

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA ZÁVISLÉHO

NA ALKOHOLU

Bakalářská práce

LENKA VIČANOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2011-03-31

Datum obhajoby práce: 2011-06-

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

ABSTRAKT

VIČANOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče o pacienta závislého na alkoholu.*
Praha 2011.

Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v oboru všeobecná sestra. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD. s. 61

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta závislého na alkoholu při respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku syndromu závislosti a alkoholismu, klinické příznaky a léčbu. Praktická část se skládá z anamnézy konkrétního pacienta s daným onemocněním, průběhu hospitalizace, ošetrovatelské anamnézy a ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: Alkoholismus. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

Závislost na alkoholu

VIČANOVÁ, Lenka. *Nursing care about patient dependent on alcohol.*
Prague 2011.

Bachelor's work. University health school, o.p.s. Prague. Bachelor general nurse.
Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD. 61 pages

The main topic of my bachelor's work is the nursing care about patient dependent on alcohol. The theoretic part focuses on alcoholic syndrom, clinical symptoms, diagnostic treatment. The practical part is composed of anamnesis of the particular patient with, hospitalization process, physical exploration by the sick-nurse, the nursing anamnesis and nursing process according to patient's needs.

Keywords: Alkoholismus. Nurses care about the alcoholics patient.

Dependence of alcohol

PŘEDMLUVA

K výběru tématu naší bakalářské práce nás vedlo to, že je závislost na alkoholu problémem všech generací i obou pohlaví, a její výskyt znatelně stoupá. Při vypracování jsme čerpaly jak z odborné literatury, dokumentace pacienta, tak i z naší praxe v nemocnici na psychiatrické klinice.

Cílem práce je čtenáře seznámit s pojmy jako jsou syndrom závislosti, alkoholismu, seznámení s léčbou a ošetrovatelskou péčí, která je speciálně prováděna u takto nemocných osob se specifickým psychickým stavem.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a absolvováním klinických cvičení na psychiatrickém oddělení v Praze. Podklady pro práci jsme čerpaly jak z knižních, tak i internetových pramenů.

Práce je určena pro studenty oboru všeobecná sestra. Dále je určena pro všechny zdravotní sestry, které si mohou obohatit informace o tomto onemocnění a použít je nejen ve své praxi, ale i v rodině a okolí.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za cenné rady a podporu, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	9
1.1 Charakteristika syndromu závislost.....	10
1.2 Znaky závislosti.....	10
1.3 Syndrom závislosti na alkoholu	12
2 ALKOHOLISMUS.....	13
2.1 Alkoholismus u ženy.....	13
2.1.1 Fetální alkoholický syndrom.....	14
2.2 Alkoholismus u muže.....	15
3 VLIV ALKOHOLISMU NA ŽIVOT.....	16
3.1 Prevence.....	16
3.2 Rodina a alkoholismus.....	16
3.2.1 Reakce dětí na závislost rodičů.....	17
3.2.2 Pomoc rodinám.....	18
3.3 Vliv alkoholismu na práci	19
4 LÉČBA ZÁVISLOSTI	21
4.1. Možnosti léčby	21
4.2 Náplň léčby	23
4.3 AA centra	24
5 RESOCIALIZACE PACIENTA ZÁVISLÉH NA ALKOHOLU	25
5.1 První tři roky abstinence.....	25
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	26
6.1 Etika ošetrovatelské péče.....	26
7 PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
7.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	27
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	48
ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS (centrální nervový systém)

WHO (světová zdravotnická organizace)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abnormality - odchylky, nepravidelnosti

Alkoholemie - hladina alkoholu v krvi, počet miligramů na 100ml krve

Antabus - lék užívaný při léčbě závislosti na alkoholu

Aserce - tvrzení, prosazení, nebo uznání pravdivosti výroku

Campral - lék užívaný k udržení abstinence u léčby závislých na alkoholu

Craving – pocit bažení po návykové látce

Dysmorfie – tvarová odchylka či vývojová vada

Disulfan – léč, který je používán při léčbě závislosti na alkoholu

Elektroretinogram – grafický záznam elektrické aktivity mozku, pomocí sítnice

Kraniofaciální – týkající se mozkové a obličejové části hlavy

Naltrexon – lék užívaný při závislostech na alkoholu a opioidech

Retardace – zpomalení, zakrnění procesu

Tapottement – fyzikální vyšetření, poklep ledvin

Wegscheider-Cruse – odborník zabývající se vlivem alkoholismu na reakci dětí

Widmardova reakce – metoda užívaná k určení přítomnosti alkoholu v krvi

ÚVOD

Závislost na alkoholu se spolu s uspěchanou dobou, se stává větším a rozsáhlejším fenoménem společnosti. V současné době se netýká pouze mužů, ale rozvíjí se i mezi ženami a mladistvým.

Syndrom závislosti narušuje společnost, rodinné vztahy a především zdraví jedince ať už se jedná o zdraví psychické, či fyzické.

Práce je určena zdravotníkům, kteří jsou s klienty i na běžných odděleních, ve stálém a blízkém kontaktu a mají proto možnost rozpoznat příznaky závislosti i u pacientů, u kterých diagnóza alkoholismu nemusí být udána. Dále poslouží i jako motivace k radikálnímu řešení závislosti a k poskytnutí informací a postupů ve volbě léčby a tím i pomoci. Poslouží rovněž jako návod k pomoci nejen v profesionálním, tak i v osobním životě. Závislost na alkoholu si nevybírá a proto je nejlepším řešením, postavit se jí čelem a vědět, jak s ní pracovat a postupovat. Ošetrovatelská péče o závislé pacienty má svá specifika a svá rizika, na které je třeba poukázat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice závislosti

Z formálního hlediska je situace jasná. Závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-IO). Zmíněná definice je poněkud komplikovaná, když je vytvořena experty Světové zdravotnické organizace.

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Kritéria uvedená v definici Americké asociace mají velmi blízko k definici světové zdravotnické organizace (NEŠPOR, 2000)

1.1 Charakteristika syndromu závislosti

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je přijímání alkoholu či touha po jeho přijímání. Jedinec si uvědomuje, že má puzení pít alkohol, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat pití. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek, nebo širší řadu různých látek. (KŘIVOHLAVÝ, 2001).

Syndrom závislosti se vedle příznaků fyzické a psychické závislosti projevuje ranními doušky, dosud vysokou tolerancí, několikedenní konzumací látky, výpadky paměti, občasnými neúspěšnými pokusy o abstinenci. Sociální komplikace vedou k rozpadu manželství a propadu v profesionálním zařazení. Pokračující návyk vede k poklesu tolerance s celkovou degradací psychické a fyzické výkonnosti (RABOCH,PAVLOSVKÝ,JANOTOVÁ, 2006).

1.2 Znaký závislost

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

1.znak: craving (silná touha nebo pocit puzení užívat látku)

Už v roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení, jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti. Až mnohem později se ukázalo, že bažení tělesné vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm. Oproti tomu psychické bažení se objevuje i po delší abstinenci a v mozku se projevuje jinak, což se dá zjistit. Objektivními projevy při psychickém bažení jsou nálezy, týkající se aktivace určitých částí mozku, oslabení paměti, prodloužení reakčního času zhoršování postřehu. Dále abnormální nálezy a elektroretinogramu. Bažení zhoršuje kognitivní funkce, tedy i schopnosti správně se rozhodovat a jednat. Bažení obvykle zvyšuje riziko recidiv, ale nemusí tak být vždycky. Za určitých okolností může bažení vést i k větší opatrnosti z nebezpečného prostředí (NEŠPOR, CSÉMY, Praha 1999).

2.znak závislosti: potíže v sebeovládání

Člověk závislý na alkoholu si špatně uvědomuje sám sebe, podléhá pocitu bažení se napít. Nejčastějším místem, kde se špatné ovládání projeví je v prostředí, kde je k alkoholu velmi blízko (restaurace, oslavy).

3.znak závislosti: somatické potíže (odvykací stav)

Odvykací stav začíná, když se u jedince závislého na alkoholu projeví únava, ospalost, třesavka, chvění celého těla. Také se objevuje nechutenství, bolest hlavy, pocení, zimnice, nervozita, někdy až agresivita. Rovněž se zjevuje potřeba se napít a zahnat tento nepříjemný stav. Může nastat psychomotorický neklid, tzv. velké epileptické záchvaty a nespavost.

4.znak závislosti: růst tolerance k účinku látky jako je vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. Jak tolerance vzniká, není zcela jasné. Zvýšená tolerance může vzniknout důsledkem vyšší reaktivity CNS na návykovou látku. Další možností je, že látka může být např. v játrech, rychleji odbourávána .

5.znak závislosti: zanedbávání potěšení, nebo zájmům prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky. Při terapiích někteří klienti udávají, že se věnují shánění, aplikaci spolu se zotavením z jejího účinku většinu času z celého dne. Tento čas je třeba po ukončení léčby vhodně vyplnit, a to nejen prací, ale i volnočasovými aktivitami a relaxací.

6.znak závislosti: pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků tohoto jednání. Aby se tento příznak mohl opravdu potvrdit, musí být pacient seznámen se škodlivými následky svého počínání. Např. když lékař upozorní pacienta na skutečnost, že si konzumací poškozuje játra a on užívá alkohol dál, jde určit jasný znak závislosti. I v tomto případě je jasná souvislost s předchozími znaky závislost, jako jsou bažení, zhoršené sebeovládání ve vztahu k látce a někdy i odvykací stavy při pokusu o vysazení látky (NEŠPOR, Praha 2000).

1.3 Syndrom závislosti na alkoholu

Syndrom závislosti na alkoholu se podle medicínského hlediska popisuje kódem diagnózy: F10.2. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající), brát psychoaktivní látky. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

K syndromu závislosti dochází tehdy, když v průběhu posledního roku je přítomna silná touha po užívání látky, dochází k potížím při kontrole jejího užívání, po odnětí látky, dojde k příznakům fyzické závislosti, zvyšuje se tolerance, většinu času věnuje subjekt získání látky na úkor svých dřívějších zálib a potěšení a je mu jasné, že požívání látky přináší škodlivé důsledky.

V odborné veřejnosti se dosud udržuje dělení na vývojová stadia alkoholismu dle Jellineka.

V I. Stádiu (počáteční, prealkoholické), zachycuje období, kdy si piják uvědomuje, že pije jinak než druzí, že mu alkohol přináší úlevu v jeho problémech, a proto zvyšuje frekvenci pití.

Ve II. Stádiu (podnomálním, varovném) se zvyšuje tolerance, piják se za pití stydí, objevují se výpadky paměti.

Ve III. Stádiu (rozhodném, kruciólním) stále stoupá tolerance, v důsledku častého pití narůstají konflikty, rozpadají se interpersonální vztahy.

IV. Stádium je stádiem posledním, konečným (terciálním), odpovídá nejspíše syndromu závislosti s poklesem tolerance a úpadkem tělesného i duševního zdraví.

2 Alkoholismus

Alkoholismus je velice závažný zdravotní i celospolečenský problém. Stále více lidí zemře na následky užívání alkoholu a snižuje se věková hranice jeho konzumentů. Důsledky, které z alkoholismu plynou, jsou velice nebezpečné, ale i tak společnost problém alkoholismu stále značně podceňuje. Uživatele někdy množství vypitého alkoholu naplňuje hrdostí, ale dá se na něj pohlížet i z druhé strany. Díky alkoholu mají lidé i řadu problémů a to v oblasti tělesného, tak i duševního zdraví. Na to, že je problém, se však většinou přijde až ve chvíli, kdy jsou obtíže větší, a když už jsou narušeny vztahy, dostávají se problémy v práci nebo zdravotní komplikace. Počet mužů alkoholiků převyšuje počet žen alkoholiček v poměru 4 ku 1. Muži se obvykle oddávají hazardnímu pití častěji, než ženy.

Závislími na alkoholu jsou v české republice desítky tisíc lidí, problém má dle statistik v ČR 25% mužů a 10% žen. Nové statistiky z března roku 2010 vedené MUDr. Csémyim, že je v ČR zhruba 550 tisíc lidí závislých na alkoholu (4x více než se doposud předpokládalo). Alarmující je i velmi rozšířené pití dětí do 18 let.

Závislost na alkoholu představuje největší riziko pro obyvatele Ruska a státu Commonwealthu, kde je alkohol příčinou každého pátého úmrtí. Alkohol je mimo jiné také příčinou rakoviny tlustého střeva, prsu, hrtanu a jater. Počet úmrtí roste celosvětově a to zejména v zemích, kde se s příjmy zvyšuje i spotřeba alkoholu (WHO, 11.2.2011).

2.1 Alkoholismus v životě ženy

Syndrom závislosti na alkoholu je u žen považován za specifické onemocnění, které má svůj charakteristický průběh a své odlišnosti, i shody se stejným syndromem u mužů. Počet žen závislých na alkoholu roste v souladu s vývojem ve většině průmyslově vyspělých zemí a má negativní zdravotní i sociální důsledky.

Ženy alkoholičky jsou především svým okolím daleko důrazněji odmítány a izolovány, více, než je to u alkoholických mužů. Důsledky závislosti se promítají mnohem závažněji v jejich osobním, rodinném i sexuálním životě. Tyto ženy pijí většinou o samotě, často i potají. Zvládají své pití delší dobu skrývat a omlouvat.

Naopak tělesné i duševní poškození souvisící s alkoholem, se projeví mnohem rychleji.

Rychlejší je i výskyt psychóz a depresivních stavů. Pijící ženy často kombinují více návykových a psychoaktivních látek, nejčastější kombinací jsou alkohol s analgetiky, popř. s neuroleptiky. V léčbě je v plné míře s úspěchem aplikován stejný léčebný režim, jako u mužů. Délka léčby se však prodlužuje o 4 týdny.

Velkým a neopomenutelným rizikem je konzumace alkoholu u těhotných žen. U dětí se nejčastěji objevuje fetální alkoholický syndrom.

2.1.1 Fetální alkoholický syndrom

Většina případů fetálního alkoholického syndromu vzniká u dětí matek, které pijí častěji větší množství alkoholických nápojů. Ovšem působí i jednorázový příjem většího množství alkoholu (večírek, oslava). Není přesně určeno, jaké nejmenší množství alkoholu poškozuje plod, a proto je nejlepším doporučením pro všechny těhotné nepít alkohol vůbec. Z tohoto pohledu je problematických hlavně několik prvních týdnů těhotenství, kdy žena o své graviditě často ani neví. Etylalkohol však působí patologicky po celou dobu gravidity, nejen v prvním trimestru. Konzumace alkoholu v těhotenství a následný fetální alkoholový syndrom se nejčastěji u dětí projevuje jako:

Růstová retardace plodu (novorozenci jsou většinou hypotrofičtí, poruchy růstu často přetrvávají i v dětství, postižené děti celkově neprospívají).

Typická kraniofaciální dysmorfie (různý stupeň mikrocefalie, hypoplastická maxilla, vyhlazené philtrum, plochá střední část obličeje).

Poškození CNS (různý stupeň mentální retardace, kognitivní poruchy, poruchy chování).

Další přidružené abnormality, různé strukturní vrozené vady, vrozené vady srdce atd.

2.2 Alkoholismus v životě muže

Muže postihuje závislost alkoholu přibližně 2x častěji, než ženy. Tolerance konzumovaného alkoholu je vyšší a tím se i později projevují komplikace a projevy závislosti v tělesném stavu i psychické. Muž zastávající v rodině funkci živitele a partnera, postupem času začne na tyto role rezignovat a to se projeví na partnerském i rodinném životě. Ze dříve spolehlivého, fungujícího muže se postupem času stává nespolehlivý, samotářský a v některých případech i agresivní člověk bez zájmu o rodinu i o sebe samotného.

Takové chování je v ostrém rozporu s požadavkem vytvářet zdravé rodinné prostředí a vyvolává často oprávněný odpor partnera i dětí. Z počátku může být konzumace alkoholu u muže důsledkem stresu, nespokojenosti v práci nebo změnou fyzického života (např. přestup do invalidity po prodělaném onemocnění). Muži častěji pijí kolektivně, oproti ženám.

Na psychické stránce se objevují deprese, úzkost, sebevraždy a sebevražedné úvahy či nespavost.

Na sociální stránce jsou častým problémem manželské neshody, dluhy, násilnosti, absence v práci, ale i řada trestných činů pod vlivem alkoholu.

Konzumace alkoholu se projevuje na fyzické stránce (BROWN. T. Etc. 1992).

U pacientů závislých na alkoholu klesá potence, vzrůstá žárlivost, dochází k agresivním projevům a celkovému zhrubnutí povahy. Své pití alkoholik racionalizuje, dle jeho názoru za ně může manželka, vláda, společnost apod. V terminálním stadiu alkoholik z nedostatku financí pije nekvalitní alkoholické nápoje, popřípadě jejich náhražky, např. čisticí prostředky (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2006).

3 Vliv alkoholismu na život

Jedinec s patologickou závislostí na alkoholu má vždy velké problémy v rodinném prostředí. Postupem času dochází k porušení a přerušování vztahů. Partnerství nebo manželství se rozpadá a pod tíhou závislosti jedince se jeho neschopnosti zvládat povinnosti a společenské role. Stejně tak závislost ovlivňuje komunikaci a spolehlivost v práci, plnění pracovních povinností a tím i ekonomickou situaci rodin a jednotlivce.

„Z medicínského hlediska patří k následkům alkoholismu: mozková atrofie, degenerace mozečku, epilepsie, neuropatie, poruchy srdečního svalu i jiných svalů, hepatitidy, cirhozy, gastritidy, pankreatitidy, peptický vřed, malnutrice“ (MOSCHL A KOL.,1997, s.61)

3.1 Prevence

Z důvodu závažnosti tématu závislosti na alkoholu je důležité, zaměřit se na prevenci užívání alkoholu už v útlém věku. Rodina působí na výchovu dítěte tím, jak funguje a tím, co se v ní děje. Pozornost by měla směřovat na zjišťování informovanosti, představ a přístupů, týkající se alkoholu a drog obecně.

Jde o nácvik psychosociálních dovedností jako je posilování sebedůvěry a sebevědomí, dovednost ke zvládnutí problémů, mezilidských konfliktů, používání pozitivní aserce, ovlivňování myšlenek a pocitů, zvládnutí zlosti, odmítání nabízených drog a v neposlední řadě i neméně důležité projektivní dovednosti, jak efektivně a smysluplně využívat a plánovat svůj čas (PEŠEK, NEČASOVÁ, 2009).

3.2 Rodina a alkoholismus

V rodinách, kde se vyskytuje návykový problém u jednoho z rodičů, dochází často ke změně rolí. Závislý rodič se dostává do role tzv. zlobivého dítěte a naopak dospívající děti přebírají role a uzavírají spojenectví s druhým rodičem. V této situaci je důležité, aby závislý rodič znovu přebрал svou roli zpět a vrátil se na původní místo v rodině a tím se posílila i jeho autorita. Dobré rozdělení rolí a úkolů s jasně stanovenou odpovědností může také posílit zdravé hranice v rodině.

Zkušenosti sociálních pracovníci, které se dostávají často a bezprostředně do kontaktu s rodinami postiženými alkoholem, potvrzují, že než se životní partner alkoholika dopracuje k poznání, že sám nic nezmůže, urazí strastiplnou pouť provázenou omyly a iluzemi o možnostech svého vlastního vlivu na závislost jedince (ŠEDIVÝ, VÁLKOVÁ, 2000).

Vedle dědičného vlivu působí na vývoj dětí v rodinách, kde je alespoň jeden rodič závislý na alkoholu, i sociální faktory. Tyto děti jsou daleko více ohroženy ve zvládnání životních situací, a v dospělosti se častěji stávají závislými v důsledku jejich výchovy v porušené rodině. V důsledku narušených rodinných vztahů je narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, je ohrožen vývoj dětí a jejich zdravé formování rodičovských postojů.

3.2.1 Reakce dětí na závislost rodičů

Wegscheider-Cruse v roce 1989 popsal čtyři typické reakce dětí na závislost jednoho, nebo obou alkoholických rodičů:

Rodinný hrdina (nejčastěji nejstarší sourozenec), přebírá zodpovědnost a povinnosti problémového rodiče. V dospělosti může takové dítě trpět pocitem méněcennosti, i když může být po vnější stránce celkem úspěšné. Je třeba směřovat ho k záležitostem, které odpovídají jeho věku, a nečinit ho odpovědným za problémy dospělých.

Ztracené dítě bývá uzavřené a stažené do sebe, málo a obtížně komunikuje, uniká do fantazií a vnitřního světa. Důležité je opět překonat návykový problém v rodině a to, aby se těmto dětem věnovala pozornost, dostalo se jim potřebné vřelosti a naučily se oceňovat vnější svět, ve kterém žijí.

Klaun se snaží vyvolávat veselou atmosféru a tím odpoutávat pozornost od problémů, které rodinu ohrožují. Smích navíc pronikavě snižuje riziko fyzické agrese, takže je to svým způsobem i efektivní obrana. Podstatné je překovat problém a tzv. šaškování nepodporovat do nepřijatelné míry. Měly by se hledat přiměřené způsoby, jak pomoci dítěti se projevit a posilovat jeho zdravé sebevědomí.

Černá ovce na sebe upozorňuje, zlobením, drzostí, delikvencí apod. je to také způsob odvádění pozornosti od problémů dospělých. V tomto případě je důležité neposilovat, stanovit rozumné hranice a situaci řešit v klidu a rozumně. Zlobením, drzostí, delikvence apod. jsou to také způsoby odvádění pozornosti.

3.2.2 Pomoc rodinám

Rodinám, postiženým závislostí jednoho, nebo obou rodičů, se doporučuje rodinná terapie. Tato rodinná, nebo manželská terapie se při léčbě návykových nemocí většinou používá jako součást komplexního léčebného programu. Bohužel jen jedna čtvrtina rodin má o rodinnou terapii zájem (HOSCHL A KOL., 1997).

O užitečnosti takového postupu svědčí okolnost, že využívání rodinné terapie, zlepšuje mimo jiné schopnost pacienta dokončit léčbu a léčebné výsledky se dostaví. Zdá se, že to, jaký postup se při rodinné terapii použije, není tak podstatné jako okolnost, že se s rodinami při léčbě závislého pacienta pracuje. Do rodinné terapie patří především nácvik rodičovských dovedností, poradenství týkající se např. toho, že by rodiče měli trávit s dětmi více času. Nácvik rodičovských dovedností komunikace v rodině. Rodina většinou disponuje daleko mocnějšími motivačními nástroji, než terapeut (NEŠPOR, 2000).

S tématem závislosti je často spojováno i domácí násilí, které vzhledem ke znakům závislosti a jejich projevech je v těchto rodinách velmi časté. Domácí násilí je kriminální, nikoli privátní záležitost, a proto by mělo být posuzováno a stíháno stejným způsobem jako násilí vůči cizím osobám. Přítomnost alkoholu byla udávána u dvou třetin všech případů násilného chování. Zahraniční prameny uvádějí, že domácí násilí pod vlivem alkoholu bývá závažnější a mívá horší následky,“ říká odborník Karel Nešpor.

Výzkumy z různých zemí i z České republiky ukazují, že mnoho obětí násilných trestných činů bylo v době činu pod vlivem alkoholu. Je to pochopitelné, opilá oběť se hůře brání a nebývá dost opatrná. S opilým člověkem nemá velký význam se přit nebo ho přesvědčovat o nutnosti léčení.

Po vystřízlivění může být ale takový rozhovor prospěšný. Výzkumy prováděné v České republice ukazují, že k většině případů domácího násilí dochází za situace, kdy je nejméně jeden z aktérů pod vlivem alkoholu (NEŠPOR, CSÉMY, 2005).

Od roku 2007 existuje možnost, aby policista na dobu deseti dnů vykázal útočníka ze společných prostor. Oběť se také může obrátit na soud. Ten může vydat předběžné opatření, kterým uloží útočnickovi, aby dočasně opustil společně obývaný prostor a jeho okolí a nadále do něj nevstupoval a aby se zdržel setkávání s obětí. Předběžné opatření je účinné jeden měsíc a dá se prodloužit (zákon č. 135/2006 Sb. o ochraně proti domácímu násilí).

3.3 Vliv alkoholismu na práci

Závislost jedince nejčastěji narušuje alkoholu výkonovou sféru člověka. K narušení dochází tam, kde člověk chce něco dělat, tvořit, anebo je v situacích, kdy musí na dění kolem sebe aktivně reagovat. S požitým alkoholem nezvládne potřebu jednat tak dobře a rychle jako zcela střízlivý. Často se u alkoholiků objevuje nezájem a jakoukoli vlastní činnost a nezajímá je ani činnost ostatních členů společnosti. Jedincům je jedno, jak prosperuje jejich firma, pokud vůbec ještě pracují, je jim jedno, jak žije a funguje jejich obec a okolní svět. Použitím alkoholu jsou schopnosti, podle množství, negativně ovlivněny. Nebezpečí je o to větší, že jedinec subjektivně cítí opak.

Z odborného hlediska je dostatečně odůvodněno, proč je zakázáno požívat alkohol na pracovištích. Organizace nebo zaměstnavatel může dát pracovníku výpověď z důvodu zdravotní nezpůsobilosti plnit povinnosti vyplývající z jeho pracovního poměru. Podle podmínek pracoviště a stupně závislosti na alkoholu, může být důvodem výpovědi alkoholismus pracovníka. Důvodem výpovědi dané organizace může být i porušení kázně pracovníkem zvláště hrubým způsobem, pro méně závažné porušení pracovní kázně lze dát pracovníkovi jen výpověď jen za podmínky, že mu již předtím, bylo uloženo kárné opatření, nebo již byl na možnost výpovědi alespoň upozorněn při předchozí, porušení pracovní kázně. Ne všichni pracovníci jsou také dostatečně informováni o odškodňování pracovních úrazů, k nimž došlo pro jejich opilost.

Při řešení odpovědnosti za škodu při pracovních úrazech a nemocech z povolání se organizace zproští odpovědnosti zcela, prokáže-li se, že i tyto skutečnosti byli jedinou příčinou škody (ŠEDIVÝ, V. , VÁLKOVÁ, H. 2000).

4 Léčba závislosti

Má v našem státě dlouhou tradici. U jejích začátků stál doc. MUDr. Jaroslav Skála, který propracoval a realizoval její zásady na svém pracovišti u apolináře v Praze. Hlavní důraz léčby je kladen na skupinovou psychoterapii. Značná pozornost se věnuje rodiným příslušníkům, kteří se mnohdy terapeutických cvičení zúčastňují. Někteří jsou si vědomi důsledků závislosti, tělesných a duševních nemocí, rizika ztráty svobody a zaměstnání. Kvůli těmto důvodům se rozhodli pro léčbu. Důležitá je psychická vyrovnanost, důvěra a silná vůle. Většina závislých si skutečnost svého problému nepřipouští a léčbu nevyhledávají. Oproti tomu pacienti, kteří se léčení podrobili uvádí, že by si včasným příchodem do center pomoci, ušetřili spoustu nepříjemností. Léčba závislosti se základně dělí na ambulantní a ústavní, k nim patří i denní stacionář (NEŠPOR 2006).

4.1 Možnosti léčby

- **Ambulantní léčba**

Probíhá ve specializovaných zařízeních. Výhodou ambulantní léčby je její dostupnost. Pacienti dochází do poraden v odpoledních hodinách, ordinační hodiny jsou přizpůsobeny pracovní době pacientů. V mnoha ambulantních zařízeních nabízejí kromě individuální terapie i psychoterapeutické skupiny, v některých centrech pracují i s rodinami závislých (NEŠPOR, 2006).

Ambulantní léčbu nabízí 14. krajů v celé české republice. Pro pacienty, kterým se nedaří s pitím přestat a jeho problémy se hromadí dál, je lepší využít ústavní léčbu.

- **Ústavní léčba**

Tato léčba je potřebná i u těžších zdravotních, nebo psychiatrických komplikací po užívání alkoholu. Psychiatrické, interní nebo neurologické oddělení může do jisté míry pomoci s léčbou důsledků pití.

Pro překonání samotného problému s alkoholem, je ale mnohem vhodnější specializovaná odvykávací léčba. V české republice pracuje řada takových zařízení. Délka léčby bývá v těchto zařízeních pevně stanovena, jinde se na ní tým pracovníků a pacient dohodnou individuálně.

Obecně však platí při navrhování délky tato **kritéria** :

-stav při přijetí, duševní a tělesná kondice (čím horší stav, tím delší léčba)

-životní situace (čím horší, tím delší léčba).

-délka předchozí abstinence a trvání recidivy

V ústavním léčení se daří bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace spojená s onemocněním, léčba je intenzivnější. Využívá se v ní více léčebných postupů. Patří sem např. skupinová terapie, terapeutické komunity, relaxační techniky a již zmíněná rodinná terapie.

- **Denní stacionář**

Pacient do tohoto zařízení dochází přibližně tak, jak by docházel do svého zaměstnání, to znamená v obvyklou dobu od 7:30 do 15:30. Tito pacienti většinou bývají v pracovní neschopnosti. Přibližně týdenní stacionáře se doporučují pacientům v závěru léčby, jako postupný přechod do běžného života. Výhodou je trvajícím kontakt s rodinou, omezení a pravidla jsou podobná, jako u ambulantní léčby.

- **Ochranné protialkoholní léčení.**

Dopustí-li se závislý alkoholik pod vlivem alkoholu trestného činu, může soud na základě doporučení soudního znalce uložit ochranné protialkoholní léčení, ambulantní, nebo ústavní formou. Pod vlivem alkoholu nelze řídit motorové vozidlo, či vykonávat jinou zodpovědnou činnost. Náš právní řád vyžaduje nulovou alkoholemii. Pro potřeby trestního řízení je třeba hladinu alkoholu v krvi vyšetřit současně dvěma způsoby - Widmardovou reakcí a chromatografií (PAVLOVSKÝ A KOL., 2001).

4.2 Náplň léčby

Náplň léčby alkoholismu se liší podle požadavků a zvyklostí jednotlivých center a zařízení. Důležitý však je co nejkvalitnější program a tím i léčba.

Léčba zahrnuje:

Tělesná vyšetření a léčbu tělesných i psychických potíží.

- **Psychoterapii** probíhající individuálně. Cílem psychoterapie je pomáhat pomocí terapeuta, či skupiny, překonat duševní i životními problémy a napomáhat sebepoznání a pochopení druhých.
- **Léčebný klub** ve kterém se setkávají lidé, které spojuje společná snaha překonat problémy s alkoholem a snaha zapojit se zpět do společnosti. Zde je velmi vítána spolupráce rodin.
- **Relaxační techniky a jóga**, které napomáhají tlumit stres a napětí.
- **Disulfiram (antabus)** . Do léčby alkoholismu byl zaveden Dánskými vědci v roce 1948 a je používán v mnoha zemích celého světa. Je-li lék přítomen v těle v dostatečném množství, způsobuje společně s alkoholem specifickou reakci organismu. Pacient obvykle zčervená, zarudnou mu oční spojivky, objevuje se bušení srdce, bolesti hlavy a nevolnost. Antabus nebyl ale vytvořen profyzické potrestání pijícího pacienta. Pomáhá těm, kteří by chtěli s pitím přestat, a chrání je před bezmyšlenkovitým napitím se. K léčbě tímto lékem je potřebný souhlas pacienta a předchozí lékařská vyšetření. Správná léčba antabusem je evidována a pod přísnou kontrolou ambulance, kam si pro něj většinou léčený pacient dochází. další léky užívané především k potlačení bažení jsou Campral a Naltrexon.

- **Rodinná nebo manželská terapie.** Kvalifikované a dobře vedená terapie příznivě podporuje léčbu závislého a rodinné vztahy.
- **Terapeutická komunita.** Cvičení v podobě běhu, turistiky a výlety. Fyzická aktivita zlepšuje náladu a kondici, pomáhá vyplnit volný čas. Podle moderních výzkumů tělesná aktivita pomáhá i zotavování mozku a obnově mozkových buňek a jejich sítí, které jsou užíváním alkoholu poškozeny, či oslabeny (NEŠPOR, 2006).

4.3 AA Centra

V těchto centrech se setkávají anonymní alkoholici, řeší zde své problémy a diskutují o tématech, která mají společná. Dělí se o své zkušenosti, síly a naděje, aby mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Jedinou podmínkou pro členství je přání přestat pít. Pacient, který stojí o kontakty v těchto centrech nic neplatí, tato centra fungují díky vlastním dobrovolným příspěvkům.

Tato AA centra fungují v následujících městech:

Skupiny AA v ČR:

Brno	Kroměříž	Praha
Český	Most	Rokycany
Frenštát	Olomouc	Soběslav
Havířov	Orlová	Svitavy
Hlinsko	Ostrava	Šternberk
Jeseník	Pacov	Tábor
Jihlava	Pelhřimov	Třebíč
Jindřichův	Písek	Uherské Hradiště
Karlovy	Plzeň	Ústí nad Labem
Karviná		Zlín

(Anonymní alkoholici ([on-line]. [cit. 16.3.2011]).

5 Resocializace pacienta závislého na alkoholu

Nejlepší obranou je soustavné ambulantní léčení, nebo spolupráce s organizací anonymních alkoholiků. Při ambulantní léčbě i setkání v anonymním centru si abstinující pacient nejlépe uvědomí, co mu alkohol způsobil, i výhody abstinence. Udrží si tak potřebnou ostražitost. Důležité je také se zbytečně nestýkat s lidmi, kteří by jeho odhodlání k abstinenci nerespektovali a alkohol podceňovali. Když pacient vytrvá v abstinenci, místo těchto lidí, si pacient postupem času najde skutečné a kvalitní přátele. S tím souvisí se zbytečně nezdržovat v prostředí, kde většina lidí pije a považuje to za normální.

Mnoho bývalých pacientů si až při další abstinenci uvědomí, kolik lidí z různých důvodů alkohol nepije, nebo se k němu chová velmi zdrženlivě. Podle některých amerických odborníků je možné překonávání závislosti rozdělit do tří stádií.

Trvání jednotlivých stádií se může u abstinujících lišit.

1. První rok je ze všeho nejdůležitější se soustředit na udržení abstinence, vše ostatní se musí bezpodmínečně podřídit. Během prvního roku se rozvíjejí lety zaběhnuté vzorce rizikového chování a člověk si začíná vytvářet zdravé abstinentské návyky.
2. Druhý rok abstinence dává člověk do pořádku to, co si závislostí v životě pokazil, obvykle se zlepšují rodinné vztahy i situace v zaměstnání. Abstinence se v tomto stádiu u jasně vyplácí a to člověka motivuje si nově nabyté výhody udržet.
3. Od třetího roku se člověk soustřeďuje na využívání svých schopností, rozvoj osobnosti a vnitřní růst. Toto stádium může trvat neomezeně dlouho. Abstinující už nepotřebuje tak intenzivní ambulantní léčení, ale i v tomto stádiu si udržuje abstinentskou kondici návštěvami anonymních alkoholiků, nebo skupinové, či individuální terapie.

To, že člověk abstínuje, mu často neuvěřitelně zlepší život. Ale i při abstinenci se mohou projevit vážné problémy. Někteří pacienti zažívají po léčbě úmrtí blízkého člověka, prodělají těžkou nemoc, nebo se musí zabývat soudními záležitostmi. Přesto , nebo právě proto v abstinenci vydrželi (NEŠPOR, 2004).

6 Ošetrovatelská péče u pacienta závislého na alkoholu

Ošetrovatelská péče, je realizovaná v určitém čase. Termín ošetrovatelská péče se používá už více než 100 let. Je to péče orientovaná na osobu, která se nachází v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí (Boroňová, 2010; Kozierová, 1995).

Jsou uspokojovány bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Pacient je respektován se svými právy, potřebami a názory, je povzbuzována v jejich vyjadřování. Pacient musí být ochráněn před možným sebepoškozením, nebo poraněním, v tomto smyslu jsou činěna pouze nezbytná opatření.

Nemělo by docházet k častým změnám v ošetřujícím týmu Důraz je klade na mezilidské vztahy mezi pacientem, ošetřujícím týmem a uvnitř týmu (ŠLAISOVA , HOSÁK, MICHÁLKOVÁ,2004).

6.1 Etika ošetrovatelské péče

Sestra respektuje kodex své profes.

Uplatňuje holistický přístup.

Respektuje individuální osobnost pacienta/ klienta vytváří společně s pacientem terapeutický vztah naplněný vzájemnou důvěrou.

Vytváří u něho pocit bezpečí

Využívá svých kladných vlastností ve prospěch pacienta.

Ve vztahu k pacientovi přistupuje taktně a otevřeně.

Volí jasný a účinný způsob komunikace, jak s pacientem, tak se členy lékařského týmu.

Vystupuje jednotně ve verbální i neverbální komunikaci

Aktivně pacientovi naslouchá

Zvládá a koriguje u pacienta maladaptivní vzorce chování

Ve svém jednání a chování uplatňuje vlídnost a trpělivost, empatičnost.

Respektuje pacienta v jeho vlastnostech a projevech, rozdílností věku, pohlaví, náboženského vyznání, politického přesvědčení, etnického původu a socioekonomického statusu.

Zvládá vlastní negativní emoce jako je hněv, úzkost týmu, rozumí svým vlastním potřebám (ŠLAISOVA, HOSÁK, MICHÁLKOVÁ, 2004).

7 Praktická část IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : Ing. XY	Pohlaví : Muž
Datum narození : 1948	Věk : 63
Adresa bydliště a telefon : Chrudim	
Adresa příbuzných : neudává	
RČ :48.....	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : vysokoškolské	Zaměstnání : nezaměstnaný
Stav : rozvedený	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 22.2.2011	Typ přijetí : na vlastní žádost k léčebnému pobytu
Oddělení : oddělení pro léčbu závislostí	Ošetřující lékař : MUDr. M.N.

Důvod přijetí udávaný pacientem : přišel se léčit

Medicínská diagnóza hlavní : F 10.2 – syndrom závislosti

Medicínské diagnózy vedlejší : K70.9 – Alkoholické onemocnění jater

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK :148/ 83	Výška :179
P : 62/ min	Hmotnost :84
D : 22 / min	BMI : 22,22 - mírná obezita
TT : 36,4	Pohyblivost : Bez omezení
Stav vědomí : při vědomí, orientován	Krevní skupina : 0

Nynější onemocnění : Problematické pití v zaměstnání, abstinenční příznaky- třes, bažení, pocení, úzkostné stavy, depresivní stavy. Nikotinismus.

Informační zdroje : Lékařská a ošetrovatelská dokumentace, rozhovor s pacientem a personálem

7.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza :

Matka : zemřela v 80 letech na embolii

Otec : zemřel v 58 letech na IM

Sourozenci : bratr, 52 let, zdrav

Děti : 2

syn 28, zdrav

dcera 32, léčí se s astmatem

Osobní anamnéza :

Překonaná a chronická onemocnění : v dětství podezření na zánět mozkových blan

Hospitalizace a operace :

Ambulantní AT, Střešovice 2009-2010

Hospitalizace ÚVN, detoxifikace 2010

Úrazy : 2010- zlomenina čelisti, pád z kola

Transfúze : ne

Očkování : řádně očkovan

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Celascon	tbl.	500 mg	1 - 0 - 0	Vitamin C
Citalec	tbl.	20 mg	1 - 1 - 0	Antidepressivum
Flavobion	tbl.		1 - 0 - 0	Hepatoprotektivum
Renie	tbl.		1 dle potřeby	Anacidum
Prostena perfect	Tbl.	283 mg	1 - 0 - 1	Antiprostaticum

Alergologická anamnéza

Léky: penicilin, jod

Na potraviny, chemické látky ani jiné, laergii nemá.

ABÚZY

Alkohol: v současné době abstinuje 19 dní, dříve lahev vodky a pivo

Kouření: 20 cigaret denně

Káva: 2 kávy denně

Léky: ne

Jiné drogy: ne

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: pacient neudává žádné obtíže ani překonaná onemocnění

Poslední návštěva u urologa: poslední návštěva urologa proběhla v roce 2010

Samovyšetřování semeníků: ano

Sociální anamnéza:

Stav: dva roky rozvedený

Bytové podmínky: bydlí sám v bytě

Vztahy, role, a interakce v rodině : je dva roky rozvedený, děti s ním nekomunikují od doby, co má problémy s pitím. Nekomunikují, ani jen nekontaktují. S manželkou ve styku není.

mimo rodinu : přátelé a kolegové z bývalé práce

Záliby: dříve křížovky, houbaření, procházky, rybaření

Volnočasové aktivity : dříve sledování televize, čtení

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vysokoškolské , Ing. (VŠ Zemědělská)

Pracovní zařazení: kontrolor na hygienické stanici

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: od února 2011 nezaměstnán

Vztahy na pracovišti: v době zaměstnán bez obtíží, nyní neuspokojivá

Ekonomické podmínky: dobré, v současné době se ekonomická situace zhoršila ztrátou zaměstnání

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky : nevyžaduje

Popis fyzického stavu

Hlava a krk:

Subjektivní údaje: „Bez obtíží.“

Objektivní údaje: Hlava normocefalická, bez bolesti na poklep. Výstup hlavových nervů nebolestivé. Oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu, spojivky růžové, roznice izokonicke.jazyk plazí ve střední čáře, hrdlo klidné, chrup zanedbyný, nekompletní, krk volně pohyblivý.

Hrudník a dýchací systém:

Subjektivní údaje: „Problémy s dýcháním nemám, občas při námaze se zadýchávám.“

Objektivní údaje: Hrudník symetrický, poklep plný, jasný, počet dechů za minutu – 20, dýchání čisté, bez kašle.

Srdcovo-cévní systém:

Subjektivní údaje: „, Nemám žádné potíže.“

Objektivní údaje: Srdeční akce klidná, pravidelná, 2 ohraničené ozvy, TK: 148/83
P: 62', TT: 36,4°C

Břicho a GIT:

Subjektivní údaje: „, Nemám žádné potíže, občas mě pálí žáha.“

Objektivní údaje: Břicho měkké, palpačně nebolestivé, poklep dif. bubínkový, játra ani slezina nehmatná peristaltika + šelest nad abdominální aortou ani nad renálními tepnami není slyšet, palpance nad sponou nebolestivá.

Močovo-pohlavní systém:

Subjektivní údaje: „,Nemám žádné potíže s močením, užívám preventivně Prostenal.“

Objektivní údaje: Tapottement negativní, prostata nezvětšená.

Kostrovo-svalový systém:

Subjektivní údaje: „Nemám problémy s pohybem, ani bolesti.“

Objektivní údaje: Pacient je plně mobilní, soběstačný.

Nervovo-smyslový systém:

Subjektivní údaje: „Smysly mám v pořádku“. „Občas zapomínám.“

Objektivní údaje: Pacient je při vědomí, orientován místem, osobou, orientován časem. Objevují se poruchy paměti. Smysly v pořádku.

Endokrinní systém:

Subjektivní údaje: „Bez obtíží.“

Objektivní údaje: Štítná žláza nezvětšena

Imunologický systém:

Subjektivní údaje: „Imunitu mám dobrou, mám tuhý kořínek.“

Objektivní údaje: Pacientka je bez teploty, TT: 36,4°C, bez známek infekce.

Kůže a její adnexa:

Subjektivní údaje: „O kůži se nestarám.“

Objektivní údaje: Kůže bez cyanózy, šupinatá, suchá, čistá. Kožní turgor přiměřený.

Aktivity denního života:

Stravování:

Subjektivní údaje doma: „Moc jsem nejedl, neměl jsem chuť k jídlu a neměl mi kdo vařit.“

Subjektivní údaje v nemocnici: „ Tady sním všechno, mám chuť k jídlu.“

Objektivní údaje doma: nelze posoudit

Objektivní údaje v nemocnici: pacient sní vždy všechno jídlo, s chutí, bez obtíží.

Příjem tekutin:

Subjektivní údaje doma: „Dříve jsem pil 2 litry denně, bez alkoholu“. „Poslední dobou (2 měsíce) pil převážně alkohol, nealkoholické nápoje moc ne“.

Subjektivní údaje v nemocnici: „ tady piju jen čaj, chutná mi a vypiju ho tak 3 litry denně“.

Objektivní údaje doma: nelze posoudit.

Objektivní údaje v nemocnici: pacient pije dostatečně, až 3 litry denně.

Vylučování moče:

Subjektivní údaje doma: „ Bez obtíží.“

Subjektivní údaje v nemocnici: „Bez obtíží.“

Objektivní údaje doma: nelze posoudit.

Objektivní údaje v nemocnici: pacient močí bez obtíží.

Vylučování stolice:

Subjektivní údaje doma: „ Bez obtíží“.

Subjektivní údaje v nemocnici: „ Ze začátku měl problémy se zácpou, nyní už jsem v pořádku, bylo to psychické“.

Objektivní údaje doma: nelze posoudit.

Objektivní údaje v nemocnici: pacient se vylučuje pravidelně, 1x až 2x denně. Stolice bez příměsí a bolestivosti.

Aktivity denního života:

Spánek a bdění:

Subjektivní údaje doma: „Doma se mi spalo dobře, ikdyž jsem se občas budil.“

Subjektivní údaje v nemocnici: „Spím neklidně, občas se budím, nemůžu usnout.“

Objektivní údaje doma: nelze posoudit

Objektivní údaje v nemocnici: pacient spí neklidně, v noci nespí, pospává přes den.

Aktivita a odpočinek:

Subjektivní údaje doma: „O víkendech jsem jezdil do lesa na houby, na procházky, po práci jsem odpočíval u televize, nebo knížky.“

Subjektivní údaje v nemocnici: „Nemám tady moc, co dělat, nudím se.“

Objektivní údaje doma: při příjmu z domova pacient vypadal odpočinutě.

Objektivní údaje v nemocnici: pacient se snaží zabavit.

Hygiena:

Subjektivní údaje doma: „Hygieně jsem poslední dobu moc péče nevěnoval“.

Subjektivní údaje v nemocnici: „Musím se tady sprchovat každý den.“

Objektivní údaje doma: pacient při příjmu působil zašlým dojmem, neudržovaně.

Objektivní údaje v nemocnici: pacient se sprchuje každý den, jeho hygiena se zlepšuje.

Samostatnost:

Subjektivní údaje doma: „Od doby, co nebydlím s rodinou, musím všechno dělat sám, moc to nezvládám.“

Subjektivní údaje v nemocnici: „Snažím se všechno dělat sám.“

Objektivní údaje doma: pacient při příjmu působil zašlým a nepěstěným dojmem.

Objektivní údaje v nemocnici: snaží se vše dělat samostatně.

Posouzení psychického stavu:

Vědomí

Subjektivní údaje: „Bez obtíží.“

Objektivní údaje: pacient je při vědomí, orientován, spolupracuje.

Orientace

Subjektivní údaje: „Bez problémů.“

Objektivní údaje: pacient odpovídá správně na dané otázky, je orientován.

Nálada

Subjektivní údaje: „Náladu mám špatnou, vzhledem ke svému stavu.“

Objektivní údaje: Nálada je pochmurná, až depresivní.

Paměť

- Staropaměť:

Subjektivní údaje: „Nic moc už si nepamatuji, musím dlouho vzpomínat.“

Objektivní údaje: pacient musí dlouho přemýšlet nad odpovědí na otázky ze starší doby.

-Novopaměť:

Subjektivní údaje: „Nic moc si nepamatuji, musím delší dobu přemýšlet, ale nakonec si vzpomenu.“

Objektivní údaje: pacient musí přemýšlet, nad odpovědí.

Myšlení:

Subjektivní údaje: „Myslím, že mi to ještě myslí docela dobře, až na tu paměť.“

Objektivní údaje: bez poruch, odpovídá adekvátně, bez latence, koherentní, bez poruch.

Temperament:

Subjektivní údaje: „Myslím, že jsem docela klidný, nic moc mě nerozhodí.“

Objektivní údaje: působí klidným dojmem, až flegmatickým.

Sebehodnocení:

Subjektivní údaje: „Cítím se jako zkrachovalec, všechno už jsem ztratil.“

Objektivní údaje: Sebeúcta porušená.

Vnímání zdraví:

Subjektivní údaje: „Až na to pít se cítím zdravý a v pořádku.“

Objektivní: obraz těla nenarušen.

Vnímání zdravotního stavu:

Subjektivní údaje: „Cítím se zdravý, jen nevím, jestli zvládnu léčbu.“

Objektivní údaje: z pacienty je cítit nejistota a nervozita.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:

Subjektivní údaje: „Léčím se už po třetí, kvůli pít jsem ztratil práci i rodinu, tak bych to chtěl vše zvládnout a napravit.“

Objektivní údaje: pacient snáší léčbu a hospitalizaci dobře, jen s obavami o výsledek.

Reakce na hospitalizaci:

Subjektivní údaje: „Zvykám si na kolektiv i personál.“

Objektivní údaje: pacient dodržuje léčebný režim i režim oddělení.

Adaptace na onemocnění:

Subjektivní údaje: „Už se léčím od roku 2009, teď je to už o něco lepší“.

Objektivní údaje: pacient se vrací po dvojnásobné recidivě, s onemocněním je adaptován.

Projevy jistoty a nejistoty(úzkost, strach, obavy,stres):

Subjektivní údaje: „Zde se cítím jistě, vím, že tady nemůžu pít a vše zvládám, jen se bojím toho, jak to se mnou bude po ukončení léčby, jak a jestli mě přijme rodina zpět a jestli ještě najdu nějakou práci.“

Objektivní údaje: viditelné známky nejistoty a stresu.

Zkušenost z předcházejících hospitalizací:

Subjektivní údaje: „Jsem na tento typ zařízení zvyklý, nemám s hospitalizací problém.“

Objektivní údaje: pacient předešlé hospitalizace zdárně zvládl do konce, nebyli s ním nikde problémy.

Posouzení sociálního stavu

Komunikace:

Verbální komunikace:

Subjektivní údaje: „Myslím, že se dokážu bavit s kýmkoliv, komunikuji rád s chytrými lidmi.“

Objektivní údaje: pacient komunikuje bez problémů.

Neverbální komunikace

Subjektivní údaje: „Myslím, že na okolí působím trochu nervózně a nejistě.“

Objektivní údaje: Pacient působí nervózně a nejistě, uhybá pohledy.

Informovanost:

O nemocnění:

Subjektivní údaje: „Jsem si vědom, co toto onemocnění pro mě znamená.“

Objektivní onemocnění: pacient je seznámen s typem a závažností onemocnění.

O diagnostických metodách:

Subjektivní údaje: „Byl jsem informován o všech diagnostických metodách.“

Objektivní údaje: pacient byl seznámen s diagnostickými metodami a souhlasí s nimi v plném rozsahu.

O délce hospitalizace:

Subjektivní údaje: „Jsem seznámen s tím, jak tady budu dlouho a také s tím, že kdykoli mohu léčbu ukončit.“

Objektivní údaje: pacient byl seznámen s předběžnou délkou léčby a také s tím, že kdykoli může na vlastní žádost léčbu ukončit.

Sociální role a její olivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:

Primární role (související s věkem a pohlavím):

Subjektivní údaje: „V současné době se necítím moc dobře, ani jako muž.“

Objektivní: pacient se před dvěma lety rozvedl, vztah žádný nemá. Nemoc jej ovlivnila především v rodinné sféře.

Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):

Subjektivní údaje: „Jako manžel jsem zklamal, jako otec taky, o práci jsem přišel na začátku měsíce, připadám si jako zkrachovalec.“

Objektivní údaje: Pacient je skleslý, působí nešťastně a nespokojeně. Jeho rodinné i sociální vztahy jsou narušeny.

Terciální (související s volným časem a zálibami):

Subjektivní údaje: „O koníčky už nemám zájem.“

Objektivní údaje: pacient se ničemu aktivně nevěnuje, jenom tak přechází po oddělení bez zájmu.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT :

Ordinovaná vyšetření : Laboratorní vyšetření kompletní, toxik moč, dechová zkouška

Výsledky: všechny výsledky byly negativní

Konzervativní léčba :

Dieta : 3 s přísným zákazem alkoholu

Pohybový režim : volný, bez omezení

RHB : neordinována

Výživa : per os

Medikamentózní léčba :

- **Per os :** Flavobion, Citalec, Prostenal, Renie

- **Intra venózní:** neužívá

- **Per rectum :** neužívá

- **Jiná :** Neužívá

Dále byl léčebný plán: Skupinová psychoterapie

Vhodné rodinné poradenství

SITUAČNÍ ANALÝZA :

Pacient XY byl přijat na psychiatrickou kliniku závislostí na vlastní žádost. Problematické pití alkoholu pociťuje od roku 2007. Od roku 2007 rovněž pociťuje abstinenční příznaky jako jsou třes, pocení, úzkostné stavy a bažení po alkoholu. Kvůli své nadměrné kontumaci alkoholu se rozvedl s manželkou v roce 2009, ztratil tak i kontakty s dětmi.

Pro konzumaci alkoholu byl propuštěn ze zaměstnání (2/2011), poté pil tři dny nepřetržitě, než byl odvezen svým bratrem z bytu, a po 19 dnech abstinence, přichází na oddělení. Při příjmu nejevil známky opilosti a provedený alkoholický test rovněž alkohol neprokázal. Pacient ztrátou manželství a vztahů s dětmi udává psychické až depresivní poruchy . Pacient je zcela soběstačný, orientovaný a plně spolupracující. Nyní tráví čas na lůžkovém oddělení závislostí a prochází léčebným procesem.

7.2 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

1. Strach související s obavami o zdárném zvládnutí a dodržení léčby, projevující se zklесlostí a nervozní náladou
2. Spánek narušený v souvislosti s přerušenými kontakty s rodinou, projevující se nespavostí a únavou .
3. Společenská interakce narušená v souvislosti s neschopností navázat uspokojivé vztahy, projevující se omezenou komunikací a neschopností plnit očekávání druhých.
4. Paměť porušená, v souvislosti s patologickými změnami v mozku, projevující se zapomínáním a neschopností si vzpomenout.
5. Sebeúcta porušená v souvislosti se ztrátou zaměstnání, projevující se sebekritickým přístupem.
6. Rodičovství narušené, související s nynějším stavem, projevující se narušenými rodičovskými vztahy.
7. Osamělost v souvislosti s přerušenými kontakty s rodinou a přáteli, projevující se smutným dojmem a nezájmem o okolí.

Seznam potenconálních ošetřovatelských diagnóz:

Sebeúcta chronicky nízká související s nezdary v minulosti, projevující se sebenegujícím slovním vyjádření.

Myšlení porušené související s užíváním návykové látky projevující se poruchami paměti, dezorientací místem, časem, osobami, okolnostmi.

1.Ošetřovatelská diagnóza

Strach související s obavami o zdárném zvládnutí a dodržení léčby, projevující se zkluslostí a nervozní náladou

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient necítí strach a nejistotu, je klidný (1 měsíc).

Cíl krátkodobý: pacient zvládná relaxační metody k odbourání strachu a stresu, je klidný a vyrovnaný (1 týden).

Výsledné kritéria:

Pacient zvládá a dodržuje léčbu (do dvou dnů)

Pacient má dostatek informací o relaxačních metodách odbourávající stres (do jednoho dne)

Pacient má lepší náladu (do dvou dnů)

Pacient dokáže zhodnotit a vyvarovat se faktorům vyvolávajícím stres (do tří dnů)

Pacient neprojevuje známky stresu (do čtyř dnů)

Plán intervencí:

Naslouchej pacientovi a aktivně naslouchej jeho obavám-(všeobecná sestra, každodenně).

Povšimni si stupně ohrožení strachem, neschopnost zapojit se do potřebných činností-(sestra ve službě každodenně).

Všimni si, nakolik je pacient soustředěn a kam upírá pozornost-(sestra ve službě).

Srovnej slovní a mimoslovní odpovědi a posuď, zda se shodují a zda nedochází k milnému pohledu na situaci-(sestra ve službě).

Podporuj pacienta v kontrole nad sebou samým-(sestra ve službě).

Buď ve střehu a vždy pečlivě zkoumej, zda nehrozí násilné chování(sestra ve službě, každodenně)

Prováděj s pacientem relaxační cvičení-(rehabilitační sestra, 2x týdně)

Podej medikaci podle ordinace lékaře a sleduj účinky léku-(sestra ve službě, každodenně).

Zajisti konzultace se specialistou-(všeobecná sestra, 1x týdně)

Realizace : 23.2.2011 – 27.2.2011

V 7 hodin jsem se pacienta zeptala, jakou má náladu, jestli dobře usínal a jestli se na oddělení cítí dobře a bezpečně. Na tyto otázky odpovídal s úsměvem a klidně. Je mu jasné, že na oddělení se k žádnému alkoholu nedostane a nemá tak šanci léčbu porušit. V 8 hodin jsem pacientovi podala lék (antidepresivum). V 10 hodin se pacient cítí dobře, má dobrou náladu.

V 9 hodin jsem poskytla pacientovi knihu s relaxačními metodami od Dr. Nešpora, do které se začel a bavil se nad složitostí cviků, které sám zkoušel. Dále jsme diskutovali o relaxačních metodách jogy a relaxací pomocí dechového cvičení. Ve 12 hodin se pacientova nálada změnila, zesmutněl a jen seděl na posteli ve svém pokoji a díval se z okna. Ve 13 hodin se účastnil skupinové terapie, ze které přišel s lepší náladou po kontaktu a rozptýlení s ostatními pacienty. Při rozhovoru jsem u pacienta zjišťovala, jak se na oddělení cítí, jak je spokojen s komunitou kolem sebe a jestli nepocití uje strach z nezládnutí léčby. Odpovídal, že je zde spokojen s přístupem personálu i léčebným procesem, při kterém se začíná cítit klidně a vyrovnaně. V průběhu týdne měl pacient konzultaci se svým ošetřujícím lékařem, zaměřující se na stres a obavy z léčby. Během dne jsem pacienta pobízela k aktivizaci a zapojení do potřebných činností.

Předcházela jsem riziku vzniku stresu. Tyto činnosti byly vykonávány po dobu mé praxe každý den.

Hodnocení: 27.2.2011

Cíle byly splněny: pacient se cítí při zájmových činnostech a při terapiích bezpečně a stres na sobě nepocití uje. Působí klidně a bez známek stresu.

2.Ošetřovatelská diagnóza

Spánek porušený v souvislosti s pocitem samoty, projevující se nespavostí a únavou.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientův spánek a odpočinek se zlepší- do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: pacient klidně usíná, bez pocitu samoty a deprivace –do týdne

Výsledné kritéria:

Pacient bude klidněji usínat (do jednoho dne)

Pacient bude plně informován o metodách pro zklidnění před spaním (do dvou dnů)

Pacient se bude cítit ráno odpočatý (do tří dnů)

Pacient si vytvoří spánkový kalendář pro kontrolu spánku (do tří dnů)

Plán intervencí:

Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort-(sestra ve službě, každodenně).

Vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku-(sestra ve službě, každodenně).

Sleduj a zjisti od pacienta, kdy obvykle pacient chodí spát, jaké rituály a návyky běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní-(všeobecná sestra, na začátku hospitalizace)

Vyptej se na okolnosti, které ruší spánek, a jak často se vyskytují-(psychoterapeut,2x týdně)

Pozoruj fyzické známky únavy(neklid,třes rukou, zastřený hlas)-(sestra ve službě,každodenně)

Seznam pacienta s metodou spánkového kalendáře-(všeobecná sestra, na začátku hospitalizace).

Sleduj spánek pacienta, průběžně kontroluj jeho průběh-(sestra ve službě, každodenně)

Realizace 22.2.-27.2.2011:

Každé ráno jsem se ptala pacienta, jak se mu spalo, jak dlouhou dobu usínal a nad čím přemýšlel, než usnul. První dva dny pacient udává špatné a dlouhé usínání a nekvalitní spánek z důvodu neustálého přemýšlení nad sebou. Zjišťovala jsem, jak obvykle usínal a spal doma, čím se jeho spánek na oddělení liší. Fyzické známky únavy

pacient nasvědčoval první dva dny hospitalizace. Ve 13 hodin pacient pospává na židli ve společenské místnosti. Ve 13:30 jsem pacientovi nabídla procházku po parku v areálu a pacient nabídku vřele přijal. V minulosti byl zvyklí dlouze se procházet a to mu zde evidentně chybí. Od 23.2.-27.2. jsem s pacientem takto absolvovala každodenní půlhodinovou až hodinovou procházku. Při procházce jsem navrhla založení spánkového kalendáře. Třetí den hospitalizace ve 21 hodin jsem pacientovi před spaním upravila lůžko a vyvětrala pokoj. Před spaním jsem pacientovi poskytla knížku, u které po hodině četby usnul. Celou noc spal pacient klidně. Ráno se cítil odpočatý a provedl zápis do spánkového kalendáře. Přiměřená aktivizace mozku i těla, byla účinná.

Cíle byly splněny. Pacient se přes den přiměřeně unaví a v noci spí klidně.

3 Ošetřovatelská diagnóza

Společenská interakce porušená v souvislosti s neschopností navázat uspokojivé vztahy, projevující se omezenou komunikací a neschopností plnit očekávání druhých.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient se aktivně zapojuje do aktivit s ostatními pacienty-2 týdny

Cíl krátkodobý: pacient navazuje kontakt s ostatními pacienty na oddělení- do týdne

Výsledné kritéria:

Pacient komunikuje s ostatními pacienty (do jednoho dne)

Pacient se zajímá o zájmy spolupacientů (do dvou dnů)

Pacient se zapojí do aktivit na oddělení (do jednoho dne)

Pacient se nebude cítit izolován a sám (do jednoho dne)

Pacient bude aktivně vyhledávat společnost (do tří dnů)

Plán intervencí:

Rozpoznej, co brání společenskému kontaktu-(psychoterapeut, 1x týdně)

Posuď pacientovi pocity ze sebe sama, pocíťovanou schopnost kontrolovat situaci, smysl pro naději a zdatnost ve zvládání problémů-(všeobecná sestra 1x týdně)

Seznam pacienta s okolními pacienty-(sestra ve službě, na začátku hospitalizace)

V případě pokroku pacienta pozitivně posiluj, aby pokračoval ve své snaze!(sestra ve službě)

Zajímej se o pacientovy záliby a porovnej je se zálibami ostatních k navázání kontaktu-(všeobecná sestra, na začátku hospitalizace)

Realizace 22.2.-27.2.2011

Při pacientově příchodu na oddělení jsem jej seznámila s ostatními pacienty na pokoji, s pacientem a jeho spolubydlícími jsem navázala společný rozhovor o změnách počasí, do kterého se všichni aktivně zapojovali. V 8.00 při snídani jsem pobídla pacienta, aby u stolu neseděl sám a přisedl si k ostatním, tam se snažil komunikovat s ostatními pacienty. Ve 13.00 jsem se s pacienty zapojila do karetní hry i s panem XY, který posedával na pokoji sám a stranil se kolektivu. Pobízela jsem jej ke kolektivním hrám.

Ve 14:00 odcházel pacient s ostatními pacienty na skupinovou terapii, ze které se vrátil s lepší náladou. V 16 hodin pacienti leželi na pokoji a debatovali o politice a zprávách. V 18 hodin pacient absolvoval společně se spolupacienty sledování zpráv v televizi, ve společenské místnosti.

Hodnocení:

Cíle byly splněny: Pacient navázal kontakt s ostatními a nestraní se kolektivu, aktivně se zapojuje do aktivit na oddělení a vyhledává společnost a společné téma rozhovorů nejen s pacienty, ale i s personálem.

4.Ošetřovatelská diagnóza

Paměť porušená, v souvislosti s užíváním návykové látky, projevující se zapomínáním a neschopností si vzpomenout.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: pacient nemá problémy s dlouhodobou pamětí – do 6 měsíců

Cíl krátkodobý: pacient posiluje svou paměť a je schopen odpovídat -do 1 týdne

Výsledné kritéria:

Pacient zná příčiny poruchy paměti (do jednoho dne)

Pacient si osvojí metody posilování paměti (do dvou dnů)

Pacient spolupracuje při rozhovoru cíleném na posilování paměti (do dvou dnů)

Pacient má dobrý pocit ze zvládnutí paměťových cvičení (do dvou dnů)

Pacient si bude schopen vzpomenout na situace a věci z minulosti (do pěti dnů)

Plán intervencí:

Zaved' vhodné techniky trénování paměti, např. pomocí kalendáře, hry, kladoucí nároky na paměť- (rehabilitační sestra 2x týdně)

Zjistí, jak pacient pohlíží na závažnost problému-(všeobecná sestra,2x týdně)

Přizpůsob edukační metody a intervence funkčního stavu pacienta a jeho šanci na zlepšení-(psychoterapeut,1x týdně)

Zjistí, jak je pacient schopen zjišťovat a ukládat získané informace-(všeobecná sestra, každodenně)

Doporuč pacientovi psaní deníku, ve kterém zhodnotí každý den-(všeobecná sestra, každodenně)

Aktivně nabízej pacientovi dostatečný přísun informací pomocí novin, knih a časopisů-(setra ve službě, každodenně)

Realizace: 22.2.2010 – 27.2.2011

Při ranním rozhovoru u snídani jsem se ptala pacienta, jak probíhala včerejší terapeutická skupina, o čem se diskutovalo, jaký měl ze sezení pocit, co ho překvapilo.

V 10.00 jsem pacientovi doporučila křížovky a časopisy ve společenské místnosti. Pomocí rozhovoru jsem se snažila zjistit, na jaké úrovni je paměť krátkodobá

a dlouhodobá. Pacient si nebyl schopen uvědomit a vybavit určité části předešlého dne, což v něm posilovalo pocit beznaděje. V 16.00 Pomocí hry jsem se snažila zabavit pacienta a jeho spolubydlící vědomostní stolní hrou, od které pacient odešel se skleslou náladou. Až po této hře si pacient plně uvědomil závažnost poruchy paměti. Aktivně se zajímal o metody a cviky na posilování a obnovení paměti, které konzultoval s psychoterapeutem na mé doporučení.

Hodnocení:

Cíle nebyly splněny: pacientova paměť je ovlivněna dlouhodobou konzumací alkoholu a patologickým poškozením mozku. Ošetrovatelské internevce pokračují dál.

5.Ošetřovatelská diagnóza

Sebeúcta situačně snižená, související se selháním v životě, projevující se slovním vyjadřováním negativních pocitů nad sebou.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: pacient si začne sebe více vážit a uvědomovat si svou jedinečnost - do jednoho týdne

Cíl dlouhodobý: pacient se vyrovná se ztrátou zaměstnání a projeví zájem o zaměstnání nové – do 2 měsíců

Výsledné kritéria:

Pacient zvládne současnou situaci (do jednoho dne)

Pacient získá zpět ztracenou sebeúctu(do dvou dnů)

Pacient se bude aktivně zajímat o změnu svého stavu (do dvou dnů)

Pacient se bude orientovat v možnostech řešení svého stavu(do 5 dní)

Plán intervencí:

Pomoz pacientovi, aby se vyrovnal se ztrátou a znovu získal pozitivní sebeúctu-(sestra ve službě)

Dej pacientovi najevo důvěru ve schopnost zvládnutí současné situace-(sestra ve službě, každodenně)

Veď pacienta k celé řadě cílů, umožňujících dosažení potřebných změn životního stylu-(všeobecná sestra, každodenně)

Povzbuzuj pacienta k vyjádření pocitů a úzkosti-(sestra ve službě, každodenně)

Poskytni informace, potřebné k uskutečnění žádoucích změn-(všeobecná sestra v celém průběhu hospitalizace)

Poskytni pacientovi informace o možnostech vzdělávání a hledání pracovních příležitostí-(všeobecná sestra, 2x týdně)

Zajisti pacientovi konzultaci se sociální pracovníci(psychoterapeut 1x týdně)

Realizace 22.2. - 27.2.2011

Při rozhovoru jsem se zaměřila na získávání informací o pacientově předešlém zaměstnání, o jeho cílech do budoucna, o jeho představách o možných změnách jeho stavu. Aktivně jsem mu nabízela ke studiu nabídky práce, týkající se jeho předešlého zaměstnání. Diskutovala jsem s pacientem, jak si představuje svou situaci do budoucna, o jako práci by měl zájem a jak si věří, že ztracenou práci znovu získá.

Sledovala jsem na pacientovi, jak se zajímá o poskytnutou literaturu. Jak reaguje na možnosti, které jsou mu poskytnuty. Při projevech nejistoty jsem jej povzbuzovala v dalším hledání a realizaci.

Hodnocení 22.2. - 27.2.2011

Cíle byly částečně splněny. Pacient aktivně vyhledává možnosti zpětného zařazení do pracovního procesu. Aktivně se zapojuje do rozhovorů, týkajících se jeho budoucnosti. Zajímá se o rekvalifikační kurzy počítačů a jazyků. Pacient věří, že ztracenou práci znovu získá a tím i sebeúctu. Ošetrovatelské intervence pokračují dál

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientem, se kterým jsem po dobu své praxe spolupracovala, byl 65-letý muž závislý na alkoholu.

Po zhodnocení celkového stavu pacienta jsem stanovila sedm aktuálních ošetrovatelských diagnóz. Vypracovala jsem pět nejdůležitějších z nich. Ošetrovatelská péče se týkala spíše psychického stavu pacienta, jiná onemocnění, která by potřebovala ošetrovatelskou péči, pacientův stav nevyžadoval. Pacient trpěl depresivními stavy, ztratil sebeúctu a plný obav procházel léčbou, se kterou měl už z dřívějších hospitalizací zkušenosti.

Pacient přišel do zařízení na vlastní žádost, a proto jeho spolupráce probíhala bez větších komplikací.

Na oddělení mu byly poskytnuty informace o relaxačních metodách pro zmírnění stresu a informace o možnostech resocializace a znovu získání ztraceného zaměstnání. Pacient postupem času získal částečně zpět sebedůvěru a chuť změnit svůj život k lepšímu.

Samozřejmostí je minimalizovat riziko vzniku komplikací a zajistit uspokojení základních potřeb nemocného, včetně emoční podpory, vlídnosti, lidskosti .

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I přes možnosti dnešní doby používat více léčebných postupů, pro léčbu závislosti, je stále důležité zdůrazňovat, jak důležitá je prevence v rodinách, na pracovištích a včasný monitoring znaků závislosti u pacienta. Těchto znaků si můžeme my, jako zdravotničtí pracovníci, povšimnout mnohdy jako první. Pacienti přicházející na jakékoli oddělení, mohou mít s alkoholem problémy, což narušuje léčebný režim u jakéhokoli onemocnění. Závislost na alkoholu ovlivňuje psychické cítění a projevy pacienta, což i silně ovlivňuje léčbu. Proto je důležité, komunikovat s pacientem, při zjištění nejasností, nebo známek závislosti musíme volit taktní přístup a snažit se od pacienta zjistit, co nejvíce informací. Důležitá je spolupráce s rodinou a ošetřujícím zdravotnickým personálem.

Při prokázání syndromu závislosti na alkoholu je nutné lékařské posouzení pacientova psychického stavu a psychiatrické vyšetření. Je důležité předem předpokládat, jak by se mohl abstinující pacient chovat a jaká rizika z jeho chování mohou vzniknout nejen pacientovi samotnému, ale i pacientům v okolí a personálu.

Léčba závislosti má svá specifika. Důležitý je taktní přístup personálu, častá komunikace empatický přístup. Alkoholismus je v dnešní době považován, za něco nechtěného, opovrženého hodného, ale tím, že dokážeme objektivně posoudit stav pacienta a snažíme se jeho závislost spolu s ním a jeho rodinou, brát jak je a snažit se pomoci ve všech bio- psycho- sociálních potřebách.

Samozřejmostí je minimalizovat riziko vzniku komplikací a zajistit uspokojení základních potřeb nemocného, včetně emoční podpory, vlídnosti, lidskosti a udržování kontaktu s rodinou nemocného. Značnou roli hraje edukace pacienta do jeho budoucího života. Naučit jej relaxačním metodám, doporučit literaturu týkající se jeho problému a poradit mu centra pomoci, na která se může kdykoli obrátit.

ZÁVĚR

Hlavním tématem naší bakalářskou práci byla Ošetrovatelská péče o pacienta závislého na alkoholu.

V teoretické části jsme popsaly pojem závislosti, charakteristiku závislosti a alkoholismu, jejich vliv na okolí pacienta a rodinu, prevenci a léčbu. Také jsme zahrnuly některá doporučení v ošetrovatelské péči na oddělení, na tak specifickém oddělení jako je oddělení závislostí.

V praktické části jsme se věnovaly konkrétnímu pacientovi. Použily jsme ošetrovatelský proces. Po zhodnocení pacientových potřeb jsme stanovily osm sesterských diagnóz a dvě potenciální ošetrovatelské diagnózy.

V samotném závěru práce je seznam použité literatury a v přílohách grafy znázorňující rizika zavinění dopravní nehody v závislosti na hladině alkoholu v krvi, grafy anketních otázek a fotografie.

Cílem práce bylo informovat čtenáře o riziku tohoto onemocnění, nejen pro účely praxe, ale i do života.

Nakonec citát :

„Člověk nepijící, který má svěží všechny své smysly, uvidí tolik krásného v životě, v přírodě, společnosti, ve své práci, kolik čem by mu nezdálo ani, pokud by byl ve své alkoholické mlhovině...“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BROWN, Tom M.; **PULLEN**, Ian M.; **SCOTT**, Allen I.F. 1992. *Emergentní Psychiatrie*. Z angl. orig. přel. P. Rakos. Praha : Psychoanalitické nakladatelství, 1992. ISBN neuvedeno.

ESCOHOTADO, Antonio. 1996. *Stručné dějiny drog*. Ze španěl. orig. přel. Luděk Janda. Praha : Editorial Anagrama, 2003. ISBN 80-7207-512-8.

HÖSCHL, Cyril a kolektiv. 1997. *Psychiatrie*. Praha : Scientia Medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6.

CHROBÁK, Ladislav a kolektiv. 2003. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0609-1.

NEŠPOR, Karel. 1995. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

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

NEŠPOR, Karel. 2006. *Zůstat střízlivý*. Brno : Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, Karel. 2000. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2007a. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. 2007b. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2007b. ISBN 978-80-7367-267-6.

NĚMCOVÁ, Jitka; **MAURITZOVÁ**, Ilona. 2009 skripta k tvorbě baláňských a magisterských prací. Praha 2009. ISBN 978-80-902876-0-0

PEŠEK, NEČASOVÁ. 2009. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Písek: Arkáda 2009). ISBN 978-80-254-5871-3

PAVLOVSKÝ, Pavel a kolektiv. 2001. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha : Grada publishing, 2001. ISBN 80-247-0181-2.

RABOCH, Jiří; **PAVLOVSKÝ**, Pavel; **JANOTOVÁ**, Jana. 2006. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

ŠEDIVÝ, Václav; **VÁLKOVÁ**, Helena. 2000. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha : Naše vojsko, 2000. ISBN neuvedeno.

ŠLAISOVÁ, Ivana; **HOSÁK**, Ladislav; **MICHÁLKOVÁ**, Věra. 2004. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. Praha : F. Skopec, 2004. ISBN 80-86225-51-8.

VAN LOON, Borin; **BENSON**, Nigel C. 2003. *Psychoterapie*. Z angl. orig. přel. Silvie Struková. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-005-4.

DOENGES, Marilyn E., **MOORHOUSE**, Mary Frances. 2000. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha. Grada, 2001. 80-247-0242-8

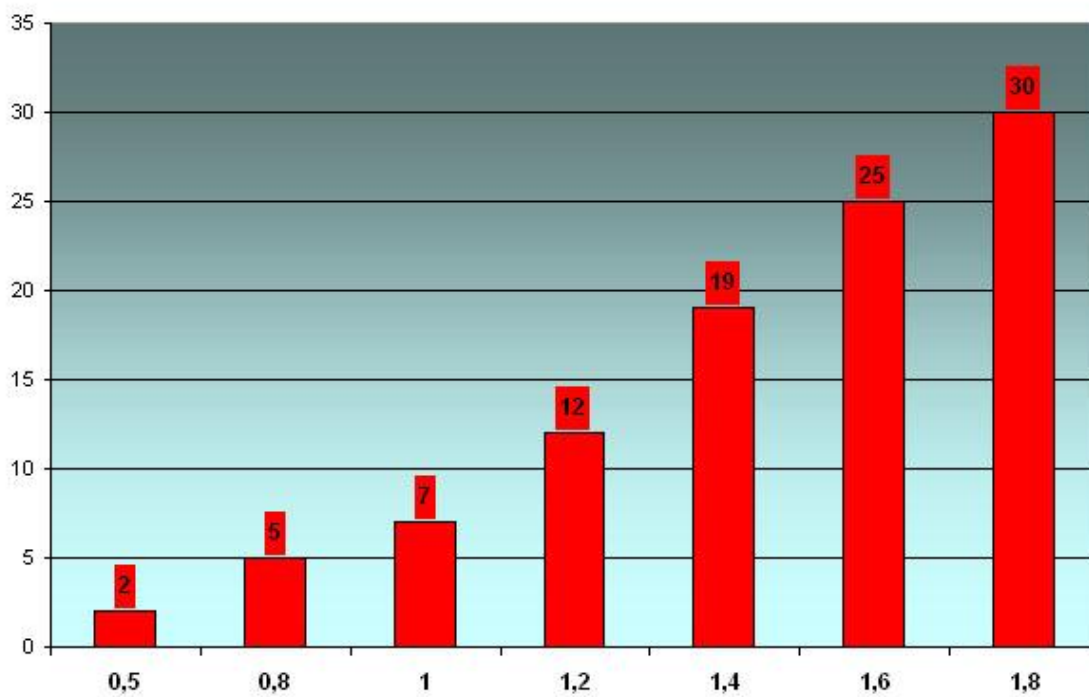
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Riziko zavinění dopravní nehody v závislosti na hladině alkoholu v krvi	I
Příloha B- Anketní otázky	II
Příloha C - Fotografie	IV
Příloha D- Fotografie	V

Příloha A

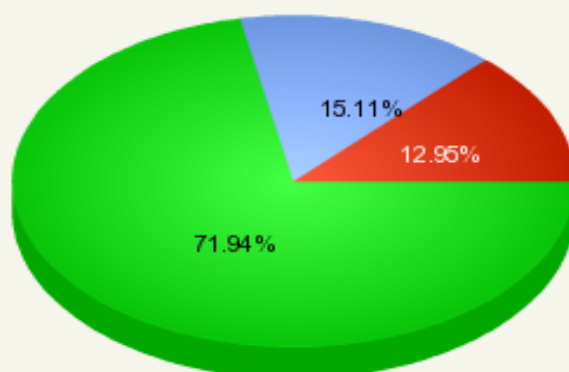
Riziko zavinění dopravní nehody v závislosti na hladině alkoholu v krvi řidiče

Míra rizika zavinění dopravní nehody v závislosti na hladině alkoholu v krvi řidiče v promile (x krát)



Zdroj: Kuratorium pro bezpečnost silničního provozu (KFV), Rakousko 2009

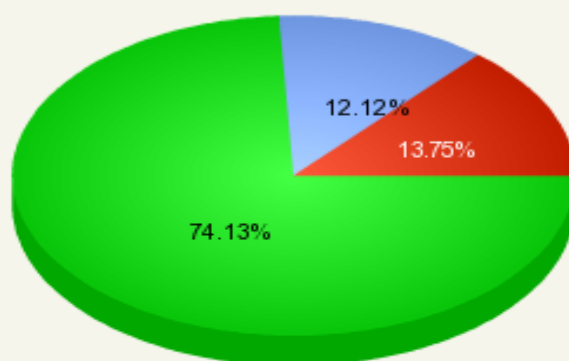
Setkali jste se někdy s člověkem závislým na alkoholu?



■ ano: 100 (71.94%)
■ nevím: 21 (15.11%)
■ ne: 18 (12.95%)

zdroj: <http://alkohol-a-zavislost.vyplnto.cz>

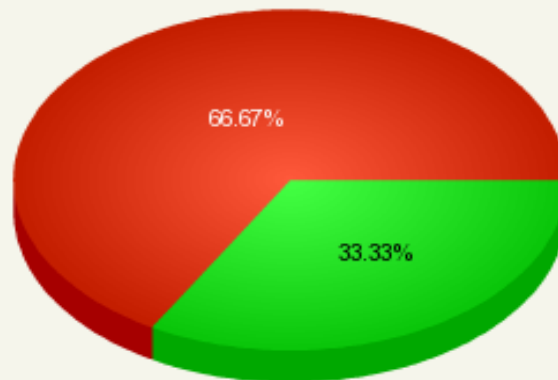
Má konzumace alkoholu negativní vliv na mezilidské vztahy?



■ ANO: 318 (74.13%)
■ NEVÍM: 52 (12.12%)
■ NE: 59 (13.75%)

zdroj: <http://alkoholismus-v-cr.vyplnto.cz>

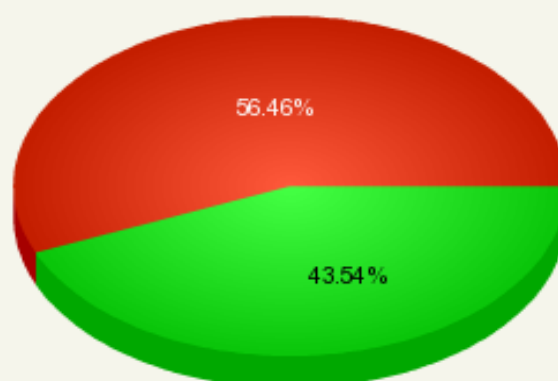
Myslíte si, že muži jsou v dnešní době více závislí na alkoholu než ženy?



■ ano: 49 (33.33%)
■ ne: 98 (66.67%)

zdroj: <http://clovek-a-alkohol.vyplnto.cz>

Řešil (a) jste problém či konflikt tím, že jste se opil (a)?



■ ano: 64 (43.54%)
■ ne: 83 (56.46%)

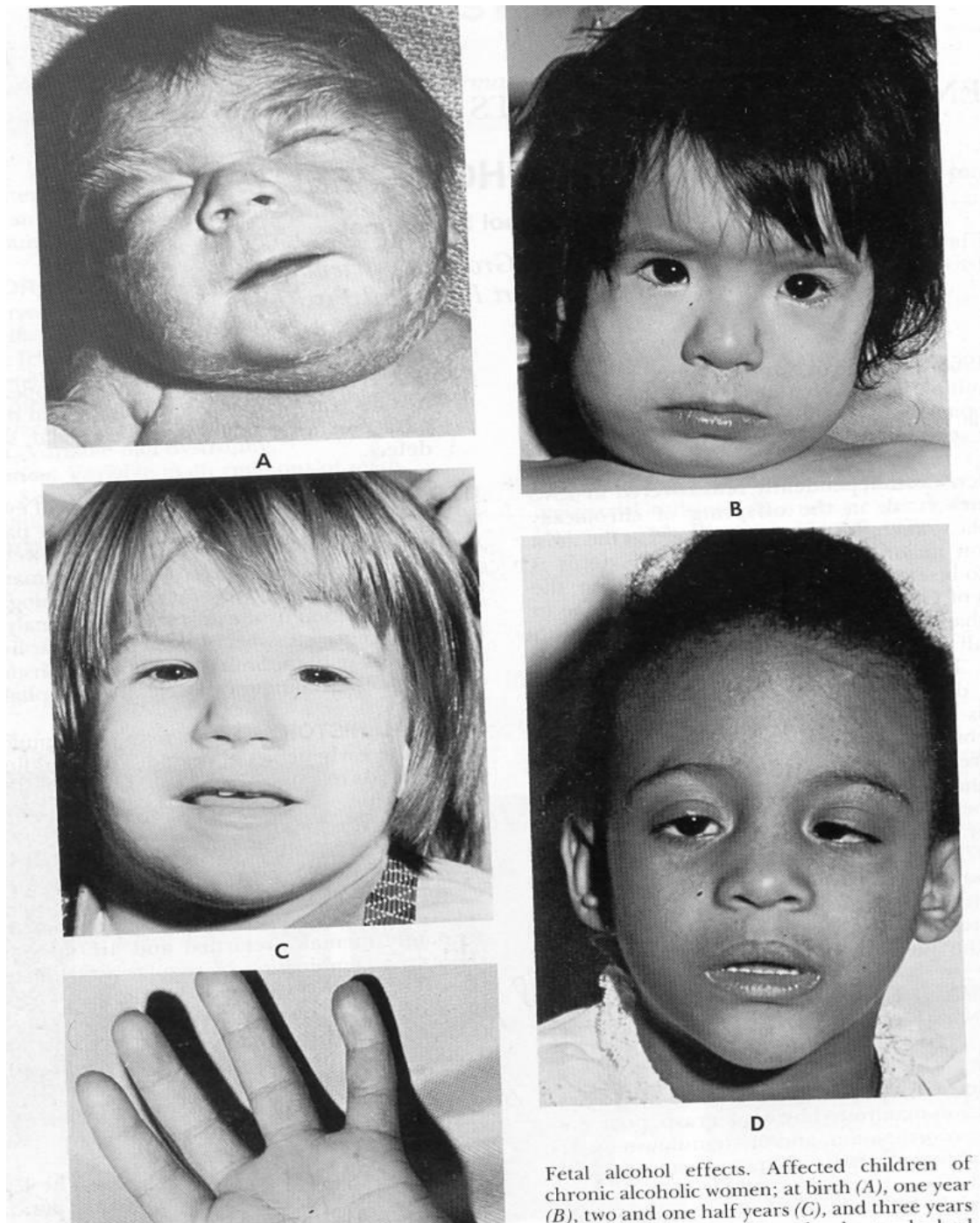
zdroj: <http://clovek-a-alkohol.vyplnto.cz>

Příloha C

Příloha C- Fotografie: Craniofaciální dysmorfie



Příloha D - Fotografie: Fetální alkoholový syndrom



Zdroj: <http://chutovky.xf.cz/mutageny.htm> [citace 25.3.2011]