

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**Ošetrovatelská péče u pacienta se
závislostí na alkoholu**

Bakalářská práce

STEJNEROVÁ MONIKA

Praha 2011

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU

Bakalářská práce

MONIKA STEJNEROVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011- 03-31

Praha 2011

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne:

.....

ABSTRAKT

STEJNEROVÁ Monika. Ošetrovatelská péče o pacienta se závislostí na alkoholu.

Praha 2011.

Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Bakalář všeobecná sestra.

Školitel: PhDr. Jana Hlinovská

Cílem této práce je poukázat na náročnost ošetrovatelské péče u pacienta se závislostí na alkoholu a také specifika ošetrovatelského procesu. Naše práce prezentuje vědomosti a postoje všeobecných sester, které se zabývají ošetrovatelskou péčí na Oddělení léčby závislostí. Teoretická část se odvíjí od historie alkoholismu, jeho charakteristiky, klasifikace, prevence, komplikací diagnostiky. Druhá část navazuje na patologické účinky alkoholu a jeho návykovosti. V praktické části je popsána lékařská a ošetrovatelská péče o nemocného se syndromem závislosti na alkoholu s nezbytnou edukací nemocného.

Péče je zaměřena na konkrétního pacienta trpícího syndromem závislosti na alkoholu v akutní fázi léčby. Po seznámení s pacientem v obecné rovině následuje ošetrovatelský proces, který je realizován u tohoto pacienta v prvních třech týdnech ústavní protialkoholické léčby po absolvování sedmidenního pobytu na detoxikačním oddělení. Detoxikační oddělení je nezbytnou součástí léčebného procesu při patologické závislosti. V praktické části jsou využity poznatky z praxe pro potřeby pacienta, dále jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle a následná ošetrovatelská péče a ošetrovatelský plán celkové péče. Úspěšnost ošetrovatelského procesu je vyhodnocena v závěru práce.

Pro tuto práci byly čerpány podklady převážně z knižních publikací, ale také z mnoha vlastních praktických zkušeností autorky a kolegů.

Klíčová slova: Alkohol. Edukace. Komunikace. Odvykací stav. Psychiatrická sestra. Specifika ošetrovatelské péče. Syndrom závislosti.

ABSTRAKT

STEJNEROVÁ, Monika. Nursing care of patients with alcohol dependence. Praha.2011.

Thesis. College of Health, ops, Prague 5 Bachelor nurse.

Dr. Trainer. Jana Hlinovská

The aim of this paper is to highlight the complexity of nursing care for patients with addictions to alcohol, and specifics of the nursing process. Our work presents the knowledge and attitudes of nurses who deal with nursing care at the detoxification unit. The theoretical part derives from a history of alcoholism, its characteristics, classification of prevention, diagnosis of complications. The second part follows the pathological effects of alcohol and its addictiveness. The practical part is described by medical and nursing care for a patient with alcohol addiction with the education necessary patient.

Care is focused on a specific patient suffering from alcohol addiction, in the acute phase of treatment. After getting familiar with the patient in general, follows the nursing process, which is realized in this patient in the first 5 days of stay in detoxification department before placing it into the Constitution. The three-month treatment is an essential part of the healing process to pathological addiction. The last part of practice knowledge used for the needs of patients and are also determined nursing diagnosis, goals and nursing care and nursing plan of care overall. The success of the nursing process is evaluated in the conclusion.

For this work were drawn mainly from the background books, but also a lot of my own practical experience of the author and colleagues.

Keywords: Alcohol.. Education. Communications. Dependence syndrome.

Psychiatric nurse. Specifics nursing care. Withdrawal state.

PŘEDMLUVA

Alkohol je fenoménem dnešní doby a jeho vliv je známý již několik století. Může nás životem provázet jako náš přítel, ale stále častěji se projevuje jako náš nepřítel.

Tuto problematiku jsem si vybrala, protože jsem 14 let pracovala jako psychiatrická sestra na oddělení závislostí. Z průzkumu je známo, že tato skupina pacientů je jedna z nejpočetnějších, kteří jsou s tímto onemocněním hospitalizováni na psychiatrických odděleních. Při své práci se s nemocnými závislími na alkoholu často setkávají sestry a lékaři na somatických odděleních. Tato práce je věnována právě jim z důvodů shrnutí problematiky syndromu závislosti a pro zkvalitnění ošetrovatelské péče. Není výjimkou nepochopení, společenské stereotypy a předsudky vůči pacientovi, který má problémy s alkoholem. Při neznalosti problematiky syndromu závislosti je přístup zdravotníků na somatických odděleních někdy vědomě i nevědomě vůči pacientovi diskriminační.

Převládají morální postoje odsouzení pacienta pro jeho asocialismus s tím, že si problém zapříčinil sám svým nezodpovědným chováním. Naší snahou bylo vypracovat práci, která povede k pochopení onemocnění syndromu závislosti na alkoholu tak, aby se stala pomůckou pro kolegy, kteří se s tímto onemocněním setkávají v běžné praxi a tápou v edukaci a postoji k takovýmto pacientům. Věříme, že tato práce pomůže těm, kteří budou mít hlubší zájem o danou problematiku, která by jim mohla přinést dostatečné a kvalifikované informace. Při tvoření této práce nesmím zapomenout na kolegyně v psychiatrických odděleních, které se věnují této těžké a náročné práci plně nepochopení veřejnosti. Kdy při své náročné práci bývají často vystaveny riziku napadení jak fyzického, tak slovního vůči svojí osobě. Jakkoliv je jejich práce riziková, vytvářejí svým pacientům prostředí, které je ochraňující a pomáhající.

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat své konzultantce PhDr. Janě Hlinovské za odborné posouzení, za čas, který mi věnovala a způsob, jakým mě při tvorbě práce povzbuzovala a vedla.

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. ALKOHOLISMUS	13
1.1 Historie alkoholismu	13
1.2 Příčiny závislosti na alkoholu.....	15
1.3 Závislosti a jejich charakteristika	16
1.4 Patologická závislost a její projevy	18
1.5 Klasifikace alkoholismu	20
2. NEGATIVNÍ ÚČINKY ALKOHOLU NA ZDRAVÍ	23
2.1 Somatické následky alkoholismu	23
2.2 Psychické následky alkoholismu	24
2.2.1 Delirium tremens	25
2.2.2 Alkoholické halucinace.....	26
2.2.3 Alkoholická paranoia	26
2.2.4 Alkoholická deprese.....	26
2.2.5 Alkoholická demence	26
2.2.6 Korsakovská psychóza (demence)	26
2.2.7 Alkoholická charakteropatie.....	27
2.2.8 Fetální alkoholový syndrom FAS	27
3. SOCIÁLNÍ A SPOLEČENSKÉ NÁSLEDKY ALKOHOLISMU	28
4. LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	29
5. PSYCHOTERAPIE	31
5.1 Metody psychoterapie:	31
5.1.1 Individuální psychoterapie.....	31
5.1.2 Skupinová psychoterapie	32
5.1.3 Rehabilitační léčba.....	34
5.1.4 Doléčování a následná péče.....	35
5.1.5 Resocializace a následné začlenění do společnosti.....	35
6. PREVENCE ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI	37
6.1 Primární prevence	37
6.2 Sekundární prevence	37
6.3 Terciární prevence.....	37
7. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU.	38

7.1	Skupinové aktivity na oddělení	40
7.1.1	Podpůrná skupina.....	40
7.1.2	Komunikace (asertivita)	40
7.1.3	Relaxační techniky	40
7.1.4	Autogenní trénink.....	40
7.1.5	Volné tribuny	40
7.1.6	Ranní a večerní cvičení.....	41
7.1.7	Pracovní terapie	41
7.1.8	Pacientský klub	41
7.2	Individuální práce psychiatrické a všeobecné sestry s pacientem	41
II. EMPIRICKÁ ČÁST		46
8.	KAZUISTIKA.....	46
8.1	Identifikace pacienta.....	46
8.2	Hodnocení pacienta při prvním kontaktu	46
8.3	Lékařská anamnéza	52
8.4	Lékařské diagnózy:	52
8.5	Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Johnsonové.....	56
9.	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	74
9.1	Doporučení pro vedoucí management v klinické praxi.....	74
9.2	Doporučení pro nelékařský ošetrovatelský personál	74
ZÁVĚR.....		75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		77

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABÚZUS.	Nadužívání alkoholických nápoj
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací statistiky ČR
ÚZUS.	Mírné požívání alkoholu

ÚVOD

Světová zdravotnická organizace zařadila alkoholismus do seznamu chronických primárních onemocnění v roce 1968.

Definicí alkoholismu jako nemoci se však společnost částečně zbavila zodpovědnosti za jeho řešení přesunutím problému na zdravotnické instituce. Přitom, pokud nedojde k změně postoje společnosti k alkoholu, je boj proti němu předem prohraný. Závislost jako nemoc chrání závislé před odsouzením a opovržením a dává jim možnost absolvovat nějaký typ léčby (v tom vládne všeobecný souhlas), ale společnost dále vytváří podmínky, aby se stále více lidí stávalo závislými.

Osoba, která je závislá na alkoholu, ovlivňuje svým stavem sebe i okolí. V mnoha případech je tato diagnosa spojena se společensko-ekonomickou situací. Pokud máme problémy, které nejsme schopni sami vyřešit, utíkáme k řešení jednoduššímu a to k alkoholu, který nám pomůže na nějaký čas zapomenout, i když víme, že řešení nenajdeme.

Je potřeba zdůraznit, že neléčený alkoholik často umírá předčasně na onemocnění, která si způsobí svou závislostí. Nejčastější příčiny úmrtí souvisí s poškozením orgánů primárním nebo sekundárním (například cirhóza jater, selhání jater, krvácení z jícnových varixů, cukrovka, poškození cév s rizikem infarktu myokardu nebo mozkové příhody, zhoubné nádory jater, močového ústrojí nebo tlustého střeva a konečníku atd.), dále jsou to úrazy, psychické poruchy (deliria, psychózy) a dokonané sebevraždy, pro dlouhotrvající deprese často bilančního charakteru.

Následkem pití jsou změny ve všech složkách osobnosti, které mění prožívání (emoce, myšlení, vnímání), snižují frustrační toleranci a schopnost orientovat se v sobě i v prostředí. Závislý se začne chovat jinak, neadekvátně, čehož následkem jsou narušené sociální vazby, problémy v zaměstnání, v partnerských vztazích, prostě v mezilidské komunikaci obecně. Vytvoří jakýsi obranný vědomý i nevědomý systém, kterým si zdůvodňuje nutnost pokračovat v pití (racionalizace) a který je velmi odolný vůči terapeutickému působení. Následkem toho ztrácí objektivní náhled na svůj problém.

Zanedbává svoji rodinu, přátele, rodiče i děti. Zužuje se okruh jeho zájmů a koníčků. Postupem času opouští všechny aktivity, které měl rád. Bez alkoholu se přestává cítit dobře, má abstinční příznaky, které musí řešit další dávkou alkoholu. Pije stále více, dávky alkoholu se zvyšují a to i přesto, že si je vědom škodlivých následků, v pití pokračuje.

Opakovaně zkouší abstinovat bez odborné pomoci, toto období je velmi krátké a znovu se vrací k chorobnému stylu pití. Alkoholismus, jak jsem již zmiňovala, je nejčastější vyskytující se duševní porucha. V roce 2010 bylo s tímto onemocněním hospitalizováno 11.280 pacientů (ÚZIS, 2010).

Práce se závislými na alkoholu je pro všechny v týmu náročná. Tato práce vyžaduje dostatek vědomostí, empatii, psychickou odolnost a zralost terapeuta. Psychoterapeutický výcvik je vhodný a nezbytnou součástí samostatně vykonávané práce v týmu je zkušenost v oboru a osobní postoj.

Pacienti i na začátku léčby sledují uspokojování hlavně svých potřeb, tj. chovají se stejně jako ve svém prostředí, snaží se manipulovat personál podle svých potřeb. V terapii mohou vznikat pak různé situace (agrese, lítost, apatie, rezignace, deprese na straně pacienta nebo i terapeuta). To klade nároky na terapeutický tým, na jeho náhled, důslednost a současně empatii. Vše, co narušuje průběh léčby (tzv. odpor), lze terapeuticky využít ve prospěch pacienta bez toho, že by se terapeut choval neadekvátně (např. agrese pacienta - agrese terapeuta, agrese pacienta - rezignace terapeuta, deprese pacienta - agrese terapeuta atd.). Podle toho, jak se pijící pacient choval, tak se k němu chovalo okolí (např. agrese, odměna, rezignace, vyloučení) a neadekvátní neracionální chování okolí společně s neschopností udržet delší abstinenci „pomáhalo“ udržovat jejich racionalizace. V konečném stádiu alkoholismu se racionalizační systém rozpadá, pacient pije jen proto, že chce pít, objevují se sociální a zdravotní důsledky alkoholismu. „Nejvíce“ motivováni k léčbě jsou právě tyto pacienti („alkohol už nic nového nedává, propil jsem si život“). Pacient nemá alternativu, jen pít nebo abstinovat. Další skupinou motivovaných pacientů jsou pacienti po absolvované detoxifikaci, kde duševní porucha může být „varovným signálem“ ke změně chování. Samo pití není motivací ho ukončit, jen jeho následky.

V terapii abstinující pacient dostává od terapeutického týmu, do kterého bezesporu patří i práce všeobecných sester, i od spolu-pacientů různé zpětné vazby, které si v průběhu léčby musí sám v sobě „zpracovat“ a které umožňují pacientovi uvědomovat si sebe sama jinak. Na to navazuje vytvoření nových vzorců chování a jejich upevnování ve střednědobé léčbě a pak v doléčovacím programu už „naostro“ v životě. To je v kostce základní princip léčby závislosti.

Často se v léčbě stává, že pacienti mívají recidivu onemocnění a vrací se zpět do léčby. Tyto situace vyvolávají dojem, že se ani léčit nechtějí. Ošetřující personál musí být na tyto situace připravený a nebrat recidivu pacientů jako svoje osobní selhání. Z těchto situací lidí, kteří zažili euforii i strmý pád do alkoholového pekla, bychom měli čerpat informace, poučit se a znova myslet na prevenci, především u mladých lidí, ve školách a v celé naší společnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ALKOHOLISMUS

1.1 Historie alkoholismu

Postoje lidské společnosti k požívání nápojů a k výstřelkům s tím spojených se měnily podle doby, stupně kultury a soudobých názorů. Pravdou zůstává, že lidstvo velmi záhy poznalo účinky alkoholu a pije jej odnepaměti. Naši předkové poznali nejdříve víno, potom pivo, destilace vešla v širší známost v 11. století. Alkohol měl i svého boha, boha vína. U Řeků jím byl Dionýsos, u Římanů Bakchus. V této kapitole jsou popsány některé postihy za opilství známé z historických pramenů, zajímavosti spojené s výrobou alkoholu a k jakým jiným účelům byl alkohol používán. V dějinách lidstva bylo opilství prakticky ve všech kulturách považováno za nežádoucí. Tresty byly z dnešního pohledu velmi kruté, ale jistě velmi účinné.

- Roku 1210 př. n. l. – Čína – smrt každému, kdo je přistižen opilý.
- 5. a 6. století – Konfucius a Buddha: zakázali pití alkoholických nápojů.
- Indie (nedatováno) – při přistižení v opilosti byli opilci nuceni pít vařící víno, vodu, kraví moč nebo vřelé mléko až k smrti. Indické ženě, která byla přistižena v opilosti, žhavým železem vypálili do čela nádobu, z níž alkohol pila. Potom byla z města vyhnána.
- Mohamed zakázal pití alkoholu.
- Papežové se snažili zabránit pití alkoholu tím, že dali příkaz k vylití sudů s vínem do řeky.
- Každý Říman měl právo zabít svou ženu, pokud ji přistihl opilou.
- Opilý otrok byl trestán 80 ranami holí, opilý svobodný člověk 40 ranami.
- Byli i záměrně opijeni otroci a ti byli ukazováni mládeži jako odstrašující příklady.
- Athény – za opilost smrt.
- Karel Veliký – opilci byli trestáni, pokud pili dál, byli popraveni.

Alkohol byl svého času považován za lék (dodnes je předmětem výzkumu, jestli má nebo ne i léčebné účinky). Například víno bylo považováno za účinný prostředek, který zlepšuje plodnost žen, dává zdraví, má jisté účinky jako protijed proti hadímu uštknutí a jedovatým rostlinám. Alkohol byl v minulosti často využíván také k čištění ran na bitevním poli. Využíval se také k čištění střev, léčení nespavosti nebo při trhání zubů a operacích jako anestetikum. Ve středověku sloužil při léčbě tyfu a cholery.

Do alkoholu se při jeho zpracování přidávaly různé přísady pro snížení jeho vlivu – například vápno nebo sádra. Víno bylo vařeno v olověných kotlích, a protože bylo značně jedovaté, doporučená dávka vína byla 1/4 l denně. Tato dávka byla vedena jako ozdravná a napomáhající dobrému zažívání. Dlouhou dobu má za sebou také šíření osvěty a boj proti alkoholu. Bylo zjištěno, že mandle snižují hladinu alkoholu v krvi, a zeli že dobře léčí kocovinu. Takto se snižovala opilost při radovánkách ve starověkém Římě.

Už Hippokrates i Galén popisovali alkoholovou opojenost jako onemocnění. Ve 20. století se boj s alkoholem a drogami stal politickým trendem při volbách prezidentů a dalších politiků. V posledních desetiletích byl problém s pitím alkoholu především ve Švédsku, Švýcarsku a bývalém Sovětském svazu. Vytvářelo se mnoho skupin bojujících proti alkoholismu. V Polsku byl zaveden zákon, že kdo poškozuje v opilosti svou rodinu (např. fyzické násilí) může jít až na 5 let do vězení. V bývalém Sovětském svazu bylo zavedeno mnoho opatření – například zákaz prodeje alkoholu mládeži do 21 let, ve všedních dnech byl povolen prodej alkoholu od 14 hodin a v omezeném množství na osobu a mnoho dalších opatření. Rovněž ve Spojených státech amerických ve dvacátých letech 20. století propukl boj s alkoholismem a to zavedením prohibice. Tento pokus selhal velmi brzy a vedl k posílení organizovaného zločinu. M. Huss, švédský lékař, v roce 1849 vydal první práci popisující chronický alkoholismus. V roce 1960 Jellinek ve své známé monografii navrhl typologii alkoholismu.

Přes všechny pokusy je boj s alkoholem neúspěšný, konzumace ve vyspělých zemích stoupá a naopak aplikace nealkoholových drog klesá (zvláště mladí lidé znovu objevili alkohol), počet závislých se zvyšuje. Společenská ochota ke změnám je

symbolická (např. ve sdělovacích prostředcích je zákaz reklamy tabáku, ale alkoholu ne). Připomíná to římské „dát lidem chléb a hry“.

Zdravotník-terapeut si má dát konkrétní cíl, tj. pomoci konkrétnímu pacientovi v prostředí, které je pře-alkoholizované. Být abstinentem z jakéhokoliv důvodu tak chce i určitou společenskou odvahu. (<http://www.alkoholik.cz/zavislost/> [2010.11.30.]).

1.2 Příčiny závislosti na alkoholu

Alkoholový nápoj se konzumuje výhradně perorálně (ústí). Konkrétní příčina závislosti není známá. Je vypracován bio-psycho-sociální model závislosti. Předpokládá se multifaktorialita. (musí působit najednou víc faktorů z různých oblastí) – to znamená faktory na straně jedince, sociální faktory a genetické faktory. Mnoho lidí požívá alkohol z důvodu jeho sblíživého účinku. Mladí lidé ho často využívají při navazování nových vztahů a známostí. Alkohol je často formou trávení volného času v partách nebo neformálních skupinách. „Alkoholické“ party jsou důsledkem nepříznivého rodinného prostředí a nepříznivých zážitků z dětství, které mají za následek citovou nezralost a nevyrovnanost jedince. Výskyt zneužívání alkoholických nápojů u nejbližších rodinných příslušníků, především u otce, vede velmi často k napodobování sociálního chování. Vznik závislosti podporují určité vrozené osobnostní zátěže a poškození sociálního prostředí v dětském věku. Tito lidé bývají úzkostní, uzavírají se, jsou zranitelní a často vynikají nadměrnou svědomitostí a ctižádostivostí. Zkušenost, že nepříjemné psychické stavy – úzkost, napětí, neúspěchy, se dají rychle a výrazně upravit nepříliš velkou dávkou alkoholu, která však postupem času stoupá, jsou též nezanedbatelným faktorem příčin zneužívání alkoholu. Nesprávná a nedostatečná výchova v dětství, autorita, vyžadování úspěchu a příliš velké moralizování, představují nenaplnění potřeb dětského života. Mladého člověka ovlivňují při jeho výchově kromě rodiny také lidé, kteří jsou pro něj významní – kamarádi, učitelé, spolužáci, ale i ti, které pokládá za své soupeře a nemá je rád. Z hlediska účinku drogy je důležitá dávka a trvání doby užívání a také možnost si alkohol opatřit. V naší společnosti se málo dbá na dodržování a důslednou kontrolu zákonného opatření na podávání alkoholických nápojů dětem, mladistvým a podnapilým.

Konzumace alkoholu je společensky akceptovaný jev, který má obrovský dopad na zdraví populace a následně na zdravotní péči o závislé (Kalina a kol. 2008).

Stádia intoxikace

- 1) excitační – vede k lehké opilosti (alkoholémie do 1,5g/kg)
- 2) hypnotické stádium – opilost středního stupně (alkoholémie 1,6g/kg – 2,0g/kg)
- 3) narkotické stádium – výrazné známky opilosti (alkoholémie vyšší než 2,0g/kg)
- 4) asfyktické stádium – těžká alkoholová intoxikace s rizikem bezvědomí, zástavy dechu a oběhu (alkoholémie nad 3,0 g/kg)

1.3 Závislosti a jejich charakteristika

F10.2 Závislost na alkoholu

F 11.2 Závislost na opiátech

F 12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikech

F14.2 Závislost na kokainu

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

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

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Závislost můžeme definovat jako stav fyzické a psychické vazby na jednu nebo více látek nebo také předmětů. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) definovala syndrom závislostí jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, při kterých užívání nějaké látky má u daného jedince větší důležitost než droga, kterou požíval dosud, a také si jí velmi cenil (Nešpor 2000).

V posledních 20 letech poznáváme mnoho forem patologického chování, které se v průběhu posledních let diagnostikují jako poruchy, jež nesou znaky závislosti, proto i léčba vychází ze stejných premis jako léčba kategorií F10-9. Patří k nim patologické hráčství na automatech, patologická závislost na nakupování, závislost na práci atd. Rozšiřování psychiatrických diagnóz na stále větší počet patologických

společenských jevů se jmenuje psychiatrizace (v širším měřítku medicinalizace) a platí pro ně to, co pro psychiatrizaci alkoholizmu, to znamená přesunutí řešení závažného společenského problému na zdravotnictví. Současně podmínky, aby se počet jedinců trpících těmito nově definovanými poruchami zvyšoval, se „zlepšují“. (Viz současné diskuse ohledně heren, jejichž počet stále narůstá přes proklamace všech zainteresovaných subjektů).

Drogy se postupem času a společenských kritérií začaly dělit na:

- legální – alkohol, nikotin
- nelegální – (měkké) marihuana, hašiš
- nelegální – (tvrdé) pervitin, heroin, kokain, LSD, Braun.

Tvrdość nebo měkkość návykové látky není zdravotnický pojem, ani v tomto kontextu nemá žádnou definici, jedná se spíš o společenský ústupek, který sleduje nové trendy v boji proti závislosti, a spíš povrchní znalosti o škodlivosti jednotlivých drog pro jedince, ale hlavně pro společnost (dekriminalizace). (Heller a kol. 1996). Pojem konzument alkoholu lze definovat tak, že se jedná o jedince, který užívá alkohol pro jeho chuťové vlastnosti.

Pokud jsou preferovány účinky alkoholu na psychiku před jeho chutí, takový člověk má nakročeno k psychické závislosti. Pojem alkoholismu jako nemoci je pojem neutrální, vyhýbá se morálnímu hodnocení, získal a získává řadu lidí, aby se léčili. Ulehčuje často neúnosnou situaci těm, kdo se rozhodnou přijmout roli pacienta, tato je však nezavazuje zodpovědnosti a zavazuje ke spolupráci. (Skála, a kol 1987str.32). Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je závislý člověk ten, u něhož závislost na alkoholu dosáhla takový stupeň, že mu způsobuje poruchy a problémy tělesné i duševní, a ovlivňuje jeho společenské postavení v sociálních a pracovních vztazích. Je to podle WHO jeden z nejzávažnějších problémů současného boje o zdraví a prevenci obyvatelstva.

Alkoholismus znamená závislost na alkoholu, která je definována jako stav chronický. Tato závislost může být nejprve psychická – odstranění napětí, stresů, uvolnění při společenských povinnostech, zlepšení komunikace a vztahů. Později se projeví závislost fyzická – metabolismus organismu se dožaduje pravidelného přísunu alkoholu. Tento fyzický projev se odborně nazývá abúzus (nadměrné požívání

alkoholu) a souvisí často s pravidelným přísunem alkoholu (denní požívání alkoholu), velmi zřídka epizodním (nárazovým) pitím (Nešpor 2007).

Alkohol je psychotropní látka, tj. její užití vede k dočasným změnám psychiky (intoxikace). Dlouhodobé užívání vede k somatickým a psychickým změnám, které mohou být i nevratné. V textu se budeme zabývat těmito změnami, a jakým způsobem je ovlivnit. (Dobrá, Drvota 1980 s. 125).

Alkohol a jeho definice – „etanol etylalkohol je látka s převážně tlumivými účinky.“ Vzniká v malém množství i v lidském organismu a je známa jeho fyziologická hladina v krvi do 0,3 g/kg“. Alkohol je látka lehce dostupná a její konzumace je považována za společensky přijatelnou. Průměrná spotřeba alkoholu za rok na hlavu včetně kojenců je přes 10 litrů 100% etanolu.

Přesto, že je požívání alkoholu takřka společenskou normou (mělo by být tedy málo rizikové), je v České republice závislost na alkoholu nejrozšířenější a nejzávažnější závislost a to i z hlediska ekonomických škod.

Ze statistiky ÚZIS za rok 2009 vyplývá, že počet léčených pacientů se závislostí na alkoholu dosáhl v České republice počtu 24.208 závislých. Z tohoto počtu je 16 294 mužů a 7 912 žen. (Psychiatrická péče 2009, www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009, citováno dne (2010.30.11))

Počet závislých na alkoholu v naší populaci je asi 5%, tj. asi 500 tisíc osob, další statisíce mají problém s konzumací alkoholu. Dá se říct, že 10% populace pije alkohol tak, jak by nemělo. V populaci aspoň občas pije celkem přes 90 % lidí. (Nešpor, 2007).

1.4 Patologická závislost a její projevy

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje. U těchto jedinců je skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si dříve cenil více.

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

Silná touha přijímat alkohol (craving)

Světová zdravotnická organizace se v roce 1955 shodla na definici bažení jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost.

Odlišuje psychické a tělesné bažení a uvádí, že psychické bažení může být obranou proti nepříjemným duševním pocitům (objevuje se i po delší abstinenci). Bažení tělesné vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm. Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti, jako jsou zhoršené sebeovládání nebo to, že někdo v náruživém chování pokračuje navzdory škodlivým účinkům, které jsou mu známé.

Potíže v kontrole přijímání alkoholu:

Člověk závislý na alkoholu si špatně uvědomuje sám sebe, podléhá touze „se napít“. Malé sebeuvědomění může souviset i s nadměrnou únavou a dlouhodobým psychickým nebo fyzickým vyčerpáním. Důvodem nedostatečného sebeovládání bývá rizikové prostředí (např. restaurace, bary, nevhodná společnost).

Tělesný odvykací stav při omezení nebo náhlém ukončení konzumace alkoholu

Somatické potíže (odvykací stav): Odvykací stav začíná, když se u jedince závislého na alkoholu projeví třasavka, pocity horka a zimy, ospalost, únava a chvění celého těla. Součástí abstinenčních příznaků bývá také nechutenství, bolest hlavy nauzea, zvracení, pocení, nespavost a touha po alkoholu. Pozorujeme také u jedince psychomotorický neklid, tzv. epileptické záchvaty a nespavost.

Růst tolerance (vyžadování vyšších dávek alkoholu)

Tolerance se projevuje, pokud k dosažení stejného účinku je zapotřebí vyšších dávek alkoholu nebo když stejné dávky mají nižší účinek.

Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu

U alkoholiků pozorujeme zanedbávání jiných potěšení a zájmů, které do té doby byly nedílnou součástí jeho života. Tyto zájmy jsou zaměňovány ve prospěch požívání alkoholu a zvýšeného množství času k získání dávky. Na prvním místě v žebříčku hodnot a kvality života postupuje alkohol, rodina a společenský život klesá na poslední příčku zájmů v jeho životě. (Holland 1968).

Pokračování požívání alkoholu přes jasný důkaz škodlivých následků na zdraví

Závislý člověk je seznámen se škodlivými následky své závislosti, přesto v pití pokračuje. Touha po alkoholu a zhoršené sebeovládání vítězí nad hrozbou zdravotních a sociálních komplikací. Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je přijímání alkoholu nebo touha po jeho přijímání.

Z vlastní definice závislosti tak vyplývá, že existuje mnoho druhů závislosti podle kombinace jednotlivých příznaků. Např. člověk s výbornou prací, relativně zdravý, s koníčky a šťastným manželstvím může být těžce závislý na alkoholu a nezaměstnaný s cirhózou jater závislý být nemusí. Proto v diagnostice závislosti musíme být velmi opatrní, kromě podrobné anamnézy od pacienta bychom měli získat informace od příbuzných, z pracoviště, podrobně ho tělesně vyšetřit včetně laboratoře. Určitě budeme narážet na různé překážky, k mnohým úkonům je potřeba souhlas pacienta.

I proto je princip dobrovolnosti v léčbě jeden ze základních předpokladů zahájení adekvátní terapie (Nešpor, 2007).

1.5 Klasifikace alkoholismu

Dlouhotrvající pití způsobuje adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu. Vyvíjí se závislost, u jedince převažuje potřeba pokračovat v konzumaci alkoholu. Snížená odpověď na původně účinnou dávku vede k vzrůstu tolerance a stupňování dávek a později k rozvoji syndromu odnětí drogy. Toto je základ bludného kruhu onemocnění.

Vývojová stádia závislosti podle Jellineka:

1. Stádium: iniciální, počáteční – předalkoholická fáze

Pití alkoholu má společenský charakter, nevymyká se společenským normám. Alkohol vyhledává pro příjemnou relaxaci, zlepšení nálady a navazování sociálních a erotických kontaktů. Ale pozor: Alkohol zde již způsobuje psychické uvolnění, takže se jedná o první předstupeň závislosti, ale ne o konzumenství. V tomto období hladina alkoholu v krvi nepřekračuje obvyklé 0,5 g/l (0,5 promile). Tato hladina nepřesahuje známky zřetelné opilosti.

2. Stádium: varovné - (prodromální)

Rostoucí tolerance způsobuje, že frekvence požívání a dávka alkoholu roste. Hladina alkoholu v krvi se blíží k hladině zřetelné opilosti. Objevuje se touha po alkoholu, pití je rychlejší, může vzniknout tzv. palimpsest (okénko). Postižený si nepamatuje průběh alkoholové intoxikace. První a druhé stádium závislosti řadíme ještě do předchorobí. Ve chvíli, kdy se k příznakům přidruží okénka, začíná vlastní nemoc.

3. Stádium: kruciální - (rozhodující)

Tolerance k alkoholu stále roste, postižený snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. Dochází k jevu, který nazýváme změna kontroly v pití. Alkohol se stává součástí základních metabolických dějů a mění se reakce organismu na určitou dávku. Postižený se snaží řešit situaci krátkými abstinencemi, situaci však nezvládá a pití propuká znovu s bývalou intenzitou. Objevují se sociální problémy – absence v práci, různé konflikty s okolím a přehodnocení původního systému hodnot. V tomto stádiu závislosti již většina postižených zanedbává správnou výživu, což přispívá ke zhoršování jejich zdravotního stavu. Pití je již projevem choroby a ta má svůj spád, který nemůže zastavit jedinec ani jeho okolí bez odborné pomoci.

Většina pacientů v tomto stádiu léčbu nevyhledá a pije dál. Obyčejně dosáhne stavu, kdy opilé dny v jednom týdnu převáží nad střízlivými. V této fázi nastává konečné stádium choroby.

4. Stádium terminální - (konečné)

Pacient zneužívá alkohol v kteroukoliv denní a noční dobu. Typické je zahánění nepříjemného stavu po vystřízlivění dalším požitím alkoholu. Následuje několikadenní období, během něhož pacient nevystřízliví, z nouze pije i technické prostředky (Iron nebo kolínské vody) v případě, že obsahují alkohol. Tolerance klesá. Morfologicky již dochází k poškození orgánů, nervového systému, cév a k rozvoji duševních poruch. Nastupuje degradace osobnosti až úpadek – jediným požadavkem na život je získání drogy. Ve třetím a čtvrtém stádiu může kdykoliv dojít k chronifikaci choroby, vzniká chronické stádium závislosti na alkoholu. (Skála a kol.1987).

Dle Jellinekovi typologie (Jellinek, New Haven,1960.) rozlišujeme 5 forem závislosti na alkoholu.

- a) Typ alfa (problémové pití), kdy nemocný užívá alkoholu za účelem potlačení tenze, úzkosti, smutku, často pije o samotě.
- b) Typ beta (společenské pití), kdy nemocný užívá alkohol ve společnosti, pití má kulturní charakter a mívá somatické následky.
- c) Typ gama (anglosaský typ), kdy nemocný preferuje pivo a destiláty. Charakteristické jsou poruchy kontroly pití, zvyšování tolerance k alkoholu a s tím spojená progresivní konzumace. Bývá tělesné i psychické postižení, psychická závislost dominuje nad fyzickou.
- d) Typ delta (románský typ). Preferuje víno, a to většinou denně. Nemocný si trvale udržuje hladinu alkoholu v krvi, bývá bez výrazných projevů opilosti. Obvykle dominuje fyzická závislost nad psychickou, vyskytují se tělesná poškození.
- e) Typ ypsilon (kvartální piják). Vyznačuje se epizodickým abúzem, pitím „v tahu“, kdy několik dní nekontrolovaného pití střídá týdny i měsíce úplné abstinence. Takové chování bývá často spojeno s manickou fází bipolární afektivní poruchy. (Skála a kol, 1987)

Jellinekovi klasifikace mají dnes již historický význam, jsou cenné podrobným popisem chování člověka, který se od zcela nevinného užívání alkoholu může v několika krocích dopracovat k těžké závislosti.

Cílem terapeutického úsilí je trvalá a důsledná abstinence. Závislost je chronické recidivující onemocnění, takže lze předpokládat, že doživotní abstinence dosáhne jen relativně málo pacientů. Toho si terapeut musí být vědom a může si vybrat, jestli se této problematice chce a bude věnovat nebo dá přednost jiným pacientům. <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>, citováno dne (2010.30.11).

2. NEGATIVNÍ ÚČINKY ALKOHOLU NA ZDRAVÍ

Pravidelný konzum alkoholu zhoršuje zdravotní stav člověka. Těžký abúzus alkoholu se přímo nebo nepřímo odráží v mnoha onemocněních. Alkoholici jsou osoby s mimořádně vysokým počtem onemocnění, úmrtím a také se sníženou délkou života. Abúzus alkoholu a alkoholismus nepřispívá jenom k mnoha patologickým stavům, ale také komplikuje další onemocnění, které se může u těchto lidí vyskytnout. Mnohé z těchto onemocnění můžeme včasnou léčbou odvrátit nebo projevy onemocnění zmírnit. Viditelnými známkami poškození vlivem alkoholu jsou organické psychické a somatické změny, které se projevují především u chronických alkoholiků. (Kratochvíl, 2000).

2.1 Somatické následky alkoholismu

Lidé se závislostí na alkoholu vyhledávají lékařskou pomoc často velmi pozdě. Důvodem prvního kontaktu s lékařem bývá až některá somatická komplikace spojená se závislostí.

Často jde již o vážné poškození zdraví, kdy tento zdravotní stav ohrožuje již pacienta na životě a vyžaduje intenzivní léčbu na specializovaných odděleních nemocnic. Nejčastější tělesná onemocnění z nadměrné konzumace alkoholu jsou poškození gastrointestinálního traktu - gastritida, pankreatitida, steatoza, cirhoza jater, úbytek na váze z nedostatku vyvážené stravy, poruchy elektrolytické rovnováhy, edémy, zápaly, nádory a anémie. Na periferních nervech dochází často k zápalům, které se projevují mravenčením dolních končetin, křečemi, bolestmi, nebo ztrátou citlivosti, dochází k polyneuropatii. Mezi vegetativní poruchy patří porucha regulace tělesné teploty, návaly potu, tachykardie.

Alkoholická kardiomyopatie se projevuje celkovou nevolností, bušením srdce, pocitem dušnosti, často se projevují známky srdeční nedostatečnosti. V popředí bývá hypertenze (vysoký krevní tlak). Kožní změny, nejčastěji rozšíření cév v kůži, studená napnutá kůže na tváři, poškození v důsledku nedostatečné hygieny, hyperpigmentace, jizvy po četných úrazech.

Alkoholici mají také sníženou imunitu a tím zvýšenou náchylnost ke všem infekcím - tuberkulóza, virózy, bronchitidy, chronické konjunktivitidy. Trpí sníženou plodností a impotencí. Po dlouhodobém užívání alkoholických nápojů dochází k výraznému odumírání mozkových buněk, což se projevuje změnou psychických vlastností – snížený intelekt, demence, ztráta psychické vitality.

V důsledku lokálního poškození mozku trpí alkoholici tzv. „alkoholickou epilepsií.“ Alkohol může podobně jako několikadenní nespavost vyprovokovat nebo zhoršit záchvaty, které způsobí úraz hlavy nebo nitrolebeční krvácení. Při kombinaci alkoholu s některými léky, např. na spaní, na uklidnění, proti bolesti, nebo s drogami, může být účinek i menšího množství alkoholu zesílen a může dokonce způsobit těžkou otravu (intoxikaci) na úrovni bezvědomí až do komatu s rizikem úmrtí.

U žen se vyskytují při závislosti na alkoholu poruchy menstruačního cyklu, nemoci prsou a zevních pohlavních orgánů. U těhotných žen může dojít k potratu nebo k poškození plodu - porod dítěte s vrozenými vývojovými vadami, poškozená bývá centrální nervová soustava, řeč, děti bývají mentálně zaostalé s nižší porodní váhou, nižším IQ a menšího vzrůstu, může se vyskytnout poškození srdce a dalších orgánů. Většinou se jedná o kombinované poškození, které má i svůj vlastní název – fetální alkoholový syndrom (Kalina a kol. 2008).

2.2 Psychické následky alkoholismu

Chronická závislost na alkoholu vzniká většinou velmi pomalu a nenápadně, často v průběhu 10 až 20 let, takže varovné signály a příznaky okolí většinou nepostřehne. Proto je začátek léčby často opožděný a projevují se již příznaky psychického a organického poškození pacienta. Centrální nervový systém je na alkohol nejcitlivější a jeho poškození se projevuje na psychice člověka. Změny psychických funkcí vznikají

už při jednorázovém opojení. Změny osobnosti začínají postupně s rozvojem abúzu, a to ve směru dezintegrace až degradace. Syndrom odnětí alkoholu (abstinenční syndrom) vzniká při závislosti na alkoholu. Symptomy vznikají po náhlém zabránění přívodu alkoholu.

Jsou to: nauzea, zvracení, poruchy zraku, hučení v uších, psychomotorický neklid, tremor, nepříjemné tělesné pocity, poruchy motoriky, vegetativní poruchy, zvýšená dráždivost, úzkost, deprese, poruchy vědomí, někdy i epileptické záchvaty. (Kalina a kol., 2008 s. 134).

2.2.1 Delirium tremens

Je akutní život ohrožující psychóza objevující se po několikaletém abúzu alkoholu. Spouštěčem může být náhlé vysazení alkoholu, ale objevuje se také v souvislosti se somatickým onemocněním, a nebo po určitém úrazu. „Psychóza se projeví predelirantními projevy, za které pokládáme několik dní trvající nespavost, nechutenství, zvýšené napětí, tremor, často se projevuje úzkost a někdy epileptické záchvaty.“ (Dobry, Drvota 1980 s. 65)

Symptomy somatické při deliriu tremens jsou výrazný motorický nepokoj (agitovanost), pacient neustále odchází z lůžka, poruchy prokrvení, konjunktivitida, (alergická reakce očních spojivek) tachykardie, (stav úzkosti, bušení srdce), pokles TK (krevní tlak), výrazné pocení, tremor (chvění, třesení). Psychické symptomy jsou úzkost a stavy neklidu, dezorientace, trvalá zmatenost, nekritičnost, někdy až euforie, halucinace (většinou optické).

V důsledku dlouhodobého poškození alkoholem je somatický stav pacienta v deliriu tremens (zrakové halucinace, motorický a psychický neklid) většinou velmi vážný. Jsou přítomná organická poškození a v akutních zátěžových situacích může dojít k různým komplikacím, například pneumonie, poruchy kardiovaskulárního systému, selhání jater a ledvin, poruchy elektrolytické rovnováhy, epileptické záchvaty, edém mozku. Léčba a ošetrovatelská péče musí být zacílena na co nejrychlejší kontrolu život ohrožujícího stavu.

2.2.2 Alkoholické halucinace

Stav se projevuje akustickými halucinacemi, jejichž obsahem jsou často výčitky a hrozby dotyčnému. Pacient je depresivní, úzkostný, cítí se ohrožený, může dojít i k náhlým stavům paniky. Chybějí mu vegetativní a motorické příznaky.

2.2.3 Alkoholická paranoia

Projevuje se žárlivými bludy, vztahovačné bludné myšlenky a bludy pronásledování.

2.2.4 Alkoholická deprese

Jde o skupinu častých psychických poruch různé intenzity. Kromě lehkých a krátkodobých depresí se vyskytují také deprese hluboké, psychotického charakteru. Neléčené deprese, anebo častější úzkostné depresivní stavy zvyšují riziko relapsu alkoholismu (návrat k droze) a riziko sebevražd.

2.2.5 Alkoholická demence

Objevuje se po letech baživého pití. Pacienti se chovají jako jiní chroničtí demenční pacienti. V důsledku odbourání intelektu jsou méně agresivní, jiní pacienti závislí na alkoholu jsou klidní, neprojevuje se u nich sklon k přijetí jiné drogy. Alkoholická demence se vyskytuje častěji u žen než u mužů.

2.2.6 Korsakovská psychóza (demence)

Její příčinou je dlouhodobě nesprávná, anebo nedostatečná výživa, která vede k nedostatku vitamínů skupiny B, a z toho vyplývají poruchy metabolismu bílkovin v mozku. Hlavními symptomy jsou poruchy paměti, zvláště novopaměti a vnímavosti. Pacient vyplní mezery ve své paměti vymyšlenými údaji, příběhy (konfabuluje), které si ale pak sám nepamatuje. Nálada je na začátku onemocnění euforická, v průběhu let se nálady mění, postižený se stává lhostejným až tupým. Pacienti jsou často afektivně labilní a lehce ovlivnitelní.

2.2.7 Alkoholická charakteropatie

Vzniká v terminální fázi vývoje alkoholismu. Projevuje se změnou osobnostních charakteristik, zanedbáváním zevnějšku, zvláštním chováním, omezením zájmů a aktivit na tělesné a pudové potřeby a také snížení morálních zábran.

V sociální oblasti se projevuje neschopností vytvářet nové hodnotné sociální kontakty. (Kalina a kol 2008).

2.2.8 Fetální alkoholový syndrom FAS

Je soubor tělesných a psychických znaků, které signalizují poškození plodu alkoholem ještě v těle matky. Narozené dítě má nízkou porodní váhu, má nápadné anomálie hlavy a obličeje a také anomálie srdce a ledvin. Je přímo postihnutý mozek dítěte, což se projeví mentální subnormou nebo mentální retardací.

Vyskytují se asi u 1 % porodů. (Bártová, 2004).

3. SOCIÁLNÍ A SPOLEČENSKÉ NÁSLEDKY ALKOHOLISMU

Působením masových komunikačních prostředků a hlavně vlivem reklamy jsme stále více tolerantní k zneužívání alkoholu. Opakovaná bagatelizace konzumace alkoholu, kterou nesporně podporuje kulturní tradice naší společnosti, má rozsáhlý dopad z hlediska společenského, zdravotního, pracovního, psychologického a ekonomického. Pod vlivem alkoholu je páčáno nejvíce přestupků a trestných činů v porovnání s jinými psychoaktivními látkami a to v případě dopravních nehod, anebo násilné trestní činnosti.

Nejzřejměji zasahuje do manželských a rodinných vztahů, které naruší, ničí a rozkládá vzájemnou důvěru manželských partnerů a rodinný soulad, vyvolává rozvraty a je hlavní příčinou krizí rodinného života a vysoké rozvodovosti v České republice. Závislost ovlivňuje schopnost výkonu v zaměstnání. Běžné jsou absence, úrazy, anebo alkoholové excesy, nežádoucí účinky při užívání kombinace lék-alkohol, pití na pracovišti, které může vést k propuštění z práce a následné dlouhodobé nezaměstnanosti. (Heller a kol.: Závislost známá, neznámá 1989 s. 17)

4. LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Pojem léčby a sociální rehabilitace by měl odpovídat celkovému problému závislosti na návykové látce. Důležitá je týmová práce. Léčba závislosti na psychoaktivní látce je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem. Do léčebné péče zahrnuje klienta samotného, ale i osoby jemu blízké. Cílem léčby je dosáhnout úplné abstinence, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti. Celkově je důležité zvýšit kvalitu jeho života.

V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které lze dle typu rozložit na ambulantní (stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny) a dle délky na léčbu krátkodobou (4 – 8 týdnů), střednědobou (3 – 6 měsíců).

Farmakoterapie: by měla být nedílnou součástí celkové léčebné intervence. Lze ji rozdělit na medikaci cílenou k závislosti, na mírnění škod způsobených požíváním alkoholu. Farmakoterapie má svá specifika. Využití farmakoterapie jako samostatné léčebné intervence není efektivní. Farmakologická léčba při závislosti na alkoholu je podpůrná. Léčebná intervence je velmi účinná v kombinaci s psychoterapií. (Nešpor 2007).

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). Největší účinek však má tento lék na psychiku alkoholiků. Podávání antabusu musí být vždy kontrolováno. Podává jej zdravotník nebo terapeut. Nikdy ne sám pacient nebo člen rodiny. Léčba antabusem není léčba kauzální, antabus je preventivum, které zabraňuje požívání alkoholu. Podávání antabusu v průběhu času zvyšuje i sebevědomí pacienta, že svou abstinenci kontroluje (senzibilizace).

Anticravingové léky (Campral, Revia) – cílem je snižovat stupeň cravingu ovlivňováním chemických působků v mozku.

Klometiazol (Heminevrin) - toto sedativum se aplikuje pro odstranění příznaků při odvykací léčbě do odeznění abstinenčních příznaků.

Jiné alkohol senzibilizující preparáty – prakticky nepoužívané:

Metronidazol – alkoholici na základě zkušeností s tímto preparátem tvrdí, že alkohol jim méně chutná, snižuje toleranci, údajně zabraňuje ztrátám kontroly a excesivnímu abúzu.

Nitrofazol (Altomol) – účinkuje jako disulfiram, ale je méně intenzivní. Výhoda spočívá v dlouhodobé účinnosti (až sedm dní).

Chemická averzivní léčba – cílem je vyvolat odpor k alkoholu (vytváří se podmíněný reflex, dnes prakticky nepoužívána):

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 (pod kůži) injekci. Reakce apomorfinu trvá 10 – 15 minut. Reakce je ze začátku bouřlivá, dochází ke krátkodobým kolapsům (nepoužívá se v praxi). (Hynie Sixtus. Farmakologie v kostce. 2001).

Problémem farmakoterapie je, že pojišťovny tyto léky nehradí.

5. PSYCHOTERAPIE

Zahrnují poradenství, psychoterapii, sociální práci, rodinnou terapii, pracovní terapii a sociální rehabilitaci, důležité je i průběžné hodnocení klienta.

Psychoterapie (tj. působení na pacienta psychologickými metodami):

Využívá se při prevenci a léčbě. Psychoterapie je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví. Cíle jsou různé podle způsobu jejího použití, dle jednotlivých psychoterapeutických přístupů. Můžeme je vnímat ve změnách osobnosti, chování, sociálních vztazích klienta. Podle Kratochvíla (2000) jsou hlavními cíli odstranění chorobných příznaků a redukce, sociální rehabilitace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj nebo integrace klientovy osobnosti. Využívá se hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, kognitivně behaviorální psychoterapie, rodinná a systematická psychoterapie, hypnotické a relaxační metody. Psychoterapii smí provádět pouze kvalifikovaný terapeut. Důležitá je motivace klienta k psychoterapii. Rozlišujeme čtyři úrovně motivačních faktorů: zdravotní a psychické, sociálně psychické, sociální, trestně právní. Terapeut by měl respektovat názory klienta a podporovat ho v soběstačnosti. (Skála a kol. 1987).

5.1 Metody psychoterapie:

5.1.1 Individuální psychoterapie

Je zaměřena na práci s jednotlivcem, hlavním prostředkem je rozhovor, který se odehrává v rámci série sezení. Sezení trvá 60 – 90 minut. Frekvence se pohybuje jednou až dvakrát týdně a rozlišuje se na krátkodobé sezení – 15 sezení v průběhu tří měsíců, střednědobé sezení - 1–2 sezení týdně v průběhu 3–6 měsíců a dlouhodobé sezení - různá frekvence více než šest měsíců. Rozeznáváme dvě různá zaměření terapeutické práce. První je zaměřena na symptomy, druhá na osobnostní růst. Probíhá v rámci ústavní i ambulantní léčby. Indikace individuální terapie: Při ohrožení zvládnutí standardního léčebného programu nebo zralost a motivovanost klienta vstoupit do terapie za účelem osobního růstu.

5.1.2 Skupinová psychoterapie

Je léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob. Vztahy a interakce probíhají mezi členy skupiny navzájem i mezi členy skupiny a psychoterapeutem. Psychoterapeutická skupina může pracovat jako uzavřená (všichni její členové začínají a končí spolu) nebo jako otevřená (členové skupiny v různou dobu do ní přicházejí a odcházejí). Skupinová psychoterapie v ústavních podmínkách je základním kamenem léčby. Je vhodná u klientů, kteří mají problém s mezilidskými vztahy. Terapie probíhá formou docházkové péče nebo v rámci dlouhodobých pobytů v léčebných zařízeních a terapeutických komunitách. Zároveň je důležitou součástí doléčování. Skupinová terapie využívá kognitivně behaviorální techniky, gestalt terapie, strategické terapie, dynamické terapie, psychodramata. (Heller a kol 1996).

Behaviorální terapie

Pod pojem behaviorální terapie řadíme velké spektrum psychoterapeutických postupů zaměřených na změnu chování klienta. Používá různé techniky. Obecně lze říci, že cílem je změna chování klienta. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní, motorické. Konkrétní cíle terapie stanovuje terapeut spolu s klientem.

Metody behaviorální terapie:

- a) Averzivní terapie – zpevňování žádoucího a nezpevňování nežádoucího chování.
- b) Expoziční terapie – klient je vystavován situacím pro něj obtížným.
- c) Relaxační postupy – např. Jacobsonova progresivní relaxace, postupy na zvládnání akutních stavů úzkosti.
- d) Další různé techniky – např. behaviorální nácviky sebekontroly, asertivity, sociálních dovedností.

Pracovní terapie:

Je velmi významnou součástí dobrého léčebného programu. Práce má svůj velký význam, ale také velké nároky na organizaci a vedení, aby nepřinášela spíše negativní výsledky. Smysluplná a dobře organizovaná práce pacientů má své účinky a výsledky materiální, ale především rehabilitační v oblasti psychické a fyzické.

Muzikoterapie

Dělí se na aktivní, která využívá zpěvu, práce s hlasem a hry na hudební nástroje. Další terapie využívá hudby k poslechu. Muzikoterapie se může kombinovat s jinými technikami terapií.

Arteterapie

Cílem terapie je poskytnout prostor pro projevení emocí, vnitřní rozvoj a sebepoznání pomocí kreslení obrázků.

Poetoterapie

Pomáhá uvědomovat si emoce a komunikovat. Zvyšuje kohezi a zájem o druhé.

Gestalt terapie

Nazývá se také tvarová terapie. Nacházíme zde prvky psychodramatu, dynamické terapie, strategické terapie a terapie humanistické. Orientuje se na přítomnost. Pomáhá zlepšovat sebeuvědomování na tělesné a duševní rovině.

Rodinná terapie

Patří k důležitým prvkům efektivních léčebných programů. Rodina může být zdrojem četných problémů, ale i emoční podporou v léčbě. Označuje se také jako „systémová“ nebo „systematická“ terapie.

- a) strukturální rodinná terapie – zaměřena na strukturu, hierarchii v rodině.
- b) vícegenerační koncept – zabývá se neviditelnými vazbami přesahujícími generace.
- c) Humanistická rodinná terapie – orientovaná na osobnost a dílo.V. Satyrové, která poukazuje na sebehodnocení klienta.
- d) Strategická rodinná terapie – rodina jako kybernetický okruh pravidel, kde terapeut musí způsobit změnu.
- e) Systematicko – kybernetická rodinná terapie – pokusy o uskutečnění
- f) „kybernetického konstruktivismu“. V kybernetickém okruhu rodinných pravidel se odehrávají rodinné hry.

Rodinná terapie se zabývá symptomatickým chováním, jeho okolnostmi, ve kterých symptomatické chování vzniká. Nejčastěji se setkáváme se spoluprací rodinných příslušníků (rodiče). K hlavním indikacím této terapie patří nízký věk klientů, vysoká nezralost člena rodiny, selhávání klienta v léčbě.

Terapeutická komunita

Je zvláštní formou intenzivní skupinové terapie. Určitou dobu spolu žijí klienti různého věku, pohlaví, vzdělání, sdílejí nejen skupinová sezení, ale také různorodé činnosti spojené s léčbou. Jeho podstatou je trvalé prolínání a konfrontace každodenního života.

Společné znaky komunit:

- a) neformální a otevřená atmosféra
- b) centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu
- c) sdílení pracovních povinností na udržování chodu komunity
- d) terapeutická úloha klientů
- e) spoluúčast klientů na vedení řízení komunity
- f) společné hodnoty a myšlenky

Terapie v terapeutické komunitě se zaměřuje na vývoj osobnosti, na chování, na duchovní rozměr osobnosti, etiku, společenské hodnoty, na dovednosti přežít a být profesně zajištěn. U nás se využívá dle docenta Skály model se středně dlouhým, 3 – 4 měsíce trvajícím pobytem. (Skála a kol. 1987).

5.1.3 Rehabilitační léčba

Při léčbě závislých na alkoholu má své uplatnění rehabilitační léčba. Jejím prostřednictvím se snažíme vést klienta k zodpovědnosti, k pozitivnímu vztahu k práci a ke kolektivu. Se zařazením klienta do rehabilitace můžeme začít již v detoxikační fázi léčby. Je zaměřená na zlepšení tělesného zdravotního stavu klienta a na zvýšení sociability jedince.

5.1.4 Doléčování a následná péče

Doléčování spočívá v dlouhodobé skupinové terapii, v účasti závislých na činnosti léčeben po ukončení léčby, socioterapeutických klubů „(AA)“ – anonymní alkoholici – vznik 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 závislost na droze, být upřímný sám k sobě a odhodlaně bojovat se svým problémem. Tyto organizace spolupracují a jsou ovlivňovány profesionálními pracovníky. Jejich krédem je zůstat střízlivý a pomáhat ke střízlivosti jiným alkoholikům. V současné době je v České republice 32 skupin AA v osmnácti městech. Doléčování zcela intenzivně navazuje na ústavní nebo ambulantní léčbu.

Je to dlouhodobý efekt léčby a zdůrazňuje prevenci recidivy. Veškeré formy doléčování jsou a zůstávají stále nezbytnou součástí léčby. Bez doléčování by procento úspěšnosti léčby bylo velmi nízké. (Kalina a kol. 2008).

5.1.5 Resocializace a následné začlenění do společnosti

Resocializace do rodiny, mezi známé a přátele stojí pacienta po ukončení léčby nebo ještě v průběhu léčby mnoho psychických sil, sebezapření, odříkání a pevné vůle dokončit plánované změny svých osobních postojů. Vůle zůstat střízlivý je to nejdůležitější pro nový život, po kterém alkoholik prahl. K silné vůli musí být také silná motivace. Odléčený jedinec chce být opět součástí rodiny, kterou měl, a postupem času své závislosti ztrácel. Často se stává, že se rodina v důsledku jeho alkoholové minulosti rozpadla, a tak touží po nové rodině. Může platit i opak, že rodina se rozpadne proto, že pacient abstinuje a dochází k různým přesunům a třenicím mezi partnery, které alkohol „zakrýval“. Nebo prostě pacient chce začít nový život (tlustá čára). Alkohol mu ničí zdraví, nelítostně ho svazuje, velmi se odráží v jeho psychice. Stále se opakují nepříjemné vzpomínky na jeho selhání, a tak se může po absolvování léčby díky tomu vydat správnou cestou, pokud mu společnost a rodina v začátcích jeho abstinování podá pomocnou ruku. Pokud tuto pomoc nedostane od svého okolí a blízkých, jeho boj s alkoholem je velmi ohrožený.

V neposlední řadě je důležitou součástí doléčování a vstupu do nového života zaměstnání. Odléčený alkoholik by měl docílit své malé životní cíle (velké končí recidivou), seberealizovat se, vrátit se ke svým původním zájmům, koníčkům a vytvořit

si svůj obranný mechanismus proti stereotypům a také trénovat svou psychickou odolnost. Mezi ním a alkoholem musí být vždy dostatečná „vzdálenost“, aby své chování vůči němu kontroloval on a ne, aby rozhodoval alkohol, jak se bude pacient vůči němu chovat. Vzhledem k tomu, že nejvíc pacienti recidivují do 1 roku po absolvované léčbě, je pro motivovaného pacienta doléčování prakticky povinné. Doléčování také upevňuje přátelské vztahy mezi abstinujícími alkoholiky, kteří se budou vzájemně podporovat. (Skála a kol 1987).

6. PREVENCE ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

Nejlepší prevencí je nikdy nezačínat pít alkoholické nápoje, neléčit alkoholem úzkost, strach a depresivní stavy, nepít pravidelně, nevytvářet podmínky pro vznik pijácké party. Na pracovišti je nutné dbát na dodržování Zákona o boji proti alkoholismu č. 120/62, kde jsou v § 9 až 13 uvedena ochranná opatření. – Dodržování zákazu pití alkoholických nápojů na pracovišti.

6.1 Primární prevence

Orientuje se především na ty osoby, které se ještě nedostaly do styku s alkoholem. Mají sloužit jako imunizace proti tomuto sociálně–patologickému jevu. Tímto typem prevence se zabývá především rodina, školská a mimoškolská zařízení, média a jiné instituce výchovných programů. S výchovou k zdravému způsobu života je třeba začít od raného věku dítěte a patří k ní také vytváření pravidel správné životosprávy včetně stravování a pití. Na rodinnou výchovu by měla navazovat školní výchova až do období zralosti. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat dětem z rodin alkoholiků a mladistvým, kteří nadměrně pijí alkoholické nápoje.

6.2 Sekundární prevence

Jejím cílem je vrátit jedince do původního stavu. Její úlohou je vlastní léčba pacienta, který závislosti propadl.

6.3 Terciární prevence

Je zaměřena na předcházení recidiv u osob závislých na alkoholu a u těch, kteří už léčbou prošli. Vykonává se na úrovni resocializačních zařízení, patří sem i doléčování, kontroly psychiatrem, psychologem, farmakologická léčba. Důležité je pozitivní využívání volného času, zájem ze strany rodiny a blízkých a dostatečná informovanost o závislosti na alkoholu. (Dobry, Drvota 1980).

7. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU.

Všeobecné sestry plní v komplexní péči o pacienta se syndromem závislosti na alkoholu důležitou úlohu. Sestry tráví s nemocným na oddělení nejvíce času, doprovázejí ho od příjmu až do propuštění a také při dalších doléčovacích aktivitách po ukončení základní léčby. Jejich úlohou je, kromě jiného, monitorovat stav nemocného, posoudit a pomáhat při naplňování jeho potřeb, vytvářet prostředí vhodné pro léčbu, vést nemocného k znovunabytí samostatnosti a sebedůvěry, motivovat ke spolupráci. Základní metodologií ošetřovatelství je podle právního řádu České republiky ošetřovatelský proces (Vyhláška. Č. 424/2004 Sb.). Cílem ošetřovatelského procesu je „stanovení směru a struktury poskytované ošetřovatelské péče, která odpovídá bio–psycho–sociálním a spirituálním potřebám pacienta i rodiny“.

(Marková a kol., 2006 s 89).

Všeobecná sestra na oddělení závislostí je součástí terapeutického týmu lékařů, psychologů, sociálních pracovníků, kteří spolu navzájem úzce spolupracují při léčbě pacienta. Všeobecné sestry pracují na odděleních, která se liší svými konkrétními požadavky na pacienta a personál zabývající se ošetřovatelstvím. Tyto oddělení mají svá specifika léčebného procesu a ošetřovatelské péče. Pacienti jsou zde hospitalizováni dobrovolně. Nemocní přicházejí na oddělení nejčastěji z domova po konzultacích svých praktických lékařů a na jejich doporučení. V chování pacientů nesmí dominovat prvky agrese, poruchy vnímání a myšlení, sebevražedné myšlenky. Měli by být motivováni k pobytu na oddělení, což mnohdy není předpokladem pro motivaci k terapii zejména u chronických pacientů. Proto je zde zaveden terapeutický režim. Nutnost účastnit se režimu aktivit je vnější silou, která aktivizuje jejich činnost. Pokud však nemocný není schopen terapeutický režim zvládat, je z něho na potřebnou dobu osvobozen.

Během zajišťování běžného provozu oddělení si všeobecná sestra udržuje přehled o všech pacientech na oddělení. Sleduje stavy nálady, příjem stravy, tekutin, postoj k užívání léků, míru neklidu, sociabilitu, denní aktivity, chování, kvalitu spánku a jiné aspekty chování a vnější známky prožívání v souladu se stanovenými problémy ošetřovatelského procesu a ordinací lékaře. Z chování nemocného můžeme vyzorovat přítomnost poruchy myšlení nebo vnímání. Všímavá sestra může odhalit chování,

kteřá mohou signalizovat neklid a sklon k agresivnímu jednání a ty může zavčas rozpoznat a uzpůsobit jim komunikaci, anebo adekvátně zasáhnout. To vše je nutné vědět k tomu, abychom dokázali pochopit situaci, v níž se pacient ocitá, a mohli jsme ho pochopit a snadněji přesvědčit ke spolupráci, nebo uklidnit při rozrušení. Důležitou roli zde hraje všeobecná sestra zejména v edukaci pacienta, co se týče minimalizace stresu a tolerance vůči němu, spánkové hygieny a nápravy životního stylu, či prosté podání informací o nemoci a terapii, které jsou v její kompetenci. Mnohdy nám tyto znalosti mohou pomoci k tomu, abychom dokázali být v kontaktu s nemocným nad věci, být trpěliví a udrželi si potřebný odstup a v neposlední řadě empatii. Zvláště proto, že součástí projevů mnoha duševních nemocí je manipulativní jednání, lhavost, verbální agrese či pasivně agresivní jednání, nedodržování norem a pravidel.

Mnozí pacienti nejsou motivováni k účasti na terapeutickém režimu, protože postrádají jejich význam. Proto je nutné se zajímat také o koníčky a záliby pacientů, protože na základě těchto informací lze z přehledu nabídky terapie umožnit nemocným docházku na ty aktivity, které budou pro ně přínosem, a tudíž docházka na ně bude podpořena vnitřní motivací. Avšak jsou zde aktivity, které svou podstatou sledují určité cíle. Jsou to například nácvik sociálních dovedností, arteterapie, psychoterapeutická skupina s lékařem, patientský klub, ranní komunity. Tyto aktivity jsou povinné. Musí však být vedeny tak, aby následovaly konkrétní cíl akceptovatelný také pro pacienta. Zde se osvědčil patientský klub, který si vedli pacienti sami. Pacient, pokaždé jiný, si mohl vybrat vlastní téma, anebo mu bylo zadáno terapeutickým týmem. Toto téma se týkalo jeho problematiky a záměrem bylo, aby si při jeho přípravě zjistil o svém problému co nejvíce informací a zároveň tyto informace předal spolupacientům. Od nich se pak mohl dozvědět mnoho podnětných připomínek vyplývajících z jejich vlastní zkušenosti, co oni dělají, když je trápí kupříkladu poruchy spánku, stres, úzkost, deprese atd. Tento postup je vhodný u pacientů, kteří se necítí držiteli problému, a na „rady“ zdravotníků „odborníků“ nedají. Sami si vyberou, co by jim mohlo pomoci a řídí se tím.

7.1 Skupinové aktivity na oddělení

7.1.1 Podpůrná skupina

Klasická podpůrná skupina, kdy lze aplikovat terapeutické techniky. Podporujeme dynamiku, kohezi, pacienti získávají a dávají zpětné vazby. Lze volit techniky muzikoterapie, psychogymnastiky, neverbální techniky, arteterapie, terapie pohybem, záleží na individuálním přístupu sestry. Je žádoucí, aby sestra šla na skupinu s jasným cílem, čeho chce vybranou technikou dosáhnout.

7.1.2 Komunikace (asertivita)

Lze zde užít technik sociální percepce, neverbální techniky, pravidla asertivity. Co se týče nácviku asertivity, je nutné zvolit téma vzhledem k intelektovým a psychickým schopnostem zúčastněných.

7.1.3 Relaxační techniky

Typ zvolené relaxace záleží na všeobecné sestře, jež skupinu vede. Musí však respektovat cíl terapie, kterým je prožitek relaxování a z hlediska individuality pacientů hledání pro sebe vhodné metody relaxace. Zde je možné edukovat pacienty k pravidelnému cvičení, relaxaci při poslechu hudby, řízené relaxaci, progresivní relaxaci, józe, procházkám po venku, anebo k čemukoliv jinému.

7.1.4 Autogenní trénink

Cílem tréninku je schopnost se při něm uvolnit a soustředit se. Je nepovinný, ale u pacientů s poruchami spánku, poruchami koncentrace a paměti je vhodná individuální motivace k účasti v rámci ošetřovatelského procesu. Teoretické podklady jsou na oddělení k dispozici.

7.1.5 Volné tribuny

Výrazný prvek léčebného procesu v psychoterapii komunitně pojatých léčebných programů je setkání celé komunity, která je tvořena jak pacienty, tak celým terapeutickým týmem. Tento program zahrnuje všechny problémy a události obvykle

za období jednoho týdne, má možnost tyto problémy týkající se jednotlivce, skupiny, případně celé komunity řešit, upravovat dohodnutá pravidla, poskytnout zpětnou vazbu.

7.1.6 Ranní a večerní cvičení

Aktivita zaměřená na pohyb pacientů lze pojmout jako ranní a večerní rozcvičku.

7.1.7 Pracovní terapie

Bývá začleněna do pohybových aktivit pacienta. Je výraznou součástí dobrého terapeutického programu. Práce má svůj velký význam, ale také velké nároky na organizaci a vedení, aby nepřinášela spíše negativní výsledky.

7.1.8 Pacientský klub

Věnováno jednomu či dvěma pacientům, kteří dostanou za úkol si připravit přednášku na určité téma, které si můžou vybrat, nebo téma zadá terapeutický tým. Aktivita je zaměřena na podporu tréninku kognitivních funkcí a edukaci v oblasti nejčastějších problémů pacientů, jako je odbourávání stresu, efektivní komunikace, jak pracovat s úzkostí, poruchy spánku, anebo zdravý životní styl. Tématem může být také to, co pacienti umí, vědí a rádi se o své znalosti a zkušenosti z oblasti pracovní či zálib podělí s ostatními pacienty.

Všeobecná sestra průběžně sleduje a kontroluje přípravu klubu. Zde závisí rozsah kontroly na předpokládané zodpovědnosti a kognitivních schopnostech pacienta nebo pacientů.

7.2 Individuální práce psychiatrické a všeobecné sestry s pacientem

Po příchodu na oddělení vyšetří pacienta službu konající lékař a po té, co všeobecná sestra zkompletuje lékařskou dokumentaci, provede s nemocným anamnestický rozhovor. Seznámí ho s faktem, že je jeho ošetřující sestrou a že po dobu jeho léčby s ním bude spolupracovat na jeho uzdravení. Ošetřující všeobecná sestra pracuje s nemocným po celou dobu hospitalizace. Na základě anamnestického

rozhovoru zformuluje ošetrovateľské problémy nemocného. Po dohode s pacientem stanoví kroky, čili intervence, vedoucí k uskutečnění cíle ošetrovateľského procesu.

První kontakt s nemocným je při jeho přijetí na oddělení. Všeobecná sestra ho přivítá a seznámí s režimem oddělení. Při tom však hovoří klidně, pomalu a sleduje, zda nemocný zvládá přísun informací registrovat. Zda tomu tak je, se ujistí pomocí zpětné vazby. Mnozí nemocní jsou přijímáni z domova ve špatném duševním rozpoložení, někdy ještě pod vlivem alkoholu a trpí úzkostí, depresemi. Takové pacienty je dobré uložit a počkat, až se na oddělení zadaptují, a seznámit je s jeho chodem později. Například během anamnestického rozhovoru se všeobecnou sestrou. Na rozhovor s nemocným si musí sestra udělat prostor a klid. Bohužel, vzhledem k podmínkám provozu oddělení, není možné zajistit, aby nebyl rozhovor s pacientem rušen telefonem nebo jiným pacientem, který od sestry něco potřebuje. Je nutné na tyto podmínky nemocného dopředu upozornit, aby si případné odbíhání sestry nevyložil jako nezájem, pohrdání a nebyl v konečném důsledku z rozhovoru spíše rozladěn.

Již fakt, že sestra si udělá na pacienta čas a zajímá se o jeho potíže, působí pozitivně. Lze tak navodit atmosféru důvěry a vstřícnosti. Pacient se tak v novém prostředí může snadněji adaptovat. K vypracování ošetrovateľského procesu je k dispozici formulář, který se musí vyplnit, aby měly všechny služby konající všeobecné sestry na oddělení přehled o bio-psycho-sociálních potřebách každého pacienta. Sestra zjišťuje informace o somatickém stavu nemocného. Zajímá se o stav kůže, postižení smyslů, alergie a bolesti, která může být způsobena pádem nebo úrazem před přijetím na oddělení.

Z hlediska psychiatrické péče jsou důležité informace o kvalitě nočního spánku, rituály před spaním, zda užívá léky podporující usínání v důsledku vedlejšího účinku léků a v důsledku změny prostředí. Poruchy příjmu potravy a hydratace se vyskytují u závislostí velmi často a musí se těmto poruchám věnovat dostatečná pozornost z ošetrovateľského hlediska. Příjem tekutin je nutné sledovat. Z oblasti psychické sledujeme stav vědomí, orientaci místem, časem, osobou, situací a orientací na oddělení. Vzhledem k charakteru oddělení zde není vhodné hospitalizovat nemocného s poruchami v tomto směru. Znalostí stavu kognitivních funkcí přizpůsobujeme komunikaci, aby nemocný pochopil, co mu chceme sdělit. Pokud je u dotyčného v tomto směru zhoršení, musíme hovořit pomalu, jasně, stručně a nezapomínáme

na zpětnou vazbu, zda nás pacient správně pochopil. Během každodenního provozu na oddělení průběžně sledujeme, zda pacient odchází na předepsané aktivity. Dalšími oblastmi zájmu psychiatrické nebo všeobecné sestry jsou stavy myšlení, vnímání, případné poruchy řeči, rizika závislostí, chování, emoce a charakter komunikace, který ukazuje na momentální duševní rozpoložení.

Pro práci s nemocným je důležitý jeho náhled na onemocnění, ten může být úplný, částečný, anebo žádný. Sociální anamnéza zjišťuje míru soběstačnosti při udržení osobní hygieny, zaměstnání, vzdělání, zjišťuje plány do budoucna, ekonomické možnosti, bydlení, náboženství, sociální zázemí a vztahy. Při plánování terapeutického režimu je nezbytné se zajímat o využívání volného času pacienta před léčbou. Mnohdy jeho koníčky korespondují s nabídkou aktivit na oddělení. To je situace nanejvýš příznivá pro aktivizaci nemocného.

Pro pochopení duševního rozpoložení pacienta a jeho chování je dobré znát mimo zmíněných informací také momentální životní situaci, ve které se nachází. Pro ucelení informací o nemocném jsou nezbytné terapeutické porady na oddělení, které se konají jednou týdně a je na nich přítomen lékař, sestry konající službu, sociální pracovníce a psycholog. Během léčby jsou také důležité informace pocházející od rodinných příslušníků a jejich spolupráce v léčbě (rodinná terapie) může být po souhlasu pacienta součástí léčebného programu.

V průběhu anamnestického rozhovoru si všímáme projevů pacienta. Pacient pod vlivem abstinčních příznaků nenavazuje oční kontakt, sedí schoulený, nohu přes nohu, ruce v klíně. Často jsou jeho abstinční příznaky doprovázeny úzkostí a nervozitou. Tehdy si nemocný mne ruce, často mění polohu těla, je nesoustředěný, roztěkaný, špatně si pamatuje. Může být zpomalené myšlení projevující se v řeči, která je pomalá, tichá, méně srozumitelná. V přístupu k němu musíme tyto skutečnosti respektovat a zohlednit při komunikaci s ním. Pacienta v takovémto stavu nelze úkolovat a vysvětlovat mu věci, o kterých s ním lze mluvit později. Pokud sestra usoudí, že rozrušení klienta je tak silné, že by mu mohl pomoci už jen lék předepsaný v případě neklidu, nabídneme mu ho. Mnohdy však rozhovorem docílíme téhož efektu. Pacienti v abstinčním stavu jsou lehce unavitelní, a proto je zpočátku hospitalizace nenutíme k navštěvování terapeutických programů. Na další oddělení následné péče jsou pacienti překládáni většinou se zaléčenou depresivní poruchou, ale ti, kteří jsou

přijímání z domácího prostředí, se nacházejí často ve středně těžké fázi deprese, která se projevuje právě zmíněnými projevy v chování. U nich musíme během zhoršení duševního stavu sledovat stav hygieny, příjem potravy a tekutin. Po odeznění akutní fáze nemoci může přetrvávat úzkost a snaha setrvat v lůžku. Tehdy je dobré začít s aktivizací nemocného zároveň s edukací. Vždy musíme brát v úvahu kvalitu nočního spánku. Vzhledem k tomu, že nemocní v tomto stavu často přes den pospávají, nemohou večer usnout a užívají léky na spaní. V tomto směru je nezbytné pacienta edukovat ke změně návyků, že je rozumnější se jít projít na čerstvý vzduch než stále polehávat. Jestliže je lékařem doporučen terapeutický režim, musí se pacient účastnit předepsaných aktivit. Vzhledem ke ztrátě vůle (hypobúlie), neschopnosti se radovat (adhedonie), apatii a přetrvávající úzkosti (anxieta) je pro pacienty těžké se přimět k pravidelnému docházení na aktivity, a proto je musí sestra edukovat.

Během rozhovoru hovoříme také o emocích, o náladě. Když se pacientů zeptáme, jak se cítí, většinou odpoví jedním slovem. Edukujeme pacienta, aby své pocity lépe popsal. Tím se pacientovi trochu ulehčí, a pokud umí popsat, co se s ním právě děje, co cítí, lépe si uvědomí, s čím může bojovat. Pokud se v projevu objevuje hostilita, rezonance, až prvky agrese, můžeme o nich opět hovořit. Zrcadlíme pacientovy emoce. Pokud se rozhovoří o důvodu své zlosti, tak se mu ulehčí. Při anamnestickém rozhovoru se nemá sestra striktně držet bodů ve formuláři. Důležitější je pohovořit si s pacientem a být mu maximálně k užitku. Rozhovor, kterému je dán čas a naše soustředěnost, přináší pacientům mnoho informací, které mu usnadní adaptaci na nové prostředí a zdravotní sestře poskytne spoustu cenných informací o nemocném.

Při sběru ošetřovatelské anamnézy a koncepci ošetřovatelského procesu navazuje sestra vztah s pacientem, získává jeho důvěru a dává mu najevo, že se o jeho problémy zajímá. Aktivní přístup sestry v péči o pacienta a saturaci jeho potřeb se uplatní zejména při realizaci ošetřovatelského procesu. Musíme zde také dokázat a osvětlit svou pozici, proč se nemocného takto vyptáváme, protože má za sebou již příjmový anamnestický rozhovor s lékařem.

Charakter komunikace s pacientem závisí na fázi onemocnění, a tedy také na typu oddělení, kde sestra pracuje. Na otevřeném oddělení se předpokládá aktivní spoluúčast nemocného v terapii.

V rámci ošetrovateľského procesu je zde väčší priestor na riešenie sociálnych problémů nemocného a vyšších psychických potrieb (neznalosť pojmu, sociálna izolácia, poruchy sociálna interakcie, aktivizácia...). Zde má své nezastupiteľné miesto podporná psychoterapia. Sestry pracujú s nemocným individuálne, väčšinou pri realizácii ošetrovateľského procesu, alebo sa skupinou (komunita vedená sestrou, podporné skupiny, patientský klub,)

Podstatnou výhodou pri výkone profesie psychiatrické zdravotní sestry je sebereflexia. Ne každý nemocný nám je sympatický, ale chováme sa profesionálne. Sestra by si mala byť vždy vedomá svých chýb v komunikácii s pacientom, aby je mohla napraviť a naprišťe sa jich vyvarovať. Nepostradatelnou je schopnosť sebereflexie zvlášť tehdy, keď sa na oddelení objaví problémový pacient. Zdravotník si musí uvedomiť, čo a prečo ho na pacientovi zlobí a udržet si odstup, k čemuž prispívajú psychoterapeutické skupiny, ktorých sa sestra aktívne zúčastňuje. Je nutné mať neustále na paměti, že také človek, s nímž je ťažké vyjít, ktorý sa nechce podrobiť terapeutickému režimu a rádu oddelenia, alebo ktorý sa nechal hospitalizovať na oddelení ze sociálnych dôvodů, má své obtíže, a preto si zaslouží byť prísnejší, avšak vlídny, individuálny a emfatický prístup. Neméně zásadní jsou očekávání sestry ve směru cílů ohledně úspěchů v léčbě. Sestra má mít na paměti, že mnohdy nelze očekávat absolutní vyléčení. Lze dojít k abstinenci a odstranění potíží, ale tento stav může být pouze dočasný. Recidiva je však u mnohých pacientů celkem častá a zde je dobré se zaměřit na čas mezi hospitalizacemi (doléčovací aktivity po léčbě). Pokud pacient důsledně dodržuje doléčovací program po ukončení léčby (trvá jeden rok), prodlužuje se jeho abstinence a to lze brát jako úspěch terapie a hlavně ukázněnosti nemocného jeho vůlí překonat svoji závislost. V této terapii po ukončení léčby má také svoje místo práce sestry, protože se aktívne zúčastňuje doléčovacích skupin, veľmi pozorně sleduje pacientovy pokroky a také jeho neúspěchy. Pracuje s ním ďalej v edukácii a podporuje ho v abstinenci.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

8. KAZUISTIKA

8.1 Identifikace pacienta

Pacient J. K., věku 40 let, byl přijat na oddělení závislostí překladem z detoxikačního oddělení, na které nastoupil po masivním pijáckém tahu. Je to jeho první hospitalizace, ambulantní léčbu absolvoval krátce před nástupem na ústavní léčbu, po pohovoru se svým praktickým lékařem v místě bydliště. Na jeho doporučení šel na konzultaci k odborníkovi naší kliniky. Domluvil si ambulantní léčbu. Vydržel to dva týdny a pak se napil, poté ho přivezla matka na detoxikační oddělení, kde byl od 11. 1. 2011 (7 dní).

Rodinný stav – ženatý, 1 syn

Zaměstnání – pracuje jako tiskař

Sociální zázemí – bydlí s matkou

Příjem na oddělení

Datum: 18.12.2011

Čas: 9.30

8.2 Hodnocení pacienta při prvním kontaktu

Dieta číslo 4 šetřící

Pulz 70/min, pravidelný

Krevní tlak: 120/60mm/Hg

Hmotnost: 62 kg BMI 20

Výška: 175cm

TT : 36.5°C

Psychoterapie individuální a skupinová

Při příjmu byl klidný, spolupracující, orientovaný v čase a prostoru.

Byl seznámen se základními principy Léčebného řádu oddělení a zásadami bezpečnosti práce při pracovní terapii.

Souhlasil se zařazením do všech forem režimové léčby oddělení.

Souhlasil s odběrem na HIV.

Souhlasil se zasláním objektivního dotazníku rodině.

Byl seznámen s možností uložení peněz a cenností do trezoru oddělení.

Souhlasil s pozváním rodinných příslušníků na informační seminář.

Souhlasil s tím, že do jeho zdravotnické dokumentace mohou v rozsahu nezbytně nutném nahlížet osoby, které ve VFN získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jejich odborný dohled.

Byly změřeny fyziologické funkce, odebrána krev a moč na laboratorní vyšetření.

Pracuje jako tiskař v malé soukromé firmě. S alkoholem nikdy problémy neměl, začal pít více až po svatbě. Před tím pil, podle jeho slov, kontrolovaně a ne příliš často.

V posledním roce se vyhrotily problémy doma a alkohol mu pomáhal se soustředit při řešení krizových situací doma. Uvědomuje si zvýšené množství vypitého alkoholu a snižující se dobu působení alkoholu, ale není to nic závažného, zvládne to. Také přiznává, že kromě piva začal pít ve velkém množství tvrdý alkohol. Dávky piva před rokem: 2 – 5 denně. Nikdy s pivem nepil panáky, nechutnaly mu. Nyní pije pivo i tvrdý alkohol zároveň a ve větším množství.

Udává dávky: piva 6 –8 denně

Tvrdý alkohol: 6–8 panáků.

Tvrdí, že nikdy nepil v práci, vždy až po skončení pracovní doby. Pak šel do hospody s kamarády z práce a pil. Domů chodil pozdě, ale nikdy nebyl agresivní, vždy hned usnul. Manželka to nesnášela, když přišel opilý, a tak se hádky stupňovaly, až musel odejít bydlet k matce. Od té doby pil ještě častěji, už si nemusel dávat pozor. Matka mu sice také nadávala, ale spíš ho litovala, jak dopadl.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 64 letech na karcinom žaludku, měl základní vzdělání, dělal státního zaměstnance, vozil vládní činitele. Matce je 73 let, má středoškolské vzdělání, pracovala jako účetní, vloni na podzim a v zimě prodělala 2x infarkt myokardu, podruhé ho měla snad přechodit, užívá trvale léky a chodí na kontroly, v důchodu pracuje dál jako uklízečka. Psychiatrické onemocnění se v rodině nevyskytlo ani si nevzpomíná, že by někdo z blízkých měl problém s pitím. Je jedináček, rodinné prostředí hodnotí jako dobré, vyrovnané a harmonické, více se o něho starala matka, s kterou byli často sami, pomáhal jí s domácími pracemi, matka byla a je starostlivá, bojí se o něj pořád, opečovává ho, on sám dá dodnes hodně na její názor, vždy se s ní cítil jaksi bezpečněji. Otec byl přísnější, někdy ho i fyzicky trestal a matka ho pak přesvědčovala, že to táta

tak nemyslel. Oba rodiče měl rád, matku ale víc. Když otec zemřel, měl dojem, že se v jeho životě něco rozpadlo, že už nic nebude jako dřív a uvědomil si, jak vlastně moc měl rád i tátu. Z dětství si odnesl do života, že by potřeboval mít ve svém životě klid, harmonii a péči.

Osobní anamnéza:

V 11 letech prodělal zápal plic, na 3 měsíce vypadl ze školy, bylo to s ním vážné, máma byla u něho prakticky 24 hodin, jinak překonal běžné dětské nemoci bez komplikací nebo následků, úrazy neměl žádné. Po třicítce ho začal zlobit žaludek, míval několikadenní bolesti, přisuzuje to své profesi tiskaře, každý druhý tiskař má vředy, zjistili mu vředovou chorobu žaludku, byl 2x v nemocnici, před 6 lety mu praskly 2 vředy, překvapilo ho to, protože dodržoval řádnou životosprávu, už ho chtěli operovat, nakonec byl léčen konzervativně, naposledy v nemocnici před rokem; když už pil víc, tak potíže se žaludkem neměl žádné, chodil na kontroly, bral nějaké léky, teď žádné léky neužívá, matka měla o něho starost, i když sama byla nemocná, hodně ji navštěvoval, téměř denně, až měl z toho problémy doma. Povaha: je moc velký dobrák, možná na tuto dobu až moc, nevyvolává konflikty. Ve škole nijak zvlášť nevynikal, byl průměrný žák, snažil se s každým vycházet dobře. Dvojku z chování neměl, ani nezlobil jako ostatní kluci. K ženám byl spíš nesmělý, ale v partě spolužáků a pod vlivem alkoholu došlo i na něho. Dá se říct, že zbavit ho panictví mu pomohli spolužáci. Když to jde, tak ustoupí, má pocit, že nemá smysl se za každou cenu prosazovat, záleží mu hlavně na tom, aby měl v životě lidi, na které se může spolehnout a kterým bude záležet na něm. Pocit, že je pro někoho užitečný, je u něho silný. Je vázán na matku, její názory vždy respektoval, podřizoval se jim, protože to tak považoval za správné i proto, že u nich v rodině dokázala zvládnout tátu a udělat z rodiny klidné místo, kde se cítil dobře. Od té doby, co je ženatý, má v sobě konflikt, máma nebo manželka, na koho názor má dát víc, asi je to příčina jeho dalších problémů, že se neumí ke všemu postavit jako chlap. Nedokáže to rozhodnout, takový už je. Máma ho ale chápala víc, byla víc na jeho straně, vždy mu dobře poradila.

Zájmy: v dětství ho bavily motory, rád spravoval různé přístroje, bavila ho auta, chtěl dělat automechanika, bavila ho házená a volejbal, kolektivní sporty rád hrál, cítil se lépe mezi spoluhráči, nijak však nevynikal, ale v kolektivu se chyby jednotlivců dají napravit.

Zaměstnání: má strojní průmyslovku s maturitou, po vojně nastoupil do Avie Letňany, kde pracoval u tavicí linky, pak měl možnost získat byt v Tiskárnách Rudého práva, podepsal smlouvu na 10 let, po půlroce získal byt, tak se s manželkou odstěhovali od jeho matky, což ale těžce nesl, pracoval jako tiskař jen v nočních službách 5 let, pak mu zjistili vředy a měl být přeřazen na denní práci ve skladu s podstatně nižším platem, proto odešel, vyplatil podniku peníze za byt, začal pracovat ve vydavatelství Naše vojsko ve vzduchotechnice, po roce 1989 se vrátil k tiskařině, celkem vystřídal asi 8 zaměstnání, pracoval v soukromých firmách, které krachovaly nebo se dostaly do druhotné platební neschopnosti, nyní je opět v malé tiskařské firmě. I když má vzdělání i odpovídající praxi, nikdy nedělal mistra, i když ho opakovaně navrhovali. Měl obavy z funkce, samostatného rozhodování, zodpovědnosti, pracoval rád, i když těch nočních bylo už dost a cítí se po těch letech unaven.

Soudně trestán nikdy nebyl, základní vojenská služba 2 roky.

Pohlavní styk měl v 16 letech, vystřídal několik partnerek, po tom, co se oženil, už jinou partnerku neměl. Více o tomto tématu nechce mluvit.

Rodinný život: je ženatý, je to jeho 1. manželství, partnerka je o 5 let starší, byla již jednou vdaná, rozvedla se po roce, on bývalého jejího manžela zná, asi si spolu nerozuměli, bral si ji již s jedním dítětem. Nevlastnímu synovi je teď 20, je v zahraničí, spolu mají 12- ti letého syna. Vztah mezi jeho matkou a manželkou není dobrý, představovala si pro něho normální svobodnou ženu, jeho manželka ho v podstatě uhnala, matka mu to stále vyčítá, manželka nechodí k tchýni ani na návštěvy, zato on k ní jezdí takřka denně, kde referuje matce, co se u nich doma děje, matka mu radí, co a jak má dělat.

Asi 4–5 let pociťuje vztah s manželkou jako neuspokojivý, přičítá to její povaze, je nějak podrážděná, vyvolává hádky kvůli maličkostem, on rád dělal doma i ženské práce, uklízel, myl okna a vařil, ale asi některým ženám vyhovuje víc muž, co umí doma bouchnout do stolu a rozkazovat, což on nechával na manželce; myslí si, že změna vztahu může souviset i s problémem jejího věku, že se dostává do období, kdy ženy začínají mít se sebou problémy. Hádali se i kvůli alkoholu, ale bylo to oboustranné, manželka chodila na mejdany. Spory vyvrcholily tím, že manželka mu řekla, že si našla přítele, měl pocit, že se mu hroutí život, hned volal matce a hned se

k ní nastěhoval, teď je u ní již přes rok, s manželkou si jen telefonují, přispívá jí na nájem a na dítě, které vidá, matka ho tlačí do rozvodu, že to jinak ani dopadnout nemohlo, on sám si myslí, že chyba je na straně manželky, vždyť i nevlastní syn raději odešel kvůli ní do zahraničí dělat kuchaře, protože se s ní pořád hádal. Je už skoro rozhodnut se nechat rozvést, manželka nechce, stav jí vyhovuje, on se dozvěděl, že vlastního syna manželka popuzuje proti němu, další otázka je byt. Bez právníka to nevyřeší, myslí si, že s maminkou to vymysleli dobře. Má obavy i o zaměstnání, už je ve věku, kdy by se těžko sháněla práce, proto radši chodí do služeb dřív a později odchází, všechno po sobě kontroluje, jestli to udělal správně a nemá nějaké resty. Myslí si, že jsou s ním ve firmě spokojeni, s nadřízenými nemá problémy, naopak, vezme i službu za vypadnuvšího kolegu, ale ten nejistý pocit ho trápí a zabývá se jím i doma a často nemůže ani spát. Jak maminka stárne, má stále větší obavy, co s ní bude dál, bojí se, že by zůstal sám a problémy, které ho čekají a tíží, nakonec nezvládne.

Abúsus:

První kontakt s alkoholem asi v 18 letech, není hospodský typ, začínal s pivem, pil jen dvanáctku, až do loňského roku to bylo kontrolované pití, nepil třeba měsíc dva, pil vždy jen kvůli stresům, které se vyskytly, po 3 pivech se dokázal uvolnit, přestalo ho všechno trápit, začal se lépe koncentrovat na své problémy, věděl, které věci jsou důležité, lépe se rozhodoval, své nápady si zapisoval do sešitku, nezůstal postupně jen u 3 piv a dal si jich 6–7, většinou u stánku, pod vlivem alkoholu nebyl agresivní, doma si lehl a usnul, ráno potíže neměl; jen to, co si naplánoval pod vlivem alkoholu, většinou nesplnil; jako příklad problémů, které vedly k pití, uvádí koupí ojetého auta před rokem 1989, které pak nejezdilo, a musel shánět různé součástky, manželka mu to vyčítala, tak popíjel a měl klid. Od minulého roku si začal dávat pravidelně k obědu 1 pivo, když měl denní a stravovali se v restauraci, na pracovišti nepil, tomu však nepřikládá důležitost, že začal pít víc a jinak; od loňského roku se mu stalo 4x, že pil v tahu týden až 10 dní a to tvrdý alkohol, i flašku denně, za spouštěč tahu uvádí nakupení problémů v práci a doma - přesčasy, nemoc matky, hádky doma. Měl z toho takový neurčitý strach, že se něco definitivně stane, něco, co mu zásadně změní život, měl úzkosti, vzal si volno, pil s kamarády, vracel se k matce, po vystřízlivění se mu klepaly ruce, potil se, špatně spal, pak se během několika dní dal dohromady, chvíli nepil, pak si ale občas to pivo a víno dal, alkohol považuje za výbornou věc na uvolnění, okna popírá,

na záchytce nebyl, výtržnosti popírá, kávu pije nepravidelně, jak už nedělá jen noční; s alkoholem jiné návykové látky nekombinoval, jiné drogy nezkoušel, kouří 20 denně, když pil víc, tak i 40 denně, teď to snížil na obvyklou normu.

Nynější onemocnění:

Všechno se nějak na něho svalilo, hlavně ta práce, prodal auto, pak problémy doma s manželkou i otázky kolem dětí a bytu, něco se v něm zlomilo, chtěl se jen napít, ale skončilo to tahem v trvání 9 dní, utratil spoustu peněz, bydlel po hotelech, setkával se s neznámými lidmi, byl se ženami, které pily s ním, nikdy si nemyslel, že dokáže takhle dopadnout, bojí se, aby se to neopakovalo, po vystřízlivění mu bylo u matky blbě, kouřil jednu cigaretu za druhou, měl výčitky svědomí že přestal chodit na ambulantní léčbu, třásl se, potil, nespál. Po domluvě s matkou, která volala do léčebny, co s ním má dělat, se rozhodl absolvovat detoxifikační pobyt, který mu byl lékařem doporučen. Na detoxikačním oddělení byl 7 dní, poté přeložen na oddělení závislosti na 8týdenní ústavní léčbu (viz překladová zpráva.).

Současný stav:

Je rád, že je tady, aspoň si promluví s odborníky, kteří mu dají rady jak nepít, bude to určitě zajímavé, dá se tady dohromady, necítí se být závislý na alkoholu, závislí jsou ti, co pijí od mládí a musí mít alkohol po celý život, on je atypický případ, vždyť zvládá v pohodě i nepít, teď jen uletěl, ale vystrašilo ho to a bylo mu zle, proto přišel, ústavní léčbu si nemůže kvůli práci dovolit, ale okolnosti po rozhovoru s lékařem ho přesvědčily, že je čas s tím něco dělat. Má strach, že přijde o práci, v soukromé firmě se musí otáčet., žádá povolení telefonního hovoru se svým vedoucím, aby se dozvěděl, jak to vedoucí přijme. Co ho trápí skutečně je otázka rozvodu a nemocná máma. Bojí se, že to sám nezvládne, věří, že matka najde řešení, které bude nakonec dobré. Má obavy o budoucnost, kdyby se s matkou po infarktech něco stalo, to by se dostal asi skutečně na dno a neví, co by s ním bylo dál.

8.3 Lékařská anamnéza

Dýchání 20/min. – pravidelné, tep 76/min. – pravidelný, krevní tlak 120/70, tělesná teplota 37,5 °C, výška –180 cm, tělesná váha 62 kg, nehtová lůžka jsou růžová, akrální části těla růžové a teplé.

Denně vypije 1000 ml tekutiny, nemá žízeň. Má rád kávu, čaj, limonádu, nemá rád mléko. Stravuje se 4x denně, rozmanitou stravou obsahující všechny složky, má rád zeleninu, z ovoce pouze jablka a pomeranče.

Chrup má svůj a zdravý, dutina ústní je čistá, sliznice je vlhká. S vyprazdňováním moči žádné potíže dosud neměl. Stolici měl dosud pravidelnou několikrát denně vždy po jídle. Stolice kašovitá, řídká .

Kůže na celém těle je čistá, na levé paži jsou ošetřené odřeniny. Nehty na HK i DK jsou ostříhané a čisté, vlasy má krátce ostříhané, čisté, je oholený. Nejraději se sprchuje každý den.

Spát chodí kolem půlnoci. Ve všední den vstává v 7, 00 hod., o víkendu v 10, 00 hod. Jednou týdně chodí plavat, aktivně hraje fotbal, trénuje 2x týdně. Rád si posedí v restauraci s přáteli,..

Víra – je ateista, nebude požadovat návštěvu kostela.

Beznadějný a špatně naladěný se cítí ráno a pozdě v noci. Nejraději by byl ve všem nezávislý.

8.4 Lékařské diagnózy:

Diagnóza: F 10.2 syndrom závislosti na alkoholu

F 60.7 závislá porucha osobnosti

Fyziologické funkce:

Zápis celkového stavu			
Vědomí	orientovaný	Zápis celkového stavu	
Dýchání	Čisté sklípkové	Krční páteř	pohyblivá, nebolestivá
Poloha	agitovanost	Pulzace karotid	symetrická
Chůze	bez obtíží	Štítná žláza	nehmatná
Výživa, BMI	19,5 lehká podvýživa	Lymfatické uzliny	nehmatné
Hrudník	atletický	Zápis celkového stavu	
Kůže	normální	hrudník	fyzilogický tvar
Kožní turgor	normální	Prsy	bez rezistence
Vlasy	Řídké, hnědé	Dechová vlna	bez patologie
Nehty	hladké, neupravené	Fremitus pectoralis	oboustraně symetrický
Cítí	v normě	Plíce – poklep	plný, jasný
Motorika	pohyblivý	Dýchání	čisté, sklípkové
Řeč	bez obtíží	Akce srdeční	pravidelná, 76min.
Zápis vyšetření hlavy		Zápis vyšetření břicha	
Hlava – poklep	nebolestivá	Břicho	Pod úrovní hrudníku, souměrné
Víčka	bez nálezu		
Oční bulby	ve středním postavení	Břicho – poklep	bubínkový
Spojivky	zarudlé	Kůže	hladká, beze změn
Zornice – tvar	izokorické	Rezistence	ne
Boltec	bez nálezu	Břicho – pohmat	měkké nebolestivé
Zvukovod	bez sekrece	Břicho – poslech	borborytmy
Sluch	slyší dobře	játra	nepřesahují pravý oblouk
Nos	s výtokem	Konzistence	měkká
Rty	souměrné, růžové, suché	Uretra	bez výtoku

Farmakoterapie

název	způsob podání	dávkování	indikační skupina
Paralen	Per os	1–1–1 tbl.	Antipyretikum, analgetikum (může vyvolat zvýšenou krvácivost) /proti teplotě a bolesti/
Atarax	Per os	2–2–2 tbl.	Anxiolytikum (může vyvolat útlum) /proti úzkosti/
Hypnogen	Per os	1 tbl.	Hypnotikum (může vyvolat halucinace) /na spaní/
Apaurin	Intramuskulárně /nitrosvalově/	1 ampule	při psychomotorickém neklidu (může vyvolat útlum)

Laboratorní vyšetření :

GMT 4,68 mmo

Bilir- přímý 68,5 (0,0 – 2,0)

Urea 8,6 (3,4 – 50)

HDL -Chol 0,33 (0,72 – 2,53)

CRP 135,5 (0,0 – 6,5)

HIV - negativní

Hematologické a hemokoagulační vyšetření :

KO v normě

FW 14/18

APTT 52ss bez léčby koagulancii

Moč + sediment v normě, minerály v normě

Plánované vyšetření: Sonografie jater

Operace – 0

Alergie -0

Dietoterapie: Dieta číslo 4 šetřící

Fyzioterapie: pacient neměl omezený pohyb po oddělení

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno

pacienta: ... J.H.

Datum narození pacienta (věk): 40.

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10
Celkem			100

Hodnocení stupně závislosti: **ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

8.5 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Johnsonové

Subsystém shromažďování

Tento pacient je muž, věk 40 let, ženatý, má jednoho syna – věk 12 let a nevlastního syna věk 20 let (žije v cizině). Z předchozího manželství manželky. V současné době se odstěhoval od manželky a trvale žije s matkou. Otec zemřel před 5 lety, přítelkyni nemá. Vystačí si sám. Nyní žije u matky, se kterou má od dětství krásný vztah a úctu. Velmi dá na její rady a názory. Stále jí ve všem pomáhá, když má čas, tak i uvaří. Svou ženu již neviděl dva měsíce, nestýkají se. Se svým synem se vídá, ale manželka o tom neví, nechce, aby syn byl jako otec. Nevlastní syn se toho času nezdržuje doma, pracuje a bydlí v cizině. Má se svým nevlastním otcem hezký vztah, často si telefonují. O jeho odstěhování od manželky syn ví, ale nechce do tohoto problému mezi rodiči vstupovat a ani to na tu dálku nejde. Vždy se o rodinu dobře staral, vydělával, bral si služby navíc, aby měli všeho dost. Manželka pracovala málo, měla smůlu na zaměstnavatele, často přišla o místo z důvodu snižování stavu. Je vyučená kloboučnicí, ale v tomto oboru již několik let nenašla uplatnění, proto pracuje jako prodavačka v potravinách. Rád by žil klidným a harmonickým životem, který zná od rodičů. Velmi ho trápí nevěra jeho ženy, nezasloužil si takové jednání. Maminka mu radí, aby požádal o rozvod, ale on stále váhá, čeká, zda jeho žena udělá první krok. Je rád, že má aspoň přátele z práce, chodí s nimi do hospody a tam se svěřuje se svým trápením. Maminka to nerada vidí, že z práce jde rovnou do hospody, ale lituje ho, a tak mu to tolik nevyčítá. Často v poslední době mívá pocity beznaděje a zoufalství. Myslel si, že se mu nemůže v manželství nic takového přihodit. Manželka byla již jednou vdaná, a tak by měla být ráda, že je jiný než její první muž. Pracuje jako tiskař a má svou práci velmi rád.

Se svým vedoucím vychází dobře, je v práci oblíbený. Teď se jenom bojí, jak přijme jeho vedoucí to, že bude tak dlouho v pracovní neschopnosti. Původně, když nastupoval na detoxikační oddělení, tak pouze na jeden týden a pak měla následovat ambulantní léčba. Pan doktor měl ale na jeho onemocnění jiný názor a chtěl, aby se šel léčit na 3 měsíce do ústavní léčby. Nechtěl a velmi se bránil, říkal panu doktorovi, že si to nemůže dovolit být tak dlouho v léčbě. Dohodli se na zkrácené léčbě 8 týdnů a následné ambulantní léčbě v trvání jednoho roku při pravidelných návštěvách doléčovacích skupin, které jsou každý týden ve čtvrtek od 16 hodin. Nechce zatím

mluvit o budoucnosti, čeká, jak mu půjde léčba. Poslouchat lékaře a terapeutický tým mu nebude dělat žádný problém. Poslouchal vždy rodiče a později zase svou ženu, je zvyklý, že za něj rozhodují druzí. Cítí se velmi zrazený a nebýt maminky a synovy budoucnosti asi by nemělo smysl dál se trápit. Synovi řekl, že je nemocný a musí být dlouho v nemocnici, ale po uzdravení se opět uvidí. Domluvili si návštěvu technického muzea, syn se tam moc těší. Maminka souhlasila s tím, že se bude léčit, slíbila, že to nikomu neřekne, kde je. Stydí se za to, jak dopadl. V práci také řekl, že se mu vrátila vředová choroba. Všichni si tam myslí, jaký je chudák, že to má z nervů, z toho trápení s manželkou. Kdyby věděli, že je alkoholik, tak neví, jak by to přijali.

Od léčby čeká zlepšení svého fyzického a psychického stavu.

Pacient si odmítá naplno přiznat svou závislost na alkoholu, svoje problémy svaluje na všechny kolem sebe. Odmítá si přiznat svá selhání. Z rozhovoru objektivně vyplývá jeho silná citová vazba na matku. O svém synovi mluví velmi málo a to ještě pouze při položení přímé otázky.

Subsystém závislosti

To, že je závislý, si nepřiznal dosud vůbec. Ví, že v posledním roce se více rozpil, ale přikládal to svým problémům v manželství a také měl velký strach o maminku, která prodělala infarkt. Problémy s alkoholem nikdy předtím neměl. Alkohol v dětství ochutnal, tatínek mu dával napít piva při obědě, ale nijak zvlášť mu alkohol nechutnal. Později na střední škole se občas napil, ale nikdy ne více než jedno pivo. Báł se rodičů. Matka ho stále hlídala, tak se nemohl zúčastňovat různých mejdanů jako ostatní spolužáci. Nijak mu to ale nevadilo. Nikdy se v partě kluků necítil jako vůdce, vždy byl v pozadí. Ostatní v partě se mu často smáli, když musel brzy odejít domů. Také měl problém se seznamovat s holkami. Vždy byl nespělý a uzavřený. Když tak vzpomíná vlastně při každém novém seznámení, ať to byla holka nebo kdokoliv, koho neznal dobře, měl dlouho ostych, musel se napít na kuráž a pak to bylo lepší, ale nikdy nepil víc než ty 2 až 3 piva. Potom už to bylo fajn, ale začátky komunikace byly vždycky těžký. Měl několik partnerek před svatbou, také se musel napít na kuráž, když se chtěl seznámit. Žádný vztah ale dlouho nevydržel. Vysvětluje si to tím, že byl bačkora, holky si s ním dělaly, co chtěly, a pak je přestalo bavit, pořád ho někam tlačit. Také rodiče ovlivňovali výběr jeho partnerek. Nejdelší vztah měl asi půl roku, to se seznámil se svojí nynější ženou. Chodili spolu do společnosti a oba se nevyhýbali alkoholu. Pili i doma, on pivo, manželka víno. Manželka byla často opilejší než on, protože toho

vypila víc. Po svatbě už tolik do společnosti nechodili, nastaly běžné rodinné starosti, a tak nebyl čas. Manželka, protože se nudila, zvala o víkendech známé na návštěvu, a to alkohol být musel. Vůbec si nevzpomíná, že by se někdy v mládí opil, to se určitě nestalo, pamatoval by si to.

Svou kontrolu pití dává do souvislosti s rodiči a jejich výchovou. Před svatbou chodil na pivo jedenkrát týdně se svými kamarády a pil kontrolovaně 4 - 6 piv za večer. Vždy šel pít až po večeři, tak se neopíjel. Zvyšování dávek alkoholu a také častější návštěva hospod začaly až v minulém roce, kdy se vystupňovaly problémy a hádky se ženou. Chodil pít asi jedenkrát nebo dvakrát týdně po práci se spolupracovníky. Tam se bavili o všem možném a on se cítil po pivech uvolněný. Také zjistil, že se po vypití piv lépe koncentruje a formuloval si odpovědi pro manželku. Poslední dva roky se vztah stále zhoršoval a on se necítil šťastný. Mamince se chodil svěřovat se svými starostmi a pak večer zašel do hospody. Když se vrátil domů, tak šel hned spát, protože se bál střetů s manželkou. Nikdy v opilosti nebyl podle svých slov agresivní, nevyvolával sám žádné hádky. Vždy se choval slušně a nebyl na manželku sprostý. To, že v posledním roce pil více, je také tím, že se spolu s manželkou stále hádali a on se musel odstěhovat. Hádky vlastně trvají od začátku, co se vzali, hádali se pořád, nikdy si ji neměl brát, mohl si ušetřit takové starosti, ale je rád, že se narodil syn. Jeho pití v té době bylo kontrolované a nikdy neměl pocit, že má nějaký problém. Chodil na pivo po práci a dal si tak 3– 4 piva, pak šel domů. Když se vrátil domů z hospody, tak se vždy na toto téma pohádali, vyčítala mu nezájem o rodinu, o výchovu syna a také to, že pořád chodí za matkou. Oni dvě se totiž vůbec nestýkají, už před svatbou to mezi matkou a ženou nebylo dobré. Maminka nechtěla, aby si ji vzal, představovala si pro něj svobodnou ženu bez dítěte. Říkala mu, že to nedopadne dobře a je to tady, zase měla pravdu. O své závislosti stále pochybuje, jeho několikadenní pijácké tahy v posledním roce byl jen únik od starostí, potřeboval se uvolnit. To, že mu potom bylo špatně, měl třes rukou a pocity úzkosti, to, že se potil, je jenom proto, že je na tom psychicky zle. Myslí si, že závislý na alkoholu není. Takhle přece pije mnoho lidí a nemají žádný problém, ani on ho nemá. Ví, že v posledním roce to přeháněl, ale to bylo jeho situací, ve které se ocitl, a potřeboval se nějak uvolnit. Doporučení k léčbě dostal od svého praktického lékaře, maminka mu to vyběhala, chtěla, aby si promluvil s nějakým odborníkem. U pacienta se ještě projevují slabé doznívající abstinenční příznaky spojené s neklidem, třesem rukou, přítomna je porucha soustředění.

Subsystém vylučování

S vyprazdňováním má problémy od dětství, trpí zrychlenou funkcí střev a to mu působí velké obtíže. Po každém jídle musí ihned na záchod, trpí průjmy, často má pocit nadýmání. Stolice je několikrát denně vždy po jídle. Když byl s vředovým onemocněním v nemocnici, tak se radil s lékařem o svém problému. Udělali mu kolonoskopii a zjistili, že má zrychlenou peristaltiku střev. Toto onemocnění, jak se dozvěděl, má mnoho lidí, musí se s tím naučit žít. Znepříjemňuje mu to život, omezuje ho to v běžném životě, musí stále dopředu myslet na to, kde najde v případě potřeby toaletu. Konzistence stolice řídká, barva normální.

S močením obtíže nemá, moč je žlutá, množství nesleduje.

Žádné léky – projímadla, diuretika neužívá.

Nadměrně se potil po několikadenních pijáckých tazích a po vystřízlivění.

Dnes bez zvýšeného pocení.

Pacient častěji chodí na stolicí, má průjem. Stolice normální barvy, vylučování 4x až 5x denně. Je to chronický stav.

Subsystém příjmu potravy

Popis stravování před šesti měsíci: Pacient se stravoval v zaměstnání a večeřel doma s matkou. Jí velmi rád. Stravuje se 4krát denně v malých dávkách. Preferuje domácí kuchyni, nerad se stravuje v hospodě. Po onemocnění vředovou chorobou měl přísnou dietu, naučil se tak jíst ukázněně. Má rád omáčky, zasytí ho, velmi rád má také moučníky. Sám se naučil péct, pomáhal doma mamince. Ráno snídá nějakou buchtu, pak má z domova svačinu, chléb nebo pečivo se salámem, někdy se sýrem. V poledne má v kantýně oběd, vybírá si hlavně z jídel, která doma maminka nevaří, protože je nemá ráda, např. fazolky na kyselo, čočku, občas si dá ovar nebo prejt. Jinak se drží racionální stravy. S maminkou se dohodli, že večeře budou teplé. Vaří si společně lehká jídla, mají rádi ryby, kuřecí a krůtí maso, jako přílohu preferují oba rýži a brambory, zelenina v jídelničce také nechybí, má rád zeleninové saláty se zálivkou z jogurtu a bylinek. Ovoce nemusí, sní pouze jablka a pomeranče, při dietě musel jíst hodně banány a tak už na ně dnes nemá chuť. Moučníky pečou s maminkou každý víkend, aby bylo něco na snídani. Má rád bábovky, tvarohové a jablečné koláče. Nemá rád tučná a smažená jídla.

Stravování v posledních třech měsících :

příjem stravy omezil, neměl na jídlo chuť, jedl nepravidelně, bolel ho žaludek, někdy se mu chtělo zvracet, když cítil výpary v kantýně. Protože domů přestal po práci chodit a šel rovnou do hospody, nejedl večeři. Po pivech neměl ani pocit hladu. Když nebyl několik dní doma ani v práci, pil a jedl 1x denně a to pouze nějaký salám s pečivem. Ráno mu nebylo dobře, tak vypil jenom čaj. Když byl v práci, snědl svačinu, někdy ji dal kolegům, když mu bylo šoufl. Na obědy zašel, ale jídlo mu nechutnalo. Měl strach, že ho zase chytly vředy, tak se snažil jíst dietně, ale pravidelnost stravování nedodržel.

Kupoval si jogurty a tvarohové sýry jako např. žervé, to jedl s pečivem. Pak šel na oběd a do druhého dne již nejedl. Všiml si, že zhubnul, padaly mu kalhoty, musí nosit v kalhotách pásek. Váha je 62 kg. Před půlrokem vážil 75kg. Úbytek váhy přičítá stresu a nedostatku pravidelného stravování.

Současné stravování: Dieta číslo 4 – šetřící jídelníček je sestaven podle racionální výživy.

Stravu a tekutiny přijímá v malém množství, je nutný dohled na příjem tekutin i stravy. Dieta číslo 4 šetřící.

Subsystém sexuality

Pacient je stydlivý a otázky týkající se sexu nemá rád, myslí si, že je to jeho soukromá věc. Nechce to příliš pitvat. Sex má rád jako každý chlap. První sex měl ještě na škole v posledním ročníku. Sexuální styk měl pouze se svými dívkami, se kterými chodil. Nikdy neměl sexuální styk s náhodnou známostí. Netlačil své partnerky do sexuálního života, vždy počkal, až chtěly samy. V manželství byl se svým sexuálním životem spokojený, manželka sex vyžadovala pravidelně. Někdy se ale cítil unavený z práce a neměl chuť na sex. Myslí si, že manželka si našla přítele také proto, že nebyla zcela spokojená se svým sexuálním životem. Někdy mu vyčítala, že se chová jako stařec, když chodí z práce tak unavený, že místo sexu jde spát. V posledním roce s manželkou již styk neměl, odstěhoval se k matce.

Na otázky spojené s jeho sexuálním životem odpovídá útržkovitě, bez zájmu.

Subsystém agresivity

Pacient nemá agresivní sklony. Jeho agresivita je spíše pasivní, vnitřní. Užívá ho jeho povaha, že se neumí správně bránit, že s ním pořád někdo zametá a on si to nechává líbit. Je tak vychovaný. Někdy cítí hrozný vztek a nenávisť k manželce, že mu zkažila život. Stávalo se při jejich hádkách, že ho manželka chtěla vyprovokovat k nějakému fyzickému napadení, ale nikdy jí neublížil. Jednou v noci, když spal, se mu zdálo, jak jí při hádce dal pár facek a tak se probudil a byl vyděšený, jestli se to skutečně nestalo. V dětství se nikdy nechtěl s nikým hádat, raději ustoupil. S rodiči si hlavně v pubertě někdy vyměnil názor, ale to patřilo k dospívání, tím si prošel každý puberták. Ví, že to samé ho bude čekat při dospívání jeho syna.

V dospělosti se konfliktům také vyhýbal, snažil se všechno řešit po dobrém. Když toho nedocílil, raději se stáhl. Vynadal pouze manželce, když se ošklivě vyjadřovala o jeho matce, ale nikdy to nebylo nic sprostého, jednou ji chytil za ruku, když po něm chtěla hodit talíř. Když byl v náladě, tak se uvolnil a spory řešil s nadhledem. Syna nikdy neuhodil, to spíš manželka mu dala na zadek, on to vždy řešil vysvětlením a domluvou. Je pro to, si to v klidu s každým vyříkat a víc se k tomu nevracet.

Psychický neklid je způsoben nejistotou jeho budoucnosti. Projevuje se hlavně neverbálně, klopí stále oči, lehký třes rukou, nekomunikuje očima, má sklopenou hlavu, mne si ruce, má je zpocené, sedí v předklonu otočený ke dveřím pokoje. Občas se v řeči zastaví, nemůže si hned vybavit, o čem mluvil, často se opakuje verbální agrese se změnou tónu hlasu převážně u rozhovoru, který směřoval k osobnímu životu. Zvyšoval hlas, když mluvil o své manželce a to, že mluvil zvýšeným hlasem si neuvědomuje. Psychický neklid se u pacienta se projevuje verbální formou odmítání skutečnosti a slovní agresí (nepřipouští svou závislost) i neverbálním neklidem při rozhovoru.

Subsystem úspěchu

Pacient se projevuje jako inteligentní muž, má středoškolské vzdělání a stále se podle svých slov vzdělává v oboru tiskaře. Když mluví o své práci, je vidět velký zájem o dané téma. Raduje se z nových tiskařských strojů, které byly nedávno do firmy zakoupeny, jak dobře se na nich pracuje. V práci je tichý, nikam se necpe, nemá chuť pracovat ve vedoucí funkci. Bojí se odpovědnosti. Radši bude pracovat za méně peněz, ale bude chodit domů s čistou hlavou. Měl několik pracovních nabídek na změnu pracovního zařazení, mohl dělat mistra, ale tu odpovědnost nechce. Neví co bude dál, až odejde z léčby, v první řadě teď se musí postavit na nohy a začít se o sebe více starat, pořád cítí, že mu není psychicky dobře, je úzkostný, v noci se často budí, ještě si nezvykl, že je s někým na pokoji, hodně ho to svazuje. Na detoxu chtěl samostatný pokoj, nedali mu ho, neví proč. Říkal doktorovi, že má rád svůj klid, a tak čekal, že mu vyjdou vstříc a bude moci být sám. V léčbě bude potřebovat oporu své maminky, neumí si představit týden bez její návštěvy, to snad ani nevydrží. Seznámil se s léčebným řádem a je pro něj zvláštní, nechápe, co po něm chceme, myslel si, že máme léky, které bude užívat, a pak už nikdy nebude mít chuť na alkohol. To, že léčba má tak tvrdé nároky na pacienty, to mu došlo až dnes po příjmu, když mluvil s lékařem o pravidlech léčby. Zaskočila ho intenzita psychoterapeutických programů a denní režim, jak moc je nabitý, vždyť nebude mít vůbec žádné osobní volno. Tak asi to nějak zvládne, když to nepůjde, opustí léčebnu a bude abstinovat sám. To určitě nebude takový problém. Při otázce, jaký život by si představoval po léčbě, se zamyslel a odpověděl až po několika minutách. Uvažuje o možnosti zažádat si o střídavou péči o syna. Chce zůstat bydlet u matky a domluvit se soudně o styku se synem. Požádá o rozvod manželství a majetkové vyrovnání, jak už mu radila maminka. Uvažuje, že by se vrátil k některým svým koníčkům. Sám vlastně neví, co bude, počká, ono samo to nějak dopadne. On nechce nic jiného, než mít klid. Pacient je v psychickém neklidu, trpí úzkostnými stavy a jeho reálné představy o budoucnosti jsou spojeny s výrazně sníženou nechtí řešit problémy v osobním životě. Jeho citové pouto k matce ho silně ovlivňuje při rozhodování. Nemá žádné společenské vazby kromě kamarádů z hospody a kolegů z práce. Spolupráce s matkou pacienta po dobu léčby je již domluvena. Aktivní přístup k léčbě vzhledem k pasivnímu chování pacienta není zaručen.

Ošetrovatelský plán a jeho realizace od 18. 1. 2010 do 5. 2. 2011

Ošetrovatelské diagnózy jsou tvořeny podle Kapesního průvodce zdravotní sestry 2001
ISBN 80- 247- 0242 – 8.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1 ze dne 18.1 2011

Neznalost postupu potřeby a smyslu léčby a ošetrovatelské péče v souvislosti s nedostatkem zkušeností a informovanosti projevující se silnou nervozitou a verbálně vyslovenými obavami a otázkami.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacient je plně poučen se zásadami léčby, ošetrovatelské péče a průběhem hospitalizace a akceptuje léčebný režim a spolupracuje s ošetřujícím personálem (do 7 dnů).

Cíl krátkodobý:

Pacient má dostatek informací o léčebném řádu a zná časový snímek povinných aktivit v léčbě (do 2 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacient zná režim oddělení a své povinnosti (do 2 hodin).
- Pacient se orientuje na oddělení (do 12 hodin).
- Pacient má dostatek informací o průběhu hospitalizace (každodenně, průběžně).
- Pacient zná a chápe důvody své hospitalizace na oddělení závislosti (do 1 dne).

Intervence:

- Zajistí pacientovi edukační materiál – o specifikách léčebného režimu a ošetrovatelské péče - do 1 hodiny, všeobecná sestra.
- Seznámení pacienta s denním programem – do 2 hodin + každodenně, všeobecná sestra ve službě.
- Zajistí pacientovi časový prostor pro dotazy (každodenně a v případě potřeby), všeobecná sestra.
- Seznam pacienta s oddělením – do 12 hodin, všeobecná sestra ve službě.
- Ověř si, zda pacient tvému výkladu dostatečně porozuměl– ihned, všeobecná sestra.

- Zhodnot' u pacienta znalost režimu oddělení a schopnost jeho dodržení, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace. Jedenkrát denně po dobu 5 dnů, všeobecná sestra.
- V prvních 5 dnech se informuj u pacienta na znalosti průběhu hospitalizace a jeho náhledu na léčbu.

Realizace:

18.1 2011. Pacienta jsem poučila o jeho právech a povinnostech. Seznámila jsem ho s Léčebným řádem a harmonogramem dne. Byl mu ukázán pokoj s jeho lůžkem a také prostory oddělení. Pacient se na oddělení orientuje bez velkých obtíží. Harmonogram povinných aktivit v léčbě předán pacientovi v písemném provedení. Pacientovi byl ponechán prostor pro dotazy, které byly řádně zodpovězeny. Pacient byl poučen všeobecnou sestrou, aby jí vyhledal v případě, že bude mít ještě nějaké dotazy nebo jiné následné problémy týkající se zařazení do režimu.

Hodnocení ze dne 20. 1. 2011

- Efekt částečný.
- Pacient chápe důvod své hospitalizace. Pacient nemá ještě dostatečný náhled na závažnost svého onemocnění. Zásady režimové léčby a jejich specifika chápe, ale nesouhlasí s nimi. Na oddělení se orientuje, je schopen se částečně zapojit do léčebného programu komunity a zvládat své denní povinnosti. S pomocí všeobecné sestry se v příštích týdnech bude zapojovat do aktivit, které v prvním týdnu hospitalizace nebyly pro jeho psychické a fyzické nedostatky zařazeny do denních aktivit. Intervence budou pokračovat.

Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2. ze dne 18. 1. 2011

Výživa porušena, nedostatečná v souvislosti s neschopností adekvátní výživy projevující se váhovým úbytkem, změnou chuťových vjemů, úbytkem svalové hmoty a podkožního tuku, zhoršeným svalovým tonem a nedostatečným zájmem o jídlo, tělesnou hmotností. BMI 20 (BODY MÁSS INDEX).

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

- Pacient zvýší a udrží optimální tělesnou hmotnost o 7 kilogramů (do 3 měsíců).

Cíl krátkodobý:

- Pacient si uvědomí nedostatky v přijímání potravy a změní své stravovací návyky (do 1 měsíce).
- Pacient dodržuje nové stravovací návyky - zásady zdravé racionální výživy (do 1 dne).
- Pacient bude přijímat potravu v dostatečné míře – 5x denně (do 2 dnů).
- Pacient si uvědomí nedostatky v přijímání potravy a je motivován ke změně stravovacích návyků.
- Pacient dodržuje dostatečný pitný režim 2 litry tekutin za den (do 24 hodin).

Výsledná kritéria:

- Pacient si uvědomuje nutnost zvýšení váhy a doplnění stravy o vitamíny a bílkoviny.
- Pacient má dostatek informací o stravě a zná její složení – výběr stravy, energetický výdej, dodržení pitného režimu (do 3 dnů).
- Pacient dodržuje nové stravovací návyky - zásady zdravé racionální výživy a vede si přehled o přijaté stravě (do 24 hodin).
- Pacient sleduje svoji hmotnost a zaznamenává si ji (1x týdně), všeobecná sestra
- Pacient je poučen o způsobu vážení a dodržování časů a doby vážení na digitální váze (do 1 hodiny).
- Pacient bude spolupracovat na zvýšení své tělesné hmotnosti (každodenně).

Intervence:

- Proved' podrobný rozbor výživových zvyků pomocí výživové anamnézy (do 1 hodiny), všeobecná sestra ve službě.
- Pouč pacienta o nutnosti pravidelného stravování (do 1 hodiny), všeobecná sestra.

- Zajisti pacientovi dostatek informací a materiálu o typu jeho diety číslo 4 šetřící (do 2 hodin), nutriční terapeut.
- Zajisti u nutričního terapeuta dietu č. 4 šetřící (do 1 hodiny), všeobecná sestra.
- Kontroluj tělesnou hmotnost a proved' záznam (1x týdně v pondělí), všeobecná sestra ve službě.
- Spolupracuj s lékařem a nutričním terapeutem (každodenně), všeobecná sestra ve službě.

Realizace:

- 18. 1. 2011 - S pacientem jsem mluvila o jeho stravovacích návycích. Pacienta jsem seznámila s dietním omezením a vysvětlila mu důvody jeho dietního opatření. Pacientovi jsem poskytla informace o výdeji stravy, která je limitována časovým omezením. Zajistila jsem pacientovi dostatek materiálu o jeho typu diety a seznámila ho s nutričním terapeutem oddělení.
- 25. 1. 2010 - Pacient se snaží jíst stravu, která mu byla určená, ale často porce nedojídá. Několikrát byl upozorněn na nedostatečný příjem potravin a nedodržování pitného režimu. Souhlasí se mnou, ale pořád nemá chuť k jídlu, pít je zvyklý přes den málo, nemá pocit žízně. Pacient zvážen a jeho váha byla zaznamenána do dekurzu. Pacient bude nadále monitorován a edukován od sestry, aby svůj postoj ke stravovacímu návyku a pitnému režimu stále zlepšoval.

Hodnocení ze dne 30. 1. 2011

Efekt: částečný

Pacient má rád drůbeží maso a lehká jídla, hodně zeleniny, ovoce nemusí. Pitný režim nikdy nedodržoval. Pacient s dietou souhlasí, chce spolupracovat. Pacient měl dostatek prostoru k otázkám, které mu byly zodpovězeny.

Pacient si navykl jíst pravidelně, ale strava mu nechutná. Porce nechává nedojedené. Stravování pravidelné, váha zůstává nezměněna. Pitný režim nedodržuje.

Pacient byl pravidelně 1x týdně vážen a jeho váha byla zaznamenána do dekurzu.

Intervence pokračují.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3. ze dne 19. 1. 2011

Únava v souvislosti s nízkou metabolickou produkcí energie, zvýšenými energetickými požadavky, nadměrnými emočními nároky, projevující se sníženou výkonností, částečnou neschopností zvládnout běžné denní činnosti, porušenou schopností soustředit se, netečností, lhostejností a nezájmem o okolí.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

Pacient je schopen vykonávat běžné každodenní činnosti a účastnit se žádoucích aktivit bez nadměrné únavy (do 7 dnů).

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčinu únavy (do 24hodin).
- Pacient volně hovoří o svých emocích a zaznamenává si každodenně intenzitu únavy na 5 bodové škále.
- Pacient zná možnosti vhodných pomocných psychoterapeutických technik (autogenní trénink každodenně, CD- relaxační hudba, jóga)(do 24. hodin).
- Pacient spí alespoň 6 hodin v průběhu noci (denně).
- Pacient zná zásady vhodného životního stylu (do 2 dnů).

Intervence:

- Pacient je vhodně aktivizován v průběhu dne (denně), všeobecná sestra ve službě.
- Posud' vyvolávající příčiny únavy před nástupem do léčby pomocí pohovoru a ošetřovatelské anamnézy a informuj pacienta o příčinách jeho únavy (do 24 hodin), všeobecná setra ve službě.
- Pravidelně monitoruj pacientovu únavu, schopnost soustředění, aktivitu v průběhu dne a kvalitu spánku v noci. Přizpůsob denní aktivity pacientovým schopnostem (každodenně), všeobecná sestra ve službě.
- Motivuj pacienta k zapojení se do pracovních a sportovních aktivit na oddělení (každodenně), všeobecná setra ve službě.
- Informuj pacienta o nabídce relaxačních technik (autogenní trénink a relaxační techniky) (do 1 hodiny), všeobecná sestra.
- Sleduj dodržování správného spánkového režimu (bdění v průběhu dne, spánek v noci), každodenně, všeobecná setra ve službě.

- Mluv s pacientem o jeho žádoucích změnách v životním stylu (průběžně), všeobecná sestra.

Realizace:

- 19. 1. 2011 - S pacientem byl veden rozhovor na možné příčiny únavy, které pociťoval již před léčbou, pacient spolupracoval, zpětná vazba byla částečná, všeobecná sestra ve službě.
- 19. 1. 2011 - s pacientem byl veden pohovor na téma únava, správný spánkový režim a životní styl a možnosti relaxačních technik, nácvik autogenního tréninku. všeobecná sestra.
- 20. 1. 2011 - pacient se postupně zapojuje do léčebného programu, spánek je kvalitnější (spal 6 hodin), všeobecná sestra.
- 22. 1. 2011 - pacient motivován k aktivitám v pracovní a sportovní terapii, zapojil se do nácviku relaxačních technik, v průběhu všech terapeutických skupin byl verbálně aktivnější. všeobecná sestra.
- 24.1 2011 - pacient byl v průběhu hospitalizace motivován ke změně režimu dne, ve svém osobním volnu místo spánku píše deník a hraje šachy, sportuje. všeobecná sestra.
- S pacientem znovu při pohovorech bylo opakovaně diskutováno na téma současný stav, všeobecná sestra ve službě.

Hodnocení ze dne 24. 1. 2011

Pacient se cítil v prvním týdnu léčby unavený. Po odeznění úzkosti prvního dne léčby byl postupně zapojován aktivně do léčebného programu oddělení. Spánek je již kvalitnější, pacient si nestěžuje, že by se v noci tak často budil. Únava byla značně eliminována, přesto stále přetrvává odpolední pocit vyčerpanosti. Pacient byl opakovaně edukován o možnostech relaxačních technik a zapojení se do sportovních a pracovních aktivit. Sám se přihlásil do autogenního tréninku. Pacient byl poučen o principech zdravého životního stylu. Uvědomuje si, že pokud nebude zároveň pravidelně jíst, nebude dodržovat pitný režim a nenastaví si každodenní režim, podle kterého si zabezpečí svůj denní řád, problémy s únavou a poruchami spánku budou přetrvávat nadále. Úplné vymizení únavy nelze v tuto chvíli dosáhnout, organismus je vyčerpán dlouhodobým požíváním alkoholu a nedostatečnou fyzickou kondicí. Intervence nebudou pokračovat. Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4. ze dne 19. 1. 2011.

Sebeúcta porušená v souvislosti s poruchou fyzického obrazu, nejistou prognózou, změnou role, osobní zranitelností, sebedestruktivním chováním (způsobené alkoholem), projevující se verbalizací, změnou životního stylu, negativním přístupem k vlastnímu tělu, pocitu bezradnosti, beznaděje a bezmoci.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopen vyjádřit pozitivní sebehodnocení a osvojit si způsob chování obnovující pozitivní sebeúctu (do 3 týdnů).

Výsledná kritéria:

- Pacient je schopen rozpoznat příčiny snížení sebeúcty (do 7 dnů).
- Pacient si vytvořil s podporou sestry plán, jak řešit svou nynější situaci (do 7 dnů).
- Pacient se aktivně zapojuje do řešení problémů své životní situace (do 2 týdnů).
- Pacient chápe nutnost léčby pro znovunabytí své sebeúcty a sebedůvěry (do 2 týdnů).
- Pacient spolupracuje s matkou, která je motivována k jeho podpoře (do 7 dnů).

Intervence:

- Mluv s pacientem na téma sebeúcty, zvládnání rolí a řešení problémů při individuálních pohovorech (1x týdně), všeobecná sestra.
- Vyjádři pochopení jeho problémů a motivuj pacienta k jejich řešení (při každodenním kontaktu), všeobecná sestra.
- Posuzuj závažnost snížení sebeúcty a její dopad na jeho život. (2x týdně), všeobecná sestra.
- Spolupracuj s pacientem na vytvoření modelů, které mu pomůžou při jejich řešení a zvládnání rolí při terapeutických programech (2x týdně), všeobecná sestra.
- Chval pacienta za jeho dílčí kroky v jeho postojích k léčbě a řešení situací (při každém zlepšení), všeobecná sestra.
- Vysvětli matce pacienta nezbytnost její psychické podpory (do 2 dnů), všeobecná sestra.

Realizace:

- 19. 1. 2011 s pacientem byl veden rozhovor o sebeúctě, zvládání rolí, řešení problémů a starostí, které ho v současné době nejvíce trápí. Pacientovi byla nabídnuta pomoc při řešení jeho problémů. V průběhu každého dne si může zažádat o individuální pohovor s ošetřujícím personálem, byl informován o možnosti účasti na psychoterapeutických programech (návčkových skupinách, rodinné terapii). Pacient souhlasil se zapojením své matky do léčebného programu a jejími návštěvami psychoterapeutických programů určených pro rodinné příslušníky. Pacient byl motivován ke změně řešení problémů a jejich efektivitě. Pacient bude několik dní přemýšlet o svých největších problémech a možnostech jejich řešení, všeobecná sestra.
- 20. 1. 2011. Matka pacienta byla přizvána ke spolupráci, byla informována o naší snaze přispět ke zlepšení sebeúcty jejího syna a následnými možnostmi její spolupráce v léčbě. Souhlasí se svou účastí v tomto ošetřovatelském plánu, všeobecná sestra.
- 22. 1. 2011. Na žádost pacienta byl veden individuální pohovor o jeho největších problémech a diskutujeme o jeho největších problémech, společně navrhujeme řešení. Pacient byl pohovorem motivován ke změně v přístupu k problémům a zvládání své role v dané situaci, všeobecná sestra.
- 28. 1. 2011. Proběhla rodinná terapie za přítomnosti pacientovy matky, hovor byl zaměřen na téma řešení prioritních osobních problémů, významu aktivní účasti matky a nácviku zvládání rolí pacienta. Při nácviku byl uvolněný, dobře spolupracoval, má zájem o vyřešení svých problémů, sebehodnocení je pozitivní, budeme nadále v nácviku rolí pokračovat, všeobecná sestra.

Hodnocení ze dne 15. 2. 2011

Pacient souhlasil se zapojením své matky do léčebného programu určeného pro rodinné příslušníky. Pacient byl motivován terapeutickým týmem k řešení svých problémů a byly mu nabídnuty možnosti řešení.

V průběhu hospitalizace se pacient aktivně zapojil do nácviku rolí společně se svojí matkou. Pacient byl motivován ke změně řešení problémů a jejich efektivitě.

Při každém psychoterapeutickém sezení, které se konalo 1x za týden, se pacient viditelně zlepšoval ve verbálním projevu, postupně nacházel adekvátní řešení jeho problémů. Pacient si oblíbil techniku nácviku rolí a velmi hezky spolupracoval.

V situacích, kdy se aktivněji zapojovala při terapii jeho matka, stával se pasivnějším. Při nácvikových skupinách se projevovala velmi výrazně autorita matky. V její přítomnosti se choval uvolněně, měl pocit bezpečí. Při jiných psychoterapeutických programech, kde byl sám, se necítil až tak jistý ve svých názorech. Pacient vyjadřuje radost nad tím, že se dokáže sám a dobře rozhodovat, pocituje velmi dobrý potenciál k řešení svých dlouhodobých osobních problémů.

Cíl byl splněn.

Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče u pacienta se závislostí na alkoholu

Ošetrovatelská péče u pacienta byla prováděna podle behaviorálního systému a jeho subsystému modelu Jonsonové, který je specifikací především zaměřen na pacienty s psychiatrickou diagnózou.

Ošetrovatelská péče u pacienta J. B. byla od prvního dne nástupu do léčby zaměřena na zlepšení jeho fyzického, psychického a sociálního stavu. V prvních hodinách a dnech jsme se zaměřili na seznámení pacienta s podmínkami léčby, k jeho povinnostem spojeným s léčbou a psychoterapeutickým programem oddělení. Po zpracování ošetrovatelské anamnézy, zjištění zdravotního a psychického stavu pacienta jsme vytvořili ošetrovatelské priority, které podporovaly pacienta v průběhu celé jeho léčby. Zajistili jsme dostatek informací o průběhu léčby a také jsme pacientovi dali prostor a čas na jeho aklimatizaci. V prvních dnech byl pacient pod dohledem ošetrovatelského personálu. Pacient byl po nástupu na oddělení rozrušený, nesoustředěný a velmi nejistý. Jeho náhled na onemocnění byl nedostatečný. Po seznámení s průběhem hospitalizace byl proveden celým oddělením a seznámen s jeho spolupacienty, kteří s ním budou na pokoji a také v psychoterapeutické skupině. Pacient měl v prvních dnech léčby úlevy v pracovních, sportovních i terapeutických aktivitách, protože pociťoval únavu a nebyl schopen se plně zapojit do režimu. V prvním týdnu se seznámil s možnostmi nepovinných psychoterapeutických programů a celkovým průběhem léčby. V dalších dnech byla ošetrovatelská péče zaměřena na jeho stravovací návyky, podle měřicí techniky BMI měl pacient mírnou podváhu způsobenou nízkým příjmem potravin v posledních měsících. Naše snaha byla motivovat pacienta ke změně stravovacích návyků a to dodržovat pravidelnost příjmu potravy a změnit pitný režim.

V dlouhodobém plánu bylo cílem dosáhnout původní váhy. V posledních týdnech léčby mu byla změněna dieta na č. 3 racionální a jeho přístup ke stravování se zlepšil a jeho váha se zvýšila o 5 kilogramů. V pitném režimu jsme neuspěli, pil velmi málo, jeho pitný režim se v průběhu léčby nezměnil.

V prvních dnech léčby si pacient často stěžoval na pocit únavy v odpoledních hodinách a také na poruchy spánku, které ho provázejí již několik měsíců. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem byly podány pacientovi léky na zlepšení kvality spánku a jeho psychického stavu. Po několika dnech se výrazně zlepšil, spánek byl v normálu, spal

6 – 7 hodin v noci. V druhém týdnu léčby se plně zapojoval do léčebného programu a odpoledne se věnoval fyzickým aktivitám (sportu, pracovní terapii). Tato změna denního režimu ovlivnila jeho psychický a fyzický stav a po několika dnech zažádal o konzultaci s lékařem, který mu po dohodě změnil medikaci, nadále však zůstává farmakologická léčba - anxiolitikum (Atarax) pro zlepšení psychického stavu. Ostatní léky byly vysazeny. Úzkost byla potlačena, ale stále přetrvávala. Pacient se velmi aktivně zapojoval od začátku léčby do psychoterapie a měl velmi dobré zpětné vazby od svých terapeutů. Z rodinných příslušníků se po dobu jeho léčby aktivně zapojila matka, která ho po celou dobu podporovala v jeho úsilí abstinovat a změnit své životní priority. Jeho náhled se postupem času změnil, uvědomil si závažnost onemocnění a jeho dopad na rodinný a společenský život. Terapie byla zaměřena na zlepšení sebeúcty pacienta, v nácvikových skupinách se učil adekvátně řešit své rodinné problémy, při individuálních pohovorech bylo znát zlepšení jeho sebeúcty, začal projevovat asertivitu a jednoznačně věděl, jakým směrem bude postupovat po ukončení léčby. Jeho sebekázeň a chuť změnit svůj život byla výrazná. Naše ošetrovatelské plány a jejich realizace byly splněny. Cílem terapie bylo zvýšení pocitu samostatnosti pacienta a nezávislosti na druhých lidech při současné schopnosti vytvářet a udržovat s druhými blízké vztahy. Konec léčby je rizikový v tom, že pacient se nerad loučí s terapií, nechce separaci od terapeuta, může se zhoršit, prevencí je časově omezená terapie a snižování frekvence sezení. Významné je udržení naučených vzorců chování a dodržování.

9. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

9.1 Doporučení pro vedoucí management v klinické praxi

- Zorganizovat odborný seminář na téma alkoholismu a ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu, protože počet hospitalizovaných pacientů, kteří mají problémy s alkoholem, stále narůstá.
- Na odborných seminářích poskytovat sestřám i lékařům nové informace a zkušenosti v ošetrování pacientů závislých na alkoholu.
- Umožnit sestřám bližší seznámení s problematikou závislosti v podobě stáží na klinikách k tomu specializovaných.
- Na standardních odděleních delegovat setru pro edukaci pacientů závislých na alkoholu.
- Podporovat další vzdělávání všeobecných sester v oblasti komunikace a edukace pacientů závislých na alkoholu.

9.2 Doporučení pro nelékařský ošetrovatelský personál

- Aktivně se zapojovat do osvěty v rámci pracovního i osobního života.
- Všimát si pacientů a sledovat jejich stav v prvních hodinách a dnech nástupu hospitalizace z důvodů možných abstinčních projevů a příznaků.
- Zajistit si informace o možnostech léčby závislého pacienta a předávat je dalším všeobecným sestřám.
- Dbát o svůj zdravotní a psychický stav.
- Dodržovat zásady duševní hygieny a zdravého životního stylu.
- Aktivně se zúčastňovat na primární, sekundární, terciární prevenci závislosti na alkoholu.

ZÁVĚR

V posledních letech počet závislých na alkoholu nebo jiné droze přibývá. Závislost na alkoholu je onemocnění, které vyléčit nelze. Léčba nevede k odstranění poruchy způsobující změnu v kontrole, ani není možné odstranit vnitřní afinitu (směr) organismu k droze. Léčba tedy nevede k vyléčení chorobného stavu (k návratu do stavu před vznikem choroby), ale dosahuje pouze úzdravu (vymizení příznaků choroby), pro jejíž udržení je nutné důsledně a trvale abstinovat. Závislost je tedy choroba mající ve své kolébce nezodpovědnost a neukázněnost, vyvíjí se však postupně v onemocnění, které se velmi obtížně léčí a nezřídka končí předčasnou smrtí za dramatických okolností zasahujících především rodinu. Vzhledem k chybějícímu náhledu zůstává na rodině přesvědčit závislého k léčbě. Největší překážkou v léčbě závislostí jsou společenské předsudky. Touto bariérou stále trpí psychiatrie jako celek, závislosti však obzvláště.

Naše práce prezentuje závislost na alkoholu od historických podkladů až po současné léčebné postupy. V první a druhé části práce jsme se věnovali charakteristice, klasifikaci, komplikacím, diagnostice a léčbě. V této teoretické části byly shrnuty nejnovější poznatky vycházející z odborné literatury, časopisů a odborných praktických zkušeností kolektivu oddělení závislostí. V poslední části práce je zpracována kazuistika nemocného od prvního dne léčby, jehož onemocnění mělo celkově dobrou prognózu vzhledem k věku, společenskému postavení a somatickému zdravotnímu stavu. Pracovat na jeho uzdravení bylo jednodušší, protože pacient přišel do léčby poměrně brzy, motivován svou matkou. Cílem léčby bylo zvýšení pocitu samostatnosti pacienta a nezávislosti při řešení jeho osobních problémů při současné schopnosti vytvářet a udržovat s druhými blízké vztahy. Další důležitou náplní ošetřovatelského procesu bylo získat důvěru pacienta a být mu oporou při léčbě. Prioritou naší práce zůstává získání náhledu pacienta na závislost. Ústavní léčba je tou poslední možností léčby jak s alkoholem bojovat, když vše ostatní selže. Známe mnoho důvodů, proč začít používat alkohol jako pomocnou ruku, ale mnoho zdravotníků neví, jak optimálně pomoci klientovi, který přijde. Mnoho odborné i laické veřejnosti si alkoholismus spojuje s nedostatkem pevné vůle. Toto onemocnění je současnou společností tolerováno a podceňováno, a proto se jeví o to závažnější. Přínosem této práce by mělo být srozumitelné seznámení se s nemocí zvanou alkoholismus.

Všeobecný lékař nebo všeobecná sestra na standardním oddělení se setkávají a budou setkávat s lidmi závislími na alkoholu a tato práce by měla pomoci zajistit kvalitní a odpovídající ošetrovatelskou péči i na těchto odděleních. Komplexní péče o závislé a širší možnosti terapie a pomoci je rozhodující pro pozitivní výsledky léčby. Pozitivní výsledky jsou potřebné také pro optimismus v práci, která má mnoho nezdarů. S alkoholem jsme se již naučili žít, je však dobré vědět, že alkohol se nikdy nedá vytlačit jakoukoliv jinou drogou a bude si vytrvale vybírat svou daň. Máme každý ve svých rukou možnost ovlivnit svůj vztah k alkoholu a rozsah následků jeho působení. Pro naši práci musí být i nadále prioritou hluboký zájem, schopnost empatie a potřebná profesionalita.

Cíl byl splněn, závěry se potvrdily.

Využití práce by mohlo být prospěšné pro práci sester v rámci adaptačního procesu všeobecných sester, dále jako informační zdroj pro laickou i odbornou veřejnost.

Práce poslouží jako podklad pro přípravu celoklinického vnímání pro nelékařské profese se zaměřením na způsoby specifického přístupu k pacientům se závislostí na alkoholu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTOVÁ, J. *Patologie pro bakaláře* Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80 – 246-0794 – 8.
2. DOBRÝ M.; DRVOTA, S. *Seminární kursy z lékařské psychologie*, Praha: SNP, 1980.
3. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2001, 568 s 0242 ISBN 80 – 242 – 8.
4. HELLER, J. - PECINOVSKÁ O. a kol. *Závislost známá a neznámá*. Praha: Grada, 1996, ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.
5. HOLLAND, J. G; SKINNER, B. F. *Analýza chování*. Praha: SPN, 1968.
6. HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80 – 7254 – 181 - 1.
7. JELLINEK, E. M. *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse, (New Haven), 1960.
8. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008392s. ISBN 978- 80 -247 – 1411 -0.
9. KOZIEROVÁ,B.; ERBOVÁ, G; OLIVIEROVÁ, R.*Ošetrovatelstvo*1,II.
10. KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*.Praha, Portál, 2000. 223 – 1078 – 6.
11. MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ M.; BABIÁKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006.352 s. ISBN 80 – 247 – 1151 -6.
12. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ 1.: *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea, 2009. 75s. ISBN 978 – 80 – 902876 – 0 – 0.
13. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 267 - 6 .

14. PHARMINDEX BREVÍŘ. Praha: MediMedia Information, spol. s.r.o. 2001 (aktuální).
15. SKÁLA ,J.a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha, Avicenum, 1987, ISBN neuvedeno.
16. Internetové zdroje: dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz>
17. *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky. Posl. úpravy 29.11. 2010 [cit. 2010-29-11].
18. Psychiatrická péče, www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009, citováno dne [2010.30.11].
19. Muži a alkohol, <http://www.alkoholik.cz/zavislost/> [2010.11.30.].
20. Psychiatrická péče 2009, www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2009, citováno dne [2010.30.1].