vidí, čichají, chuťově zkoušejí alkoholické nápoje. Nepolykají je. Krátce na to se jim podá apomorfin v subkutánní injekci. Reakce apomorfinu trvá 10 - 15 minut. Reakce je ze začátku bouřlivá, dochází ke krátkodobým kolapsům.
- Emetin – účinek oproti apomorfinu je protražovanější, méně bouřlivý, preparát je však mnohem toxičtější. Průvodními jevy jsou průjemy, protražovaná nauzea a emeze, nechutenství, úbytek na hmotnosti, tělesná únava, bolesti v dolních končetinách, dušnost, lehké závratě, blefaritidy.

Elektroaverzivní léčba:

Je velmi výhodná a obecně použitelná, protože je téměř bez kontraindikací. Po dobu terapie se využívá elektroimpulzů z tranzistorového stimulatoru. Tuto formu použili v Nitře na protialkoholním oddělení u pacientů, kde se vyskytovaly somatické kontraindikace bránící aplikaci chemické formy (apomorfin). Pacienti dostali pokyn, aby si nalili nápoje do pohárů a potom k nim čichali. Po dobu této činnosti dostávali náhodné nepříjemné stimulační úderky. Pak dostali instrukce k ochutnání nápojů. V této době dostávají elektrické úderky s největší intenzitou a frekvencí. Po vyplivnutí alkoholu úderky přestávají. To celé se několikrát opakuje po dobu 20 – 30 minut. Výsledky byly stejně dobré jako u averzivní léčby chemické, přičemž doba léčby byla zkrácena z 3 na 2 měsíce.⁴⁴

Psychoterapie:

Psychoterapie je soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních komunikačních technik užívaných psychoterapeutem k zvýšení duševního zdraví klienta či pacienta nebo ke zlepšení vztahů uvnitř skupiny, např. rodiny. Většina psychoterapeutických sezení je založena na rozhovoru, ačkoli u některých se využívají i další způsoby komunikace jako psaní, kreslení nebo komunikace prostřednictvím doteku. Psychoterapie obvykle probíhá mezi

⁴⁴ SKÁLA, J. ...až na dno. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

psychoterapeutem a jeho klientem či klienty, kteří mohou být z jeho rodiny nebo z nejbližšího společenského okolí. Mluví o svých tématech ve snaze dostat se k hlubším problémům a nalézt pro ně vhodná řešení.

Léčení může být zaměřené na specifická duševní onemocnění (neurózy, alkoholismus, drogová závislost...) nebo také na problémy běžného života (vztahové problémy, existenciální krize, soužití s těžce nemocnou osobou). Řešení druhé skupiny problémů by však nejspíš bylo vhodnější nazývat poradenstvím než psychoterapií. Někteří psychoterapeuti odmítají termíny jako nemoc a léčba a nechtějí svého klienta léčit lékařskými postupy. Sami sebe vidí spíš jako poradce či učitele, který klientovi pomáhá, respektuje jej a respektuje i jeho soukromí.

Léčebný cíl psychoterapie - je trvalá a důsledná abstinence.

Můžeme zde zařadit alternativu kontrolovaného pití (ovšem z praktického hlediska a ze zkušenosti alkoholiků, není tato metoda ideální. Snadno se dá porušit a alkoholik se vrací zpátky k závislosti, jeho špatná a slabá vůle ho většinou zradí.)

Patří zde i alternativa náhradní drogy – což v praxi alkoholiků znamená kouření.

Při každé psychoterapii se pacienti učí především: sociálním dovednostem, akceptování sebe a důvěře k sobě, porozumění, akceptování a důvěře k jiným lidem, vyjádření a přijímání nepříjemných pocitů, porozumění tomu, co je realita a jak jednat efektivněji, kontrole vlastního jednání a impulsů, vytváření smysluplných cílů a realistických plánů k jejich dosažení, sebeidentitě.

Skupinová psychoterapie:

Skupinová psychoterapie je ve srovnání s individuální psychoterapií účinnější a také oslovuje určité osobnostní rysy osob závislých na alkoholu. Cílem skupiny není jen abstinence, ale překonání obranných mechanismů, práce na motivaci, prožívání a vytváření jiných životních perspektiv, zacházení se svými afekty, emocemi, s pocitem viny, s hostilitou, úzkostí a depresívními náladami. Ve skupinové psychoterapii oproti individuální psychoterapii se objevuje tzv. *korektivní emocionální zážitek*. Ten představuje pro pacienta silnou emoci a současně i značné riziko. Toto riziko jedinec v rámci skupiny překonává.

Rodinná a manželská terapie:

Manželská terapie je formou speciální psychoterapie, která se zaměřuje na manželskou dvojici. Cílem této terapie je zvládnout problémy, které ve vztahu nastaly, zvládnout partnerovu závislost, vyrovnat se s ní a řešit ji. Terapeut by měl oba partnery povzbuzovat, motivovat, dodávat jim síly k překonání problému.

Rodinná terapie se zaměřuje především na vztahy rodičů a dětí. Účast rodiny a partnera na léčbě je velice podstatná a pacientovi pomáhá, aby závislost překonal. Důležitou roli hraje rodina i partner v doléčování, které je předpokladem dlouhodobého až trvalého léčebného efektu.

Doléčování a následná péče:

Doléčování zcela intenzivně navazuje na ústavní nebo ambulantní léčbu. Je to dlouhodobý efekt léčby a zdůrazňuje prevenci recidivy.

Socioterapeutické kluby:

„Anonymní alkoholici“ je nejznámější svépomocná organizace, která vznikla v roce 1935 ve Spojených státech amerických. Od té doby bylo založeno mnoho jiných organizací, které však pracují na stejném principu. Základem je přiznat svoji bezmocnost vůči droze, zavázat se k upřímnosti a odhodlání s problémem bojovat a nebát se požádat o pomoc. Na rozdíl od Anonymních alkoholiků jsou socioterapeutické kluby vedeny nebo podstatně ovlivňovány profesionálními pracovníky.

Anonymní alkoholici:

AA je společenství mužů a žen, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, síly a naděje, aby mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Jedinou podmínkou pro členství je přání přestat pít. Prvořadým cílem je zůstat střízliví a pomáhat ke střízlivosti jiným alkoholikům.⁴⁵

⁴⁵ Kdo jsou anonymní alkoholici [on-line]. Cit. 8. 4. 2009. Dostupné z www:< <http://aacesko.sweb.cz/>>

Nepřítomnost pravidel, stanov nebo nezbytností je jednou z unikátních vlastností AA, jak jako lokální skupiny, tak jako celosvětového společenství. Neexistují zde předpisy, které by říkaly, že člen se musí zúčastnit určitého počtu setkání za dané období.⁴⁶

14. prosince 1989 byla oficiálně založena česká skupina AA pod názvem „Serenity Group“. Zakládajícími členy byli Václav G. a Jiří R. Od roku 1991 začaly vznikat další skupiny AA v České republice: v Ostravě, Karlových Varech, Brně, Pacově atd. Od roku 1995 se o zakládání skupin v ČR staral a dosud stará čechoameričan Alois K. (Pacov, Tábor, Liberec).

V Praze vznikaly skupiny AA v církevních kostelech a zařízeních (kostel Nejsvětějšího Srdce Páně na náměstí Jiřího z Poděbrad v Praze 3, v zařízení Starokatolické církve v Konviktské ul. v Praze 1, v bohoslovecké fakultě Husitské církve v Černé ul. v Praze 1, na katolické faře v Celené ul. v Praze 1, evangelický kostel sv. Salvátora v Salvátorské ul. 1 na Starém Městě). Během velkých církevních svátků (Velikonoce, Vánoce) však byly omezené možnosti pořádat mítinky. Od roku 1997 jsou soustředěny téměř všechny mítinky AA v Praze, v suterénu domu č. 16, v ulici Na poříčí v Praze 1, české i anglické.

Za velmi důležité pokládám zmínit se o trvalé pomoci z GSO AA v New Yorku. Od počátku vzniku AA v ČR poskytují materiální pomoc (překlady a vydávání literatury v českém jazyce) a pomoc při řešení problémů korespondenční formou (Loise Fisher). V květnu 1994 uspořádali (John Grand, Vinnie McCarthy) v Praze v hotelu Renaissance v Praze I, konferenci o AA s tlumočnickem do češtiny. V roce 1999 Čechy navštívily Vinnie McCarthy a Joanie Moncrief. V roce 1999 se u nás také zastavila Eva Sanchez při cestě do Ruska.

V současné době je v České republice 32 skupin AA v osmnácti městech (Brno, České Budějovice, Český Krumlov, Havířov, Jeseník, Jihlava, Jindřichův Hradec, Karlovy Vary, Liberec, Mělník, Most, Orlová, Ostrava, Pacov, Pelhřimov, Písek, Plzeň, Praha, Soběslav, Tábor, Teplice, Třebíč, Zlín, Znojmo).

⁴⁶ Kdo jsou anonymní alkoholici [on-line]. Cit. 8. 4. 2009. Dostupné z [www:< http://aacesko.web.cz/>](http://aacesko.web.cz/)

Ve společenství AA probíhá tzv. program uzdravování:

Po účasti na několika setkáních nově příchozí určitě uslyší zmínky o takových věcech, jako je „Dvanáct kroků“, „Dvanáct tradic“, „uklouznuti“, „Modrá kniha“ a ostatní výrazy, charakteristické pro AA.

1.6. Resocializace jedince a následné začlenění do společnosti:

Resocializace a následné začlenění do společnosti, do rodiny, mezi známé a přátelé stojí vyléčeného alkoholika spoustu energie, odříkání a hlavně vůle. Vůle zůstat střízlivý je to nejdůležitější. Je to základ, na kterém stojí nový život, po kterém alkoholik tak dlouho prahl. K silné vůli musíme také přidat silnou motivaci. Vyléčený jedinec chce být opět součástí rodiny, kterou měl. Stane se, že rodina v důsledku alkoholové závislosti jedince se rozpadla a tak jedinec touží si založit rodinu novou.

Závislost na alkoholu člověka nelítostně svazuje. Ničí mu zdraví, odráží se na jeho psychice. Toho všeho se chce vyléčený vyvarovat. Nepříjemné zážitky má pořád před očima a ty ho vedou po té správné cestě. Je dobré v tomto stádiu, aby na ten boj nebyl vyléčený sám. Lehce se sklouzne na dno skleničky při prvním problému, který nastane. Od toho tady jsou socioterapeutické kluby a společnost Anonymních alkoholiků.

V neposlední řadě je důležitou součástí doléčení a vstupu do nového života nové zaměstnání. Vyléčený alkoholik by měl docílit, nebo alespoň se pokusit, o svojí seberealizaci. Vrátit se ke svým koníčkům nebo si najít nové. Najít si nové přátele a známé. Abstinenty, lidi, kteří nepijí a jeho abstinenci budou podporovat.

2. Prevence alkoholové závislosti

Pozornost se při prevenci soustředí na „zábranu iniciace“ (startu, začátku příjmu drog). Také je pozornost zaměřena na zjišťování představ, postojů a přesvědčení dětí a adolescentů o věcech týkajících se drog, zvláště jejich rizikového účinku, a odhalování tzv. falešných představ, se kterými se v této oblasti nesetkáváme u veřejnosti málo. Relativně nejúčinnější formy jsou formy, kde se „stejní věnují stejným“, tj. např. mladí lidé pracují s mladými lidmi

v rámci formování představ a postojů. Prevencí myslíme také ovlivňování dětí jejich vlastními rodiči.⁴⁷

2.1. Prevence ve školských zařízeních:

„Peer program“ – Mladí lidé se učí dovednostem potřebným pro práci se skupinou, dorozumívání se s druhými lidmi, rozhodování a řešení problémů, seznamují se s informacemi o nebezpečích alkoholu a jiných drogách, jak přistupovat k vrstevníkovi, který s nimi má problémy. Takto připravení mladí lidé pracují se svými o málo mladšími spolužáky nebo mladými lidmi z okolí. Organizují za pomoci dospělých společenské večírky bez alkoholu a drog, vedou diskusní skupiny, poskytují druhým oporu i radu v obtížných situacích.⁴⁸

Školská zařízení by měla:⁴⁹

- organizovat besedy na předem vybraná témata - zvyšování informovanosti
- vzdělávat učitele v oblasti sociálně-psychologických forem práce se skupinou, které je možné uplatnit při třídních hodinách, tyto formy práce nebývají zastoupeny ve vzdělávacích programech pedagogických fakult
- umožnit další vzdělávání pedagogů – v oblasti prevence všech patologických jevů
- zásady efektivní primární prevence drogových závislostí v týmové spolupráci
- systematické vzdělávání školního metodika

Preventivní program FIT IN

Je nevládní iniciativou, spolupracuje s řadou vládních institucí a organizací (BESIP, Výzkumný ústav pedagogický, MŠMT, Ministerstvem zdravotnictví...). Anglické sloveso „FIT IN“ znamená hodit se nebo být vhodně zasazen. FIT IN nabízí preventivní aktivity jednotlivým rizikovým skupinám, zejména dětem a dospívajícím. Cílem programu je pozitivní zdraví. Program FIT IN nespolehá na nahodilé a improvizované akce, ale směřuje

⁴⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001, ISBN 80-7178-551-2

⁴⁸ NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha, Sportpropag, 1996 ISBN neuvedeno

⁴⁹ NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha, Sportpropag, 1996 ISBN neuvedeno

k vytvoření systému prevence, v němž by měl mít své místo učitel, rodič, vrstevník, žurnalista i zdravotník.⁵⁰

2.2. Prevence v rodinném prostředí:

Bezpečí domova a láska blízkých lidí – to je nejdůležitější a nezákladnější potřeba člověka. Pokud tato potřeba není naplněna, hledá ji jedinec mimo svůj domov. Je ovšem citlivější a zranitelnější a může snadno podlehnout negativním vlivům společnosti. Stává se většinou součástí nějaké party. Abychom se vyhnuli této nepěkné budoucnosti, měli bychom se držet určitých zásad výchovy.⁵¹

Už od útlého věku dítěte, kdy je na nás dítě bezmezně závislé bychom měli mít na paměti prevenci citové deprivace. Pečovat o dítě s láskou a vřelostí. Vybudovat dítěti bezpečný domov.

V předškolním věku se dítě začíná od matky a blízkých rodinných příslušníků odpoutávat. Proniká do širšího světa mimo rodinu (školka, sousedé, vrstevníci). Dítě zkoumá své okolí a dostává se do souladu s autoritou svých rodičů. Již v tomto věku je důležité vštěpovat dítěti, že zdraví je důležitá hodnota a že je správné si ho chránit a podporovat. Dítě by mělo vědět, že okolní svět skrývá jistá nebezpečí a učit se jim bránit.

Dítě školního věku se učí mnoha dovednostem. Učí se vycházet s vrstevníky, zapojit se do skupiny, duševně pracovat, uspokojovat svoje tělesné i duševní potřeby. Je důležité zdůrazňovat dětem hodnoty zdraví. Postupně informace přeměňovat v pravidla a návyky a ty srozumitelně vysvětlovat. Musíme v dětech podporovat jejich důvěru k nám. Děti by se neměly bát nám říkat svoje problémy, svěřovat se nám. Rodiče musí umět naslouchat svým dětem. Udělat si čas je vyslechnout, podpořit v jejich školních výsledcích. V tomto věku by měla začít cílená prevence zaměřená proti škodám a dopadům způsobených alkoholem, tabákem a jinými drogami.

⁵⁰ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál 2000, ISBN 80-7178-432-X

⁵¹ NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha, Sportpropag, 1996 ISBN neuvedeno

Pubertální věk dítěte je věk velice náročný. Dochází k dozrávání tělesnému i duševnímu. Toto období je provázeno velkou vzpourou. Dítě se postupně odděluje od rodiny a vytváří předpoklady pro budoucí samostatný život. Pro mladé lidi tohoto věku je velmi důležitá skupina jejich vrstevníků. Ta jim může pomoci se alkoholem a drogám vyhnout anebo naopak představuje nebezpečí. Dospělý, by měl být zdroj informací, měl by povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Mladí lidé chtějí o svých problémech diskutovat a na to by měl být rodič připraven nejvíce. Prevence v této skupině je velmi důležitá, neboť bývá nejvíce ohrožená. Zneužívání alkoholu nebo drog v dospívání může vést k rychlému návyku. V prevenci mají velký význam programy za účasti vrstevníků – tzv. „*peer programy*“.

Zásady prevence:⁵²

- Získat důvěru dítěte – mluvit s dítětem o jeho problémech, vyslechnout dítě, udělat si na dítě čas, vnímat „co“ mluví, pozorovat ho jak „to“ mluví, a nelhat dítěti.
- Umět s dětmi mluvit o alkoholu a o drogách – musíme zvolit vhodnou situaci, nejlépe v přátelském a uvolněném prostředí, na rozhovor se připravit potřebnými informacemi.
- Předcházet nuditě – Nuda je jedním z důvodů, proč mladý člověk může sáhnout po droze. Mladého člověka bereme jako sobě rovného. Podílí se na rozhodování rodiny, zapojuje se do domácích prací. Povzbuzujeme dítě k zálibám a koníčkům, které vyplňují volný čas adolescentů.
- Rodič jako nositel hodnot a vzor pro dítě
- Umět pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti – Rodiče by měli vědět a zajímat se o společnost, která obklopuje jejich děti. Měli by učit své děti, aby si vážily vlastní osobnosti. Měli by je naučit rozlišovat skutečná přátelství.
- Posilovat zdravé sebevědomí dítěte

⁵² NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha: Sportpropag, 1996 ISBN neuvedeno

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Kazuistika

3.1 Identifikační údaje

- jméno a příjmení: F. N. (oslovení: pane F.)
- rodné číslo: 39****/****
- věk: 70
- stav: rozvedený
- adresa: Praha
- telefon: 2*****
- pojišťovna: 111
- vzdělání: kuchař, číšník
- národnost: česká
- vyznání: bez vyznání
- kontaktní osoba: syn Karel
- datum přijetí: 18. 11. 2009
- diagnóza při přijetí: cirhosis hepatis ethylického původu, alkoholismus

Pacient byl přijat pro dušnost, masivní otoky DK a ikterus jako následek dekompenzované jaterní cirhózy. Pacient je rovněž závislý na alkoholu. V této práci bude uvedeno ošetřování během těchto dní: 19. 11., 20. 11., 23. 11., 24. 11. 2009.

3.2 Lékařské diagnózy a anamnézy

3.2.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza:

- běžná dětská onemocnění
- GD vředy v roce 1986
- ICHS od roku 1992
- DM II od roku 2000

Operace

- operace katarakty v roce 1995

Rodinná anamnéza

- matka zemřela v 76 letech na CMP, léčena pro DM II
- bratr zemřel v 65 letech na CA plic
- dcera léčena údajně pro astma bronchiale

Alergická anamnéza:

- alergická onemocnění neguje

Farmakologická anamnéza:

- Furon 40mg tbl 1 – 0 – 0
- Verospiron 25 mg tbl 3 – 3 – 3
- Vasokardin 50mg tbl 1/2 – 0 – 1/2
- Insulin HM s. c. 18j – 0 – 18j
- Helicid 20mg cps. 1 – 0 – 1

Abusus:

- Nyní údajně kouří jen příležitostně, asi před 5 lety 20 cigaret denně
- Alkohol přiznává asi od roku 2000 láhev „šampusu“ denně, také pivo

Přítomný stav:

- celkový ikterus
- otoky DK
- ascites
- alkoholismus
- nechutenství
- zhoršené navázání kontaktu, pacient hůře chápe, občas zmatený
- oligurie

3.2.2 Lékařské diagnózy

1. Cirhotis hepatis ethylic. původu
2. Alkoholismus
3. Susp. ICHS v souč. LK dekompenz. - dále již nelze dohledat
4. DM II
5. st.p. GD vředech
6. st.p. op. šedého zákalu

3.3 Diagnosticko – terapeutická péče

3.3.1 Diagnostická péče

Fyziologická vyšetření:

- TK 110/60
- P 80' pravidelný
- TT 36,8 °C
- D 20 za min pravidelný
- Při vědomí, zhoršené navazování kontaktu
- výška 170cm
- váha nelze zjistit dříve 96 kg nyní pacient kachektický s velkým obvodem přes pas

Laboratorní vyšetření ze dne 20. 11. 09:

- KO v normě
- FW 20/52
- Biochemické vyš. krve ze dne 26.3.
 - K+ 3,8 (3,9 – 5,3)
 - Glykemie 7,5 (3,6-5,6) zaznamenáván denně velký glykemický profil nyní už nelze dohledat
 - AST 0,74 (0,16 – 0,63)
 - GMT 1,86 (0,15 – 0,92)
 - Bilir-celk 117,9 (3,0 – 19,0)

- Bilir –přímý 68,9 (0,0-2,0)
- Urea 8,6 (2,9-8,2)
- Cholest. 2,2 (3,4-5,0)
- HDL-Chol 0,33 (0,72-2,53)
- CRP 134,5 (0,0-6,5)
- Hematologické a hemokoagulační vyš. ze dne 1.4.03
 - KO v normě
 - FW 12/18
 - APTT 55s bez léčby koagulancii
 - INR 2,5
- Další vyšetření :
 - RTG S+P
 - Sono břicha

Plánovaná vyšetření: U pacienta nebylo plánované žádné další vyšetření.

3.3.2 Terapeutická péče

Farmakologická :

Per os.: Furon 40mg tbl 1 – 0 – 0
 Verospiron 25 mg tbl 3 – 3 – 3
 Vasokardin 50mg tbl 1/2 – 0 – 1/2
 Insulin HM s.c.18j – 0 – 18j nebo dle rozpisu
 Helicid 20mg cps. 1 – 0 – 1
 Diazepam 2mg 1 – 1 – 0
 Diazepam 5mg 0 – 0 - 1
 Silymarin 420 mg/den
 vit. B 1 – 0 - 0

Dietoterapie: Dieta č. 9/N - diabetická s omezením soli
 Zákaz konzumace alkoholických nápojů

Fyzioterapie: pacient neměl omezený pohyb po oddělení, ale vzhledem k projevům onemocnění byl omezen v pohybu.

3.3.3 Objektivní hodnocení stavu pacienta při prvním kontaktu

Sedmdesátiletý pacient byl přijat pro dekompenzaci jaterní cirhózy a pro masivní ascites. Přiznává alkoholovou závislost, kterou nyní neguje, ale je zřejmé, že nemluví pravdu, později se přiznal, udal i množství alkoholu. Pacient je částečně soběstačný a při prvním rozhovoru negativistický. U pacienta byla zahájena masivní diuretická léčba, sleduje se diuréza moči.

U pacienta byla provedena základní laboratorní vyšetření.

3.4 **Potřeby pacienta dle M. Gordonové**

Vnímání zdraví

- Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako momentálně závažný, je si vědom příčiny svého onemocnění, i když se snaží tuto skutečnost vytěsnit.
- Individuálně ke svému zdraví nepřistupuje nějak zvlášť zodpovědně.
- Dostatečně si uvědomuje rizika vyplývající z jeho zdravotního stavu a očekává zlepšení stavu a to v co nejbližší době.
- Pacient nedodržuje aktivně zdravý životní styl.
- Lékařská a ošetřovatelská doporučení bere vážně a dodržuje je.

Výživa a metabolismus

- Pacient v prvních dnech přijetí přijímal tekutiny dle potřeby a v dostatečné míře, ale později se dle ordinace lékaře začalo množství přijatých tekutin omezovat na 1,5 l za den a to pacient pociťoval za nedostatečné.
- Pacient údajně podle jeho slov během posledních měsíců zhubnul, ale bylo obtížné tento stav objektivně hodnotit, protože v dokumentaci pacient váhu zapsanou neměl. Pacient trpěl nechutenstvím, které jak říkal, se zhoršuje.
- Nepravidelnost přijímání stravy se negativně odrazovala na glykemických hodnotách. Pokud jsem se pacienta ptala, jestli by nebylo něco, na co by měl vyloženě chuť, zda jeho nechutenství není způsobené nemocniční stravou, tak vypovídal, že nemá na nic chuť.
- Užívání doplňků stravy a náhradních výživových látek pacient neuváděl.
- Kůže suchá, napnutá v důsledku otoků, jinak bez poranění či kožních defektů.

- Stav vlasů, nehtů, sliznic, chrupu v normě. Tělesná teplota 36,8 °C.

Vylučování, výměna plynů

- Pacient močil přes vysoké dávky diuretik nižší množství moče, než se předpokládalo, proto se následně snižovalo množství přijatých tekutin.
- Pacient se vyměšoval na posteli do mísy. Stolice bývala řidší konzistence a její častost byla asi 2-3krát denně, s vyměšováním stolice neměl žádné obtíže.
- Pacient přišel do nemocnice s obtížemi při dýchání, tyto obtíže měl po celou dobu hospitalizace se vzestupnou tendencí. Pacient je nyní exkuřák, ale dříve kouřil 20 cigaret denně. Jednalo se dušnost, způsobenou masivním ascitem, který se nemohl punktovat pro špatné hemokoagulační výsledky vyšetření. Dušnost byla pozorovatelná i při komunikaci s pacientem.

Soběstačnost, aktivita a cvičení

- Hygienu prováděl pacient na lůžku s dopomocí ošetrovatelského personálu. Pacient nebyl schopen dojít do koupelny a tak veškerá hygienická péče byla prováděna na lůžku. Pacient měl v prvních dnech hospitalizace snahu umýt se samostatně, ale v dalších dnech byla tato snaha obtížnější.
- Soběstačnost v hygienické péči se z počátku hospitalizace pohybovala asi na 1-2, později na 3 úrovni při klasifikaci sebezpečí dle Gordonové. Pacient měl snahu dosáhnout nejvyšší možné úrovně sebezpečí, ale dušnost ho velmi omezovala.
- Pacient údajně v domácnosti neměl problémy s pohybem, ale při přijetí do nemocnice nebyl schopen chůze ani stání. Pacient se pohyboval jen na lůžku a to po celou dobu pozorování.
- Způsob udržování tělesné kondice u pacienta nebyl nějak zvlášť zvýšený – chodil na procházky.

Spánek a odpočinek

- Pacient obvykle spí asi 6-7 hodin.
- Pacient si před spaním rád čte, tím se unaví a lépe usíná, ale v nemocnici usíná špatně – není ve svém prostředí.
- Neužívá žádné medikamenty na podporu spánku.

Vnímání – poznávání

- Pacient si nestěžoval na žádné problémy spojené s teplotou okolí. Po ránu byl pokoj vždy větrán, s čímž všichni spolupacienti souhlasili.
- Přiměřenost sluchu, zraku, čichu a doteku je u pacienta v normě.
- Používání kompenzačních pomůcek nepotřebuje.
- Úroveň vědomí a mentálních funkcí je v pořádku.
- Bolest pacient nepocítuje, proto ji není třeba ničím tlumit.
- Hodnocení učení, myšlení, rozhodování, paměti a způsobu slovního vyjadřování proběhlo v normě.

Sebepojetí

- Emocionální stav pacienta je narušený, oproti tomu vnímání sama sebe je v pořádku.
- Pacient mluvil často o brzkém návratu do všedního života.
- nonverbální projev (držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči je bez problémů)

Role – vztahy

- Pacient bydlel doma sám a zmiňoval se akorát o blízkém kamarádovi a svém synovi.
- Svou životní situaci v současné době bere s rozvahou a zodpovědně.

3.5 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila tyto:

1. Porucha dýchání vzhledem k zmenšení dýchací plochy utlačované ascitem projevující se dušností.
- NEEFEKTIVNÍ DÝCHÁNÍ - 00032
2. Psychická deprivace z důvodu abstinenčních příznaků
- NEDOSTATEK ZÁJMOVÝCH AKTIVIT – 00097
- PORUŠENÝ SPÁNEK – 00095
- ÚNAVA – 00093
- PORUŠENÁ OSOBNÍ IDENTITA – 00121
- RIZIKO BEZMOCNOSTI – 00152
- RIZIKO OSAMĚLOSTI - 00054

3. Žízeň vzhledem k omezenému příjmu tekutin z léčebných důvodů.
 - RIZIKO NEVYVÁŽENÉHO OBJEMU TEKUTIN - 00025
4. Nechutenství vzhledem k onemocnění projevující se sníženým příjmem potravy, hubnutím, výkyvy glykémie...
 - NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA - 00002
5. Snížená soběstačnost vzhledem k onemocnění.
 - ZHORŠENÁ POHYBLIVOST - 00085
 - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ A HYGIENĚ – 00108
 - ZHORŠENÁ SCHOPNOST SE PŘEMÍSTIT – 00090
6. Potenciální riziko infekce močových cest vzhledem k zavedenému permanentnímu katétu.
 - RIZIKO INFEKCE - 00004
7. Potenciální riziko infekce vzhledem k zavedené i. v. kanyle.
 - RIZIKO INFEKCE - 00004

3.6 Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče

Porucha dýchání vzhledem k zmenšení dýchací plochy utlačované ascitem projevující se dušností.

Cíl: pacientova dušnost ustoupí nebo se sníží, pacient bude schopen se samostatně umýt

Plán: - Fowlerova poloha

- dostatečně větrat v pokoji
- v blízkosti signalizační zařízení

Realizace: Pacient většinu času trávil pasivně ve Fowlerově poloze nebo v poloze jemu příjemné. V pokoji bylo větráno, ale jen v omezené míře s ohledem na další spolupacienty, pacient měl poblíž signalizační zařízení.

Hodnocení: Pacient byl po celou dobu mé péče klidově dušný, dle sdělení lékařky se snaží problém ascitu zvládnout diuretiky a taky punkce je prozatím nemožná, protože pacient má nepříznivé hemokoagulační hodnoty.

Psychická deprivace z důvodu abstinenčních příznaků.

Cíl: pacient zvládne bez alkoholu celý pobyt v nemocnici, nejlépe i po propuštění do domácího léčení, jeho psychická stránka se zlepší

Plán: - vysvětlíme pacientovi jeho zdravotní problémy způsobené alkoholismem, tím změnit jeho postoj k celé situaci
- zajistíme návštěvu psychologa
- hlídáme pacienta – jak jeho psychickou stránku, tak jestli neužívá alkohol tajně

Realizace: Pacientovi vysvětlíme jeho veškeré zdravotní obtíže způsobené alkoholismem.

Poté byl veden rozhovor také s psychologem. Dáváme pozor na jeho užívání alkoholu. Rovněž sledujeme vývoj psychické stránky pacienta.

Hodnocení: Pacient vedl veškeré hovory, ať už s lékaři, či jiným zdravotnickým personálem v klidu. Snažil se pochopit vše, co mu je sdělováno, nekladl žádný odpor k zahájení jeho protialkoholní léčby. Sám nakonec řekl, že už alkoholikem být nechce. Jeho psychická stránka se po 2 dnech výrazně zlepšila, ani užívat alkohol tajně neměl potřebu. Dostával Diazepam na uklidnění, dále Silymarin a vitaminy skupiny B.

Žízeň vzhledem k omezenému příjmu tekutin z léčebných důvodů

Cíl: odstranění nebo snížení pocitů žízně

Plán: - přesné sledování příjmu a výdeje tekutin
- přesné dávkování diuretik dle ordinace
- omezená hydratace
- zvlhčování rtů

Realizace: Byl zapisován příjem tekutin na zvláštní kartičku, která byla v pokoji pacienta, prováděno zvlhčování jsem rtů pacienta - podána štětička napuštěná vodou, plněna ordinace lékaře – farmakoterapie.

Hodnocení: U pacienta se omezoval příjem tekutin, ale vzhledem k tomu, že se omezování tekutin začalo provádět teprve poslední den pozorování, proto tato potřeba není dostatečně zhodnocena.

Nechutenství vzhledem k onemocnění projevující se sníženým příjmem potravy, hubnutím, výkyvy glykémie...

Cíl: pacient bude přijímat potravu v dostatečné míře

Plán: - zjistit co má pacient z pokrmů rád na co by měl chuť
- zajistit spolupráci s rodinou a domluvit se ohledně stravy
- hlídat hodnoty glykémie

Realizace: S rodinou jsem neměla možnost komunikovat a zvláštní strava na přání pacienta v nemocnici není možná, sám pacient udával, že neví, na co by měl chuť, dávku inzulinu lékařka měnila denně dle potřeby.

Hodnocení: Pacient se snažil jíst stravu, která mu byla určená, ale většinou nejedl celé porce a část nezkazitelné stravy si nechával na stolečku na pozdější dobu.

Snížená soběstačnost vzhledem k onemocnění

Cíl: pacientova soběstačnost se udrží nebo se zvýší, pacient bude schopen se samostatně, vsedě umýt

Plán: - snažit se sedět u mytí
- snažit se umýt sám případně s malou dopomocí
- sedět s nohama svěšenýma z lůžka

Realizace: Pacientovi doneseme k lůžku umyvadlo a dáme všechny potřebné pomůcky k lůžku, pacienta posadíme, případně vhodně zvedneme podhlavník v lůžku. Stoleček pacientovi postavíme, tak aby dosáhl na své pomůcky.

Hodnocení: Z počátku hospitalizace se pacient z větší části umyl a u snídani seděl na lůžku se svěřenými končetinami, ale později pacient již nebyl schopen samostatně bez opěry sedět. Soběstačnost se z počátku hospitalizace pohybovala asi na 1-2 a později na 3 úrovni při klasifikaci sebepěče dle Gordonové. Pacientova soběstačnost se během hospitalizace snížila.

Potenciální riziko infekce močových cest vzhledem k zavedenému permanentnímu katétru

Cíl: infekce močových cest nevznikne

- Plán:
- péče o hygienu PK
 - sledovat délku zavedení její zavedení, ne delší než 3 týdny
 - cíleně se ptát po projevech infekce
 - sledovat barvu a vzhled moče

Realizace: Pacient měl cévku zavedenou po celou dobu hospitalizace, dbáme při hygienické péči o čistotu katétru a pacienta se ptáme na projevy infekce močových cest. V našem případě pacient tyto projevy negoval.

Hodnocení: Infekce močových cest nevznikla

Potenciální riziko infekce vzhledem k zavedené i. v. kanyli

Cíl: Infekce nevznikne

- Plán:
- pečovat a převazovat kanylu 1 za den až 2 dny
 - sledovat místo vpichu
 - ptát se pacienta po projevech infekce

Realizace: Pacientovi byla převazována kanyla každý den hospitalizace, ptáme se na projevy infekce a sledujeme místo vpichu. Pacient si na projevy infekce nestěžoval.

Hodnocení: Infekce nevznikla, ale vzhledem ke křehkosti pacientových žil byla kanyla několikrát přepichována.

3.7 Celkové hodnocení

Během hospitalizace byl s pacientem později navázán docela dobrý kontakt, i když z počátku jsme se velmi obávali obtížné spolupráce. Pacient se během hospitalizace zhoršil v úrovni soběstačnosti a dušnost také. Pacient nechtěl moc mluvit o onemocnění jako takovém, pravděpodobně, protože věděl jeho příčinu vzniku.

Pacient do budoucna bude pravděpodobně potřebovat alespoň částečný dohled. Nutná bude, po překlenutí léčení, důsledná rehabilitace. Můžeme soudit, že bude pacient dobře spolupracovat, protože jeho vůle dostat se brzo domů je velká.

Zdrojem informací byl sám pacient, dále ošetrovatelský personál, lékaři, dokumentace a samozřejmě pozorování.

3.8 Doporučení pro praxi

Vzhledem k pacientově alkoholové závislosti, bude muset vzhledem ke svému zdravotnímu stavu na protialkoholní léčení, pokud to nezvládne sám s pomocí léků.

3.9 Plán ošetrovatelské péče

datum	Oš. diagnózy	Cíle oš. péče	Plánování oš. aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
19. 11.	1. Porucha dýchání vzhledem k zmenšení dýchací plochy utlačované ascitem projevující se dušností	pacientova dušnost ustoupí nebo se sníží, pacient bude schopen se samostatně umýt	- Fowlerova poloha -dostatečně větrat v pokoji v blízkosti signalizační zařízení	Pacient byl po celou dobu mé péče klidově dušný, dle sdělení lékařky se snaží problém ascitu zvládnout diuretiky a taky punkce je prozatím nemožná, protože pacient má nepříznivé hemokoagulační hodnoty

24. 11.	2. Žízeň vzhledem k omezenému příjmu tekutin z léčebných důvodů	odstranění nebo snížení pocitů žízně	- přesné sledování příjmu a výdeje tekutin - přesné dávkování diuretik dle ordinace - omezená hydratace - zvlhčování rtů	U pacienta se omezoval příjem tekutin, ale vzhledem k tomu, že se omezování tekutin začalo provádět teprve poslední den pozorování, není tato potřeba dostatečně zhodnocena.
20. 11.	3. Nechutenství vzhledem k onemocnění projevující se sníženým příjmem potravy, hubnutím, výkyvy glykémie...	pacient bude přijímat potravu v dostatečné míře	- zjistit co má pacient z pokrmů rád na co by měl chuť - zajistit spolupráci s rodinou a domluvit se ohledně stravy - hlídat hodnoty glykémie	Pacient se snažil jíst stravu, která mu byla určená, ale většinou nejedl celé porce a část nezkazitelné stravy si nechával na stolečku na pozdější dobu.
23. 11.	4. Snížená soběstačnost vzhledem k onemocnění	pacientova soběstačnost se udrží nebo se zvýší, pacient bude schopen se samostatně vsedě umýt	- snažit se sedět u mytí - snažit se umýt sám případně s malou pomocí - sedět s nohama svěřenýma z lůžka	Z počátku hospitalizace se pacient z větší části umyl a u snídaně seděl na lůžku se svěřenými končetinami, ale později pacient již nebyl schopen samostatně bez opěry sedět. Soběstačnost se z počátku hospitalizace pohybovala asi na 1-2 a později na 3 úrovni při klasifikaci sebeděče dle Gordonové Pacientova soběstačnost se během hospitalizace snížila.
20. 11.	5. Potenciální riziko infekce moč, cest vzhledem k zavedenému permanentnímu katétru	Infekce močových cest nevznikne	- péče o hygienu PK - sledovat délku zavedení její zavedení, ne delší než 3 týdny - cíleně se ptát po projevech infekce - sledovat barvu a vzhled moče	Infekce močových cest nevznikla

23. 11.	6. Potenciální riziko infekce vzhledem k zavedené i. v. kanyle.	Infekce nevznikne	-pečovat a převazovat kanylu 1 za den až 2 dny -sledovat místo vpichu -ptát se pacienta po projevech infekce	Infekce nevznikla, ale vzhledem ke křehkosti pacientových žil byla kanyla několikrát přepichována.
---------	---	-------------------	--	--

4 Pomoc alkoholikovi

1. KROK - CÍLENÝMI OTÁZKAMI ZJISTIT ALKOHOLIKOVU ANAMNÉZU

Otázky by měly být zaměřeny na množství konzumovaného alkoholu a vliv, který má pití na pacienta:

- "Kolik dnů v týdnu průměrně pijete?"
- "Ve dnech, kdy pijete, kolik a co to obvykle bývá?" (Za jednu dávku alkoholu se považuje: 1/3 l piva, 1 dl vína, nebo 1/3 dl destilátu.)
- "Kolikrát jste v uplynulých čtyřech týdnech vypil při jedné příležitosti jednu nebo více dávek alkoholu?"
- "Kolikrát jste v uplynulých čtyřech týdnech řídil automobil, ačkoliv jste předtím hodně pil?"
- "Byl jste v minulém roce na nějakém tahu, kde jste pil souvisle mnoho hodin?"
- "Pijete někdy více, než si myslíte, že byste měl?"
- "Měl jste kvůli pití už nějaké potíže - nyní, nebo dříve - třeba v zaměstnání, v rodině nebo se zdravím?"
- "Byl jste někdy trestán za to, že jste řídil opilý?"

2. KROK - URČIT VÝŠI RIZIKA ALKOHOLISMU

I když nejsou u pacienta přítomny žádné absolutní indikátory nadměrného pití či alkoholismu, podezření by měla vzbudit přítomnost jednoho nebo více z následujících znaků:

- vypítí 28 nebo více dávek alkoholu za týden
- nejméně třikrát během uplynulého měsíce vypitých pět nebo více dávek alkoholu při jedné příležitosti
- účast na alkoholickém tahu dvakrát nebo vícekrát za předchozí rok
- dvakrát nebo vícekrát řízení motorového vozidla v podnapilém stavu
- zřetelně defenzivní reakce na otázky

- pacient podle vlastní výpovědi pije více nebo častěji než je obvyklé v jeho sociální skupině
- pacient svým pitím působí starosti rodině a přátelům

U nás v současnosti platná mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje zneužívání alkoholu bez závislosti a závislost na alkoholu. Tyto kategorie jsou zachovány i v 10. revizi mezinárodní klasifikace.

Kód F10.0 zahrnuje duševní poruchy chování vyvolané alkoholem - znamená akutní intoxikaci

Kód F10.1 zahrnuje škodlivé zneužívání-užívání, které poškozuje zdraví somaticky nebo duševně.

Kód F10.2 znamená syndrom závislosti, ten by se měl diagnostikovat, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo puzení užívat alkohol
- potíže v kontrole užívání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství alkoholu
- somatický odvykací stav, jestliže je alkohol užíván s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro alkohol nebo z užívání stejné nebo velice příbuzné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek alkoholu, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami
- postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívání alkoholu a zvýšené množství času k získání nebo užívání alkoholu nebo k zotavení se z jeho účinku
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání alkoholu nebo touha po užívání alkoholu. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat alkohol, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání.

3. KROK - PROVÉST POTŘEBNÁ OPATŘENÍ

Pacienty, kteří zřejmě ještě nemají problémy s pitím, upozorněte důrazně na nutnost preventivních opatření:

- konzumaci alkoholu omezit maximálně na dvě dávky za den

- nepít na lačný žaludek
- neúčastnit se alkoholických tahů
- nikdy neřídít po konzumaci alkoholu

Pacienti, u nichž je důvodné podezření z alkoholismu, by si měli dát udělat jaterní testy a lékař by je měl požádat, aby vyplnili *Michiganský test alkoholismu* (MAST). Lékař doporučí naprostou abstinenci od alkoholu nejen tam, kde je podezření z alkoholové závislosti, ale i u nemocných s epilepsií, jaterními poruchami atd. Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu u nás je vhodné rutinní vyšetřování jaterních testů, za zvláště užitečné se považuje vyšetření GGT. Při zvýšení je vhodné doporučit naprostou abstinenci od alkoholu na 14 - 40 dní a jaterní testy zopakovat. Při zlepšení je vhodné pacienta informovat o příznivém působení abstinence a povzbudit ho, aby v ní pokračoval.

4. KROK - VYPRACOVAT LÉČEBNÝ PLÁN

Řekněte pacientovi, že podle vašeho názoru je ohrožen alkoholismem.

Zeptejte se jej, zda i on se domnívá, že je ohrožen alkoholismem.

Zdůrazněte, že je nutná včasná léčba.

Zeptejte se pacienta, který druh pomoci by pro sebe považoval za nejvhodnější, zda:

- odvykací pobyt v léčebně (pouze v krajních případech)
- léčebný program prováděný ambulantně
- léčbu alkoholismu anonymně
- odeslání k odborníkovi zabývajícím se alkoholovou závislostí
- poskytnutí materiálů, jejichž prostudování by mu pomohlo odvykat pít
- léčbu u lékaře léčebně preventivní péče

Dohodněte s pacientem léčebný plán a plán kontrol.

Vysvětlení, že nekontrolované pití může být nemoc, ne morální nebo charakterová vada, přináší často pacientovi i rodině úlevu. Namísto sebedoceňování a rezignace bývají lidé ochotni hledat konstruktivnější řešení. Důležitý je samozřejmě nemoralizující, věcný a chápavý přístup. Čím dříve je kvalifikovaná léčba problémů působených alkoholem poskytnuta, tím jednodušší a účinnější může být.

Ústavní léčba je indikována tam, kde selhávají pokusy o léčbu ambulantní, u těžších odvykacích syndromů a samozřejmě u alkoholických psychóz, z nichž nejčastější je delirium tremens.

Specializovanou ambulantní léčbu u nás provádějí ordinace AT, některé z nich poskytují i anonymní léčbu a poradenství. Organizace Anonymních alkoholiků je svépomocná organizace lidí, kteří mají problémy s alkoholem. Organizace působí i v Praze. Tento způsob léčby je někdy potřebné kombinovat s jinými léčebnými postupy. Co se tištěných materiálů týče, v zahraničí se těší popularitě různé svépomocné příručky.

Všeobecný lékař pracující s lidmi závislými na alkoholu bude patrně sledovat soustavně jaterní funkce, předepisovat hepatoprotektiva a vitaminy skupiny B. Naproti tomu se vyhne návykovým analgetikům, hypnotikům a trankvilizérům vzhledem k značnému riziku vzniku kombinované závislosti na alkoholu a lécích.

ZÁVĚR

O závislostech se v dnešní době hodně píše. Tato práce je zaměřena na oblast, která je současnou společností do jisté míry tolerována a podceňována a proto se jeví o to závažnější. Přiznejme si, že nejčastěji užívanou a zneužívanou drogou v České republice je alkohol.

To co rodina své dítě naučí, co mu bude vštěpovat od útlého dětství, to si dítě ponese do života. Alkoholici obvykle tvrdí, že pijí proto, že mají problémy. Ale oni mají právě problémy proto, že pijí. Uzavírá se tak u nich kruh, ze kterého vede těžko cesta ven. Alkohol je oproti ostatním drogám z některých důvodů mnohem zákeřnější a nebezpečnější. Závislost vzniká plíživě, nenápadně, nepozorovaně, u dospělých někdy až za několik let a člověk nepozoruje přechod od běžného pití k závislosti a tudíž není schopen pozorovat, že ho alkohol připravil o práci, rodinu, vztahy s dětmi a mnohdy negativně ovlivnil celý život.

Je vhodné již od útlého věku rozvíjet předpoklady a nadání dítěte, pěstovat u něj vůli a trpělivost, dovést jej k výsledkům a chválit je za dobře odvedený výkon. Pokud toto vše koresponduje s kvalitním, smysluplným trávením volného času a dokážeme jedince ochránit před závadovými partami, tak jsme jako rodiče odvedli pro dítě, ale i společnost veliký kus odpovědné práce. Věřme, že je zaručený předpoklad vysoké kompetence při řešení náročných životních situací, stresů a nástrah, které bývají častým faktorem pro spuštění závislostí jak na alkoholu, tak i na drogových látkách.

Postoj naší společnosti k alkoholu je v současné době velmi liberální. Často se lze setkat s tvrzením, že nenormální je ten, který nepije, a ne ten, který se alkoholové subkultuře přizpůsobuje. Základ rodiny vytváří manželé, manželství, intimní vztah muže a ženy. Oni dva jsou stabilitou rodiny, a proto i maximální podpora dobrého manželství by měla být jedním z pilířů alkoholové prevence.

Na úplný závěr ještě jedna statistika:

Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním návykových látek - podle údajů ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) bylo v r. 2009 v psychiatrických léčebnách a odděleních nemocnic uskutečněno celkem 4 636 hospitalizací na poruchy spojené s užíváním nelegálních návykových látek (F11-F19). Další diagnózy byly diagnostikovány celkem 316krát (6,8 %) u 192 mužů (60,8%) a 124 žen (39,2 %).⁵³

⁵³ Ústav zdravotnických informací a statistiky (on-line) < http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100 >

POUŽITÁ LITERATURA:

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál 2000, ISBN 80-7178-432-X

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, Portál 2001, ISBN 80-7178-551-2

SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno

SKÁLA, J. *...až na dno*. Praha, Avicenum, 1988, ISBN neuvedeno

HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. Praha, Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-624-2

JELLINEK, E. M. *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse, (New Haven), 1960

ŠEDIVÝ, V.; VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha, Naše vojsko, 1988. ISBN neuvedeno

NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha, Sportpropag, 1996
ISBN neuvedeno

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha, ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha, Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-243-5

VUČKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství III, 3. ročník, obor Všeobecná sestra*. Praha, Fortuna, 1997, ISBN 80-7168

VUČKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství IV, 4. ročník, obor Všeobecná sestra*. Praha, Fortuna, 1997, ISBN 80-7168-507-0

STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces- příručka pro sestry č. 4*. Brno, IDVPZ, 1999, ISBN 80-7013-283-3

STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe - příručka pro sestry č. 3*. Brno, IDVPZ, 1999, ISBN 80-7013-282-5

MAREČKOVÁ, J.; JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava, Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0

BUŽGOVÁ, R.; JAROŠOVÁ, D. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostrava, Ostravská univerzita, 2007, ISBN 978-80-7368-230-9

NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/1*. Praha, Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-030-X

NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/2*. Praha, Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-031-8

NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství IV/1*. Praha, Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-032-6

Internetové zdroje:

Wikipedia.Alkoholismus[on-line] .Poslední revise 2009.[cit. 8.4.2009] Dostupné z www: <
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>>

Evropská komise v ČR, Alkohol v Evropě nepřestává zabíjet[on-line], poslední revise
008.[cit.8.4.2009] Dostupné z www: http://ec.europa.eu/ceskarepublika/news/080417_cs.htm

Velký lékařský slovník [on-line].Cit. 8.4.2009. Dostupné z www:
<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/wernickeova-encefalopatie>

Co je to antabus [on-line].Cit.8.4.2009.Dostupné z www:< <http://drogy.abecedazdravi.cz/co-je-to-antabus>>

Kdo jsou anonymní alkoholici [on-line]. Cit. 8. 4. 2009. Dostupné z www:<
<http://aacesko.sweb.cz/>>

Program uzdravování [on-line].Cit.8.4.2009.Dostupné z www: <
<http://aacesko.sweb.cz/odpovedi/004.html>>

Ústav zdravotnických informací a statistiky (on-line) <
http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100 >

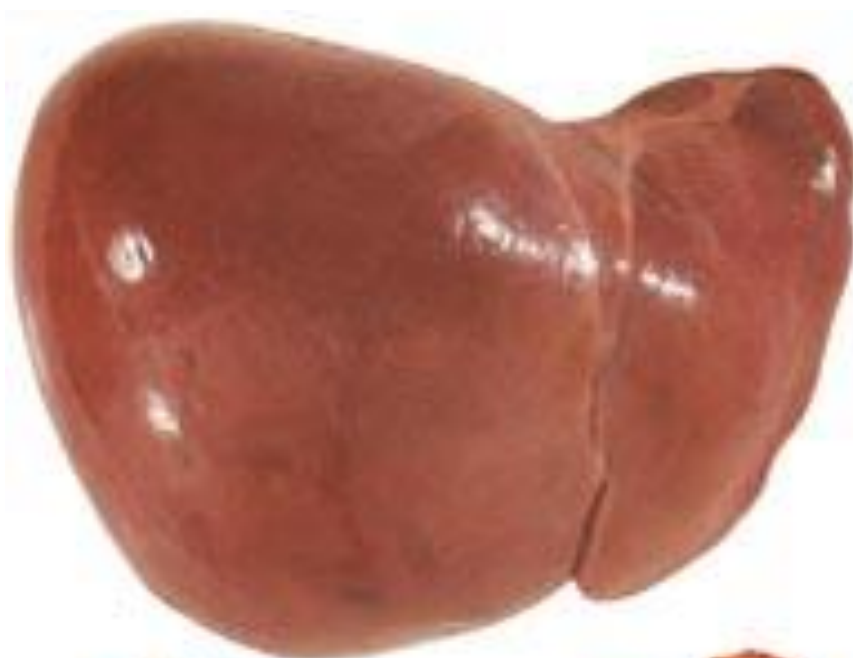
Koncepce ošetrovatelství. 2004. In *Věstník MZ ČR 2004*,
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html?menu=696>.

Atlas patologie pro studenty medicíny.

<http://atlases.muni.cz>

PŘÍLOHA

Obrázky



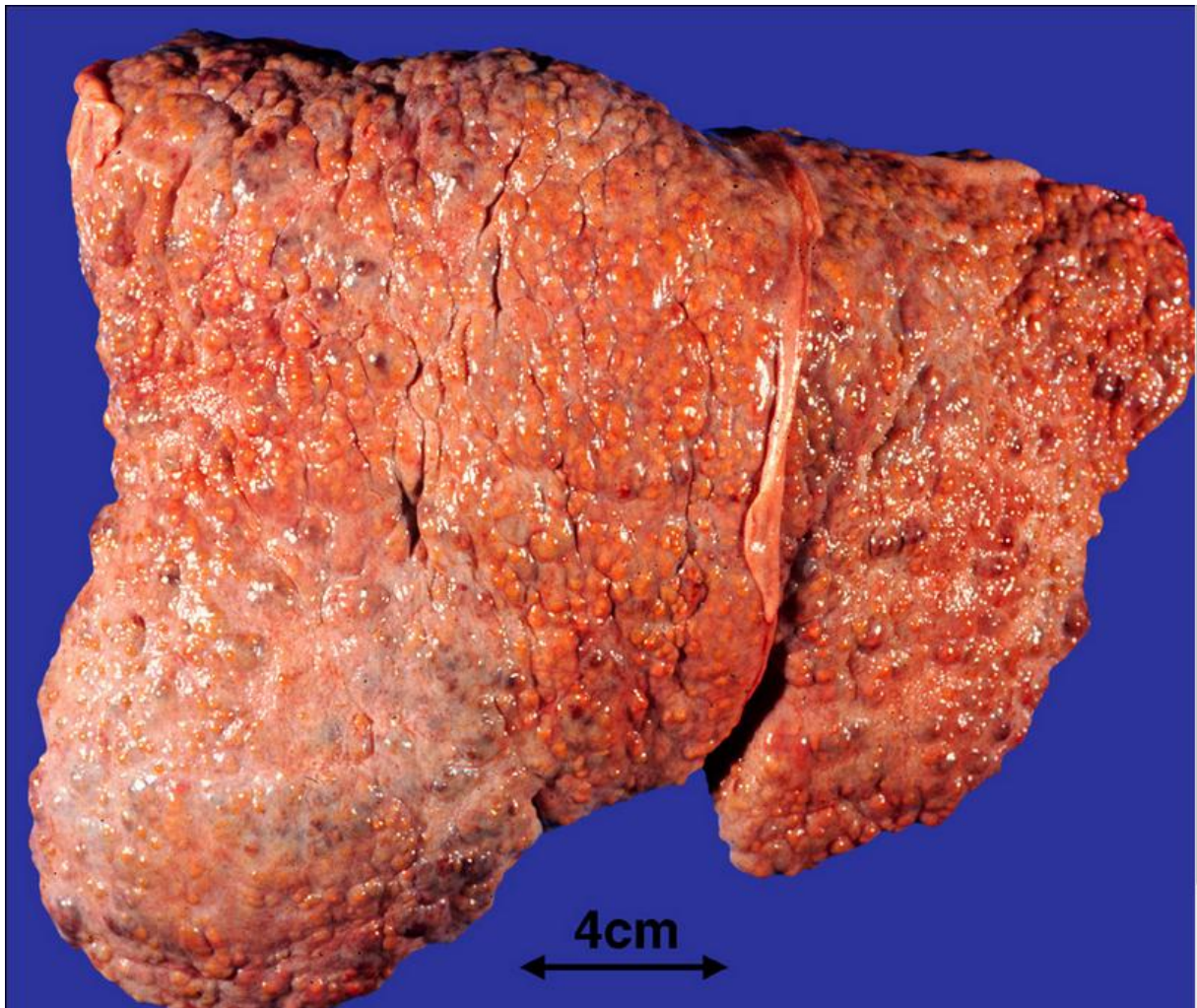
Zdravá játra



Játra alkoholika

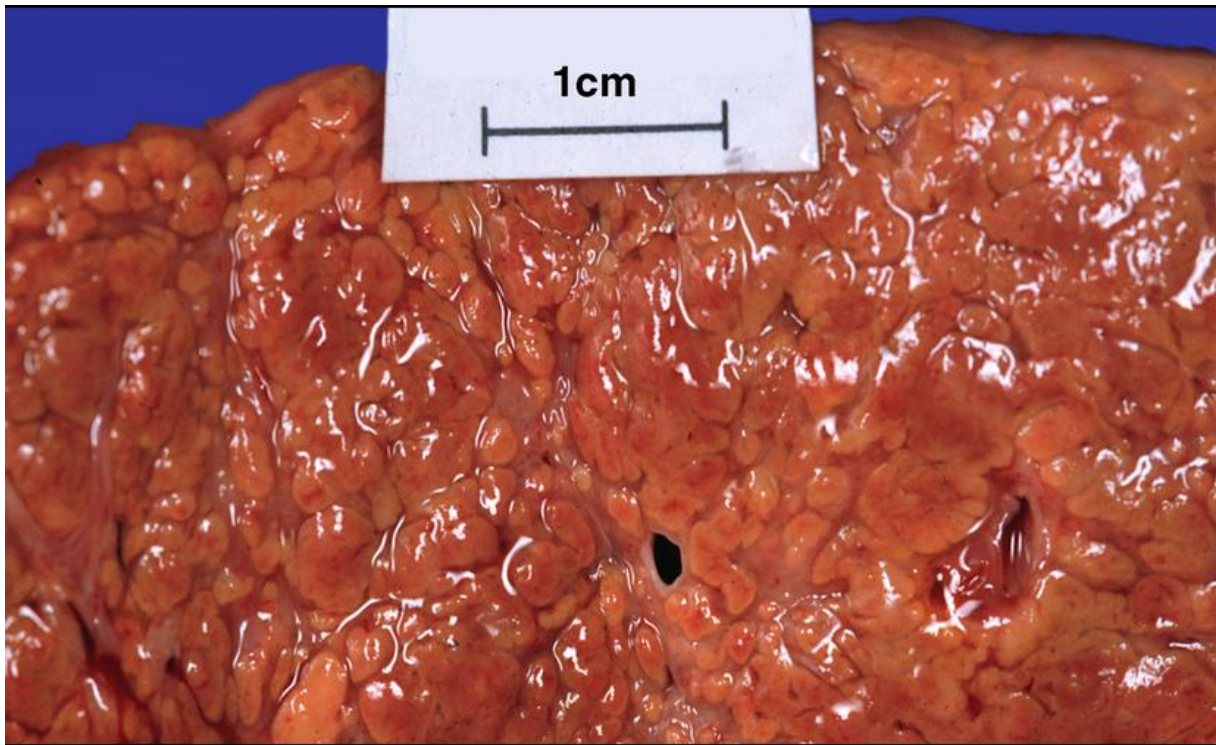
Zdroj: <http://www.stefajir.cz/?q=cirhoza-jater>

Cirhotická játra



Zdroj: <http://atlases.muni.cz>

Detail cirhotických jater



Zdroj: <http://atlases.muni.cz>