

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE  
ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PAVLA VOŽENÍLKOVÁ, DiS.**

**Praha 2013**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE  
ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

PAVLA VOŽENÍLKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2013



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Voženílková Pavla**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na alkoholu

*Nursing Process for Addicted Patient to Alcohol*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **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 29. března 2013

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji všem, kteří se jakkoliv podíleli na vzniku mé práce. Děkuji své vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za užitečné rady v dané tématice, podněty a připomínky při zpracování mé absolventské práce.

## ABSTRAKT

VOŽENÍLKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na alkoholu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2013. 40 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na alkoholu. Úvodem teoretické části jsou uvedeny obecné informace o závislosti, alkoholu jako droze, o vztahu člověka k alkoholu, o riziku vzniku závislosti, jejímu vývoji a následcích dlouhodobého užívání, kde je popsán abstinenční syndrom a jaterní cirhóza. Dále pak sociální důsledky dlouhodobého užívání, mezi které patří vzniklé problémy v zaměstnání, rodině a společnosti. Následující kapitola popisuje diagnostiku alkoholové závislosti a její terapii, farmakologickou léčbu a psychoterapii. Praktickou část bakalářské práce tvoří popis ošetrovatelského procesu vybrané pacientky s diagnózou závislosti na alkoholu. Praktickým výstupem této práce je návrh metodiky edukace v oblasti alkoholové závislosti pro všeobecné sestry, pacienta a rodinu.

Klíčová slova: Abstinence. Abúzus. Akutní intoxikace. Alkoholová závislost. Odvykací stav. Psychiatrické ošetrovatelství.

## ABSTRACT

VOŽENÍLKOVÁ, Pavla. *Nursing Process for Addicted Patients to Alcohol*

The College of Nursing, o.p.s Degree: Bachelor (Bc). Tutor: Hana Tošnarová, Ph.D.  
Praha 2013. 40 pages.

The topic of my bachelor thesis is the nursing process for addicted patients to alcohol. This theoretical part introduces general information about addiction, alcohol like drug abuse, man's relationship to alcohol, risks of addiction, development, and consequences of long term use. Here is a description about abstinent syndrome and cirrhosis. Furthermore, the social consequences of long-term use, including any problems encountered in the workplace, the family and society. The following chapter describes the diagnosis of addiction to alcohol, treatment, pharmacological treatment and psychotherapy. The practical part of the bachelor thesis consists of a description of the nursing process for a selected female patient with diagnosis of addiction to alcohol. The practical part of the thesis is to propose the methods, education about alcohol for general nurses, the patient and family.

Keywords: Abstinence. Addiction. Acute Intoxication. Addiction to Alcohol. Withdrawal State. Psychiatric Nursing Care.

# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD .....	11
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU .....	12
1.1 Definice závislosti.....	12
1.2 Alkohol jako droga .....	13
1.3 Vztah člověka k alkoholu .....	13
1.4 Riziko vzniku závislosti.....	14
1.5 Vývoj závislosti na alkoholu.....	15
1.6 Následky dlouhodobého užívání alkoholu.....	17
1.6.1 Abstinenční syndrom.....	19
1.6.2 Jaterní cirhóza.....	19
1.7 Sociální důsledky závislosti na alkoholu .....	21
1.7.1 Zaměstnání .....	21
1.7.2 Rodina.....	21
1.7.3 Společnost.....	22
1.8 Zjištění alkoholové závislosti .....	23
1.8.1 Zjišťování hladiny alkoholu v krvi .....	23
1.8.2 Fyzické vyšetření .....	24
1.9 Léčba.....	24
1.9.1 Psychoterapie.....	25
1.9.2 Farmakologická léčba.....	25
1.10 Ošetrovatelské aspekty péče o neklidného pacienta .....	27
1.10.1 Přístup k neklidnému pacientovi .....	27
1.10.2 Omezení pacienta v lůžku .....	28



2	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
2.1	Kazuistika .....	30
2.2	Zhodnocení klienta dle modelu Gordonové.....	30
2.3	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	33
2.4	ANAMNÉZA.....	34
2.5	Ošetřovatelský plán.....	49
2.6	Ošetřovatelské diagnózy .....	51
2.7	Doporučení pro praxi .....	58
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	61
	SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AA</b> .....	anonymní alkoholici
<b>APTT</b> .....	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
<b>CMP</b> .....	cévní mozková příhoda
<b>CNS</b> .....	centrální nervový systém
<b>CPP</b> .....	centrální příjem pacientů
<b>CRP</b> .....	c – reaktivní protein
<b>HAK</b> .....	hormonální antikoncepce
<b>ČR</b> .....	Česká republika
<b>FAS</b> .....	fetální alkoholový syndrom
<b>FR</b> .....	fyziologický roztok
<b>IM</b> .....	infarkt myokard
<b>INR</b> .....	International normalised ratio – mezinárodní normalizovaný poměr
<b>P</b> .....	puls
<b>PL</b> .....	psychiatrická léčebna
<b>PŽK</b> .....	permanentní žilní katétr
<b>RD</b> .....	ranní doušky
<b>TK</b> .....	krvní tlak
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>USA</b> .....	Spojené státy americké
<b>VŠ</b> .....	vysoká škola

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abúzus alkoholu** – nadměrné užívání alkoholu

**Akutní intoxikace** – prostá podnapilost

**Antianxietické účinky** – potlačují úzkost

**Anxiolytika** – léky odstraňující úzkost

**Ataxie** – porucha koordinace pohybů

**Craving** – bažení – silná touha užít látku

**Ebrieta** - podnapilost

**Fluktuace** – nepravidelné a nesoustavné pohyby

**Korsakovova psychóza** – amnestický syndrom – hluboké narušení krátkodobé paměti

**Palimpsesty** – alkoholová okénka

**Tremor** – třes

**Widmarkova reakce** – stanovení redukujících látek

## ÚVOD

V České republice je alkohol problém, který je často bagatelizován. Je zde velké množství alkoholiků, počet závislých se pohybuje ve statisících. Tato skutečnost na sebe nabaluje celou řadu negativních jevů, jako je kriminalita, rozvodovost a chronická až smrtelná onemocnění. K léčbě se využívá terapie nebo poradenství v protialkoholních léčebnách nebo na psychiatrických klinikách a dále v poradnách. Léčba může být ambulantní nebo v rámci hospitalizace. Problémem však bývá, že se na protialkoholní léčbu čeká dlouho. Pokud se tedy alkoholik rozhodne léčit, může se stát, že po delší době, kdy má skutečnou možnost na léčbu nastoupit jeho odhodlání vyprchá, reaguje impulzivně a na léčbu nenastoupí. Po protialkoholní léčbě je důležitá doživotní abstinence, jinak je velmi pravděpodobná recidiva.

Cílem práce je seznámit čtenáře s problematikou alkoholismu a ošetrovatelským procesem s pojeným s léčbou. Vybrané téma bylo zvoleno, protože je to problém široké populace lidí. Inspirace pro téma bakalářské práce byla získána na odborné praxi v oddělení léčby alkoholové závislosti v psychiatrické léčebně v Bohnicích.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá problematikou závislosti, dále pak alkoholem jako drogou, rizikem vzniku závislosti, jejím vývojem, zjištěním důvodů vzniku závislosti, následky jeho nadměrného užívání a léčbou. Vzhledem k nedostatku soudobé odborné literatury jsou v textu využívány i starší, ale stále aktuální, tituly.

V praktické části práce je popsána ošetrovatelská anamnéza vybrané pacientky, podrobný ošetrovatelský plán a její ošetrovatelské diagnózy.

# 1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

## 1.1 Definice závislosti

„Syndrom závislosti (statistický kód F1x.2, na místo x před desetinou tečku se doplňuje látka): Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“ (NEŠPOR, 2011, s. 9 - 10)

Definitivní diagnóza závislosti se stanovuje tehdy, jestli během jednoho roku došlo ke třem či více následujících jevů:

- pocit puzení nebo silná touha užít látku - craving
- potíže se sebeovládáním při užívání látky
- tělesný a psychický odvykací stav
- průkaz tolerance k účinku látky - vyžadování vyšších dávek látky pro dosažení účinku původně vyvolanému nižšími dávkami
- pomalé zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
  - pokračování v užívání látek i přes škodlivé následky (poškození jater, depresivní stavy, nebo toxické poškození myšlení). (NEŠPOR, 2011)

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. Benzodiazepiny, tabák), dále třída látek (např. opioidy), nebo širší řada různých látek. (NEŠPOR, 1996)

Kromě závislosti na alkoholu, které je tato bakalářská práce věnována, existuje mnoho dalších, jako například na psychoaktivních látkách (drogy, psychofarmaka), patologické hráčství (gambling) a další. (NEŠPOR, 2011)

## 1.2 Alkohol jako droga

Alkohol je nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to společenská droga, člověk ji nejčastěji konzumuje ve skupině. Pití alkoholu má velkou dlouholetou tradici a společnost je k jeho užívání velice tolerantní. Tento postoj se však velmi často mění při nadměrné konzumaci nebo po vzniku závislosti. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Člověk nemá žádné predispozice, které by ji nutilo pít alkohol. Chuť alkoholu odpuzuje snad každého, kdo není zvyklý. Podnětem k překonání jeho negativ bývá očekávání pozitivních účinků. (ÚHLINGER, 2009)

Alkohol působí nejvíce na nervový systém (řídí vědomí a emoce). Odhaduje se, že jen v ČR je 7,2 % (18-65 let) alkoholiků. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Alkohol působí anxiolyticky (odstraňuje úzkost), uvolňuje napětí, zlepšuje náladu a zvyšuje sebejistotu. Ovšem někteří jedinci na něj reagují smutkem, agresivitou nebo zažívacími potížemi. V malých dávkách alkohol působí stimulačně a odstraňuje veškeré zábrany. (VÁGNEROVÁ, 2002)

„Piji, protože jsem závislý na alkoholu. Nikoliv proto, že mám problémy. Čím víc piji, tím větší problémy mám.“ (JÍLEK, 2008, s. 7)

## 1.3 Vztah člověka k alkoholu

Vztah člověka k alkoholu se dělí na tři části:

Abstinent – odmítá z nějakého důvodu alkohol a vůbec nepije. V minulosti přítomnost takového jedince často vyvolávala ve společnosti rozpaky, v současné době již méně, společnost se stává vůči odlišnostem jedinců, což souvisí se soudobou akcentací svobody. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Konzument – nevyhledává alkoholické nápoje pro jeho účinky, ale pro chuť. Nečiní mu potíže abstinovat, ale nemá k tomu důvod. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Piják – vyhledává alkoholické nápoje pro účinky alkoholu – hlavně euforii a krátkodobé antidepresivní a antianxietické (potlačující úzkost) účinky. (VÁGNEROVÁ, 2002)

#### **1.4 Riziko vzniku závislosti**

Rizika vzniku závislosti se rozlišují na:

1) Genetická dispozice – člověk, kterému alkohol přináší díky jeho metabolické dispozici zvlášť příjemné pocity a nepocituje výrazné nepříjemné následky, vytváří si snadněji závislost. Vrozený předpoklad reagovat na alkohol pozitivně ovlivňuje další postoj k alkoholu: člověk se snáze naučí pít, jestliže mu alkohol přináší jen příjemné zážitky (tedy alespoň zpočátku) a to například tím, že ho zbavuje úzkostí a posiluje sebevědomí. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Také určité osobnostní rysy jako je nezdrženlivost, impulzivita a neschopnost přímého sebeovládání, které se vyskytují u poruch osobnosti, rovněž představují rizikový faktor. Člověk častěji užívá alkohol, neumí pít s mírou a tím si snadněji vytváří návyk. (VÁGNEROVÁ, 2002)

2) Faktor učení – tendence k užívání vzniká nápodobováním rodičů nebo pod vlivem party. Toto chování se projevuje zejména u lidí, kterým alkohol poskytuje pozitivní prožitky. Negativní sociální následky se objevují až později a na rozvoj návyku nemají vliv. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Závislost na alkoholu je psychická (alkoholici řeší problémy alkoholem a jinak problém nezvládají řešit) a biologická (projevy abstinčním syndromem). Nadměrné užívání alkoholu může mít tzv. charakter abúzu (nadužívání), který má celou řadu negativních důsledků, člověk ale nemá potřebu pít stále, ještě nereaguje abstinčním syndromem. Závislost vzniká delším a pravidelným „nadužíváním“ alkoholu. Zpravidla se závislost vytváří několik let. Délka vývoje závislosti je u každého různá. U mladistvých se závislost vytváří mnohem rychleji, i za několik měsíců. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Alkoholismus je ve většině případů problémem mužů, i když závislých žen stále více přibývá. Rizikovým obdobím je zejména u žen období středního věku, kdy s pomocí alkoholu potlačují své problémy, se kterými se neumějí vyrovnat jinak. (VÁGNEROVÁ, 2002)

## **1.5 Vývoj závislosti na alkoholu**

Rozvoj závislosti má čtyři stádia:

1) Počáteční stadium – užívání alkoholu k potlačení nepříjemných stavů, ke zvýšení dobré nálady, nebo je jeho požívání projevem sociální konformity, jako je pít v zaměstnání či v partě. Postupem času se zvyšuje dávka alkoholu a zvyšuje se frekvence pití. (VÁGNEROVÁ, 2002)

2) Stadium prodromální neboli varovné – z důvodu zvýšené konzumace postupně stoupá tolerance k alkoholu a člověk potřebuje větší dávku alkoholu k dosažení pozitivních pocitů, případně utlumení těch negativních, proto pije stále víc. Ztrácí pak nad sebou kontrolu a velice často se opíjí. Varovným signálem začíná být, když pije sám, popřípadě tajně. V tomto stádiu si člověk začíná uvědomovat, jak velkou potřebu „pít“ má a pociťuje to jako nepříjemné varování. (VÁGNEROVÁ, 2002)



3) Stádium kritické – konzumace a tolerance k alkoholu se stále zvyšuje. Objevují se amnézie (ztráta paměti v alkoholovém opojení). V tomto stádiu konzument začíná ztrácet kontrolu nad svým pitím, nedokáže se ovládnout a neumí pít s mírou. Ovšem sám je přesvědčen, že kdyby chtěl a bylo to třeba, může s pitím přestat. Dělá si výčitky, ale ani příště nedokáže své chování ovládat. Případná vůle po změně se rychle vytrácí s přicházejícími abstinenčními příznaky, konzument již není schopen své snahy realizovat. Závislý potřebuje alkohol denně, neobejde se bez něj, ať už je motivace jakákoli. Když se nenapije, prožívá silně nepříjemné pocity, a proto abstinovat nevydrží. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Užívání alkoholu vede k dalším problémům, hlavně k sociálním (konflikty v rodině a na pracovišti). Proto později dává závislý člověk přednost společnosti lidí, kteří také pijí a tuto závislost mu nevyčítají. Pod vlivem alkoholu se mění osobnostní vlastnosti. Mění se hodnotový systém a dochází k oploštění zájmů i vztahů k lidem. (VÁGNEROVÁ, 2002)

4) Stádium terminální – dochází k závislosti v takové formě, že požívání alkoholu je základní a soustavnou potřebou. Konzument se opijí rychleji, bez alkoholu nevydrží. Pije nepřetržitě, pokud není k dispozici alkohol, používá jakékoliv náhražky. Začíná hned ráno. Objevují se psychické a somatické poruchy z důvodu abúzu alkoholem. Sociální konflikty s lidmi jsou stále závažnější. Alkoholik si mezi lidmi nevybírá, akceptuje společnost kohokoli, kdo ho přijme, případně pije s ním, nebo jej alespoň toleruje. Typické jsou stavy bezmocnosti a odevzdanosti, kdy si závislý člověk uvědomuje, že není schopen zvládnout svoji závislost na alkoholu, protože obtíže jsou, ať pije, nebo nepije. Postupem času dochází k tělesnému, psychickému chátrání a úpadku v sociální sféře. (VÁGNEROVÁ, 2002)

## 1.6 Následky dlouhodobého užívání alkoholu

Alkohol je v naší zemi nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Dle úřadu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2011 bylo nejvíce pacientů léčených pro poruchy způsobené zneužíváním alkoholu (téměř 61 %, tj. 23 643 pacientů). Více než polovina (54 %) těchto pacientů byla ve věku od 40–64 let a 35 % ve věkové skupině 20–39 let. Počet mladistvých ve věku 15–19 let představoval 2 % (507 pacientů) z počtu pacientů nadužívajících alkohol a počty dětí do 15 let se pohybovaly těsně nad 0 % (14 pacientů). (ÚZIS.CZ - NECHANSKÁ BLANKA, 2011)

V roční spotřebě alkoholu na jednotlivce patříme k zemím s nejvyšší konzumací a z toho plyne i častost a závažnost komplikací, které alkoholismus přináší jak ve zdravotní oblasti, tak ve společenské. Uvádí se, že 75 % vražd je spácháno pod vlivem alkoholu. (MALÁ, 2002)

Akutní intoxikace (prostá podnapilost) se projevuje psychickou uvolněností, ztrátou zábran, absencí úzkosti a zvýšeným sebevědomím. Nápadná je porucha koordinace pohybů. Dochází k ataxii (porucha koordinace pohybů) a ke zpoždění reakcí. (MALÁ, 2002)

Někdy se může dostavit na požitý alkohol zcela neobvyklá reakce (patická ospalost) charakterizovaná kvalitativní poruchou vědomí s agresivním chováním, kdy takto může reagovat i člověk proti svým zásadám. Jde o mráкотný stav, na jehož průběh má člověk výpadek vzpomínek. Tento stav je nutno odlišovat od okének (palimpsestů), které označují výpadek paměti na krátké, ohraničené úseky akutní intoxikace, během kterých se nevyskytly žádné abnormní reakce na alkohol. Tato porucha je dána tím, že požitý alkohol zabránil uložení vzpomínek do paměti. (MALÁ, 2002)

Škodlivé užívání vede v průběhu let k předčasnému rozvoji aterosklerózy se všemi komplikacemi (IM, CMP) k vředové chorobě, jaterní cirhóze, poruchám pankreatu, ledvin a k mnoha dalším poškozením. Život alkoholiků je nejméně o deset let kratší ve srovnání s ostatní populací. Časté jsou u nich deprese a sebevraždy. Postupně se zvyšuje tolerance alkoholu, takže je nutno zvyšovat dávky. Absolvují častěji několikanásobné tahy, povahově se mění, hrubnou, ztrácí pocit odpovědnosti, lžou. Vyhledávají důvody proč pít, chorobně žárlí a narušují citová pouta. Dochází k rozvratu rodiny, problémům v zaměstnání. V posledním stádiu alkoholismu prudce klesá tolerance, k opilosti dochází už po několika pivech. Z nedostatku peněz alkoholik požívá náhradní nápoje (například čisticí prostředky, které mohou uspišit jeho smrt). (MALÁ, 2002)

Z psychotických komplikací dlouhodobého užívání alkoholu jsou nejčastější alkoholové halucinózy, projevují se sluchovými halucinacemi a silnou úzkostí nejvíce ve večerních a nočních hodinách. Korsakovova psychóza (neboli amnestický syndrom – hluboké narušení krátkodobé paměti) začíná halucinacemi, bludnou produkcí a neklidem při současném narušení paměti. Po odeznění psychotických příznaků může ztráta vstřípivosti paměti přetrvat jako trvalý stav (korsakovský amnestický syndrom). K trvalým následkům patří povahové změny (lehkomyšlnost, žárlivost) a demence. (MALÁ, 2002)

Pokud žena závislá na alkoholu požívá alkohol v době těhotenství, dojde u plodu k FAS (fetální alkoholový syndrom), který je charakterizován defekty ve tvaru lebky, končetin a mentální retardací. (MALÁ, 2002)

Dlouhodobě užívání alkoholu vede k poškození CNS (centrální nervový systém). Projevuje se poruchou paměti s postupným úpadkem inteligence. Do této kategorie patří i Korsakovova alkoholická psychóza, charakterizující se tupostí, apatií, demencí a sociální degradací. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.6.1 *Abstinenční syndrom***

Alkoholový abstinenci syndrom vzniká reakcí na snížení či vynechání potřebné dávky. Závislý člověk reaguje úzkostí, neklidem, depresivní nebo podrážděnou náladou, bývá povětšinou malátný, mívá vegetativní potíže jako je pocení, tachykardie, třes, bolesti hlavy a jiné. Objevují se často i halucinace a záchvaty křečí. Abstinenční syndrom je důkazem metabolické závislosti na alkoholu. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Abstinenční syndrom s deliriem je bouřlivější reakcí závislé osoby na nedostatek potřebné alkoholové dávky. Reakcí bývá i zde třes, pocení, tachykardie a někdy záchvaty křečí, může se přidat těžká vegetativní reakce, silný neklid a úzkostlivost. Objevují se poruchy vědomí, bludy, halucinace (nejčastěji mluví o drobném hmyzu). Delirium tremens může skončit i smrtí. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Alkoholový odvykací stav se objevuje u osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního abusu alkoholu. Dochází k němu během několika hodin až dní po skončení konzumace alkoholu, nebo po redukci dávek pravidelně konzumovaného alkoholu. Nejvyšší intenzita příznaků se projeví druhý den po vysazení. Projevy jsou třes rukou, celého těla, pocení závratě, úzkost, sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, zvracení a poruchy spánku. Pokud nedojde ke komplikacím, odeznívá odvykací stav během 4-5 dnů. Některé příznaky mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Tento stav může být komplikován křečemi, případně epilepsií, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem. (KALINA, 2003)

Alkoholické psychózy a halucinózy vznikají reakcí na snížení dávky alkoholu. Objevují se nepříjemné sluchové halucinace, často jsou to hlasy, které mluví o postiženém, nemocný má děsivé sny. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.6.2 *Jaterní cirhóza***

Patří po dobu moderní medicíny mezi nejsledovanější a také nejobávanější choroby trávicího systému. Postihuje miliony lidí na světě. U většiny případů je příčinou jaterní cirhózy virová infekce nebo alkohol. Odhaduje se, že celosvětově je alkohol příčinou 50% všech jaterních cirhóz. (EHRMANN, 2006)

Jaterní cirhóza je chronické onemocnění jater. Játra jsou pro organismus prakticky nenahraditelným orgánem. Cirhóza je velmi závažným onemocněním, které vyžaduje včasný lékařský zásah. (EHRMANN, 2006)

Tato nemoc, je charakterizována postupnou přestavbou jaterní tkáně v nefunkční vazivovou strukturu. Bývá narušen průtok krve játry, čímž je funkčnost jater rovněž výrazně snížena. (EHRMANN, 2006)

Cirhóza se projevuje zpravidla nejprve nespecificky např. únavou, svalovou slabostí, úbytkem hmotnosti, nadýmáním, nevolností, zvracením, plynatostí, říháním, nesnášenlivostí některých jídel, změnami stolice, mírnými otoky kotníků, narušením menstruačního cyklu. Později se mohou objevit problémy se srážlivostí krve, lze pozorovat např. krvácení z dásní, častou tvorbu modřin apod. Dále může docházet ke změně osmotických tlaků, neboť nemocná játra nevyrobí dostatek krevní bílkoviny (albuminu), která udržuje osmotický tlak. Toto přispívá ke vzniku tzv. ascitu, což je přítomnost volné tekutiny v břišní dutině a ke vzniku otoků. U alkoholiků se často vyskytuje žloutenka. Alkoholici tím pádem často trpí zvýšenou krvácivostí, otoky a ascitem. Jsou vyhublí, mají vzedmuté břicho s pavoučkovitými névy, loupe se jim kůže, vypadávají vlasy, jsou celí žlutí, mají sytě červené rty a jazyk a u mužů často chybí ochlupení na hrudi. (EHRMANN, 2006)

Komplikace alkoholické cirhózy jsou velmi vážné a v podstatě nevratné. Jde o známky chronického selhávání jater – trávicí potíže, zhubnutí s paradoxně velkým břichem plným vody (ascites), krvácení z prasklých jícnových varixů (křečových žil jícnu), ztvrdnutí jater, zhoršení funkce mozku, zvýšená pravděpodobnost vzniku rakoviny jater. (EHRMANN, 2006)

Léčbou alkoholické cirhózy je abstinence, nejlépe totální. Vyžaduje to důvěru a spolupráci nemocného s ošetřujícím lékařem, psychologem, případně psychiatrem a především pomoc rodiny. K podpoření léčby se užívá i metoda farmakologická. Mezi podpůrné léky patří např. Antabus. Používají se léky, ve kterých je obsažena účinná látka Disulfam. (EHRMANN, 2006)

„Inhibují aldehyddehydrogenázu a po požití alkoholu dojde k zvýšení acetaldehydu, který způsobí nevolnost, zvracení a bolest hlavy.“ (EHRMANN, 2006, s. 116)

## **1.7 Sociální důsledky závislosti na alkoholu**

### **1.7.1 Zaměstnání**

Závislost vede ke zhoršení pracovní výkonnosti. Konzument má horší koncentraci pozornosti, je pomalejší, pracuje nepřesně a s chybami. Bývá nepřiměřeně podrážděný, nervózní a mívá špatnou náladu. V zaměstnání je nespokojený, nepodává dobrý výkon, ale vinu dává ostatním. Nedodržuje pravidelnou docházku do zaměstnání. Má změněné sebehodnocení, často i neadekvátní sebevědomí, je přesvědčen o svém dobrém výkonu. Nespokojenost nadřizovaných považuje za neopodstatněnou. Domnívá se, že je nespravedlivě hodnocen. Nedovede být sebekritický. Pod vlivem alkoholu dochází k absencím, fluktuaci (nepravidelný a nesoustavný pohyb) a poté i ke ztrátě zaměstnání. Člověk, který je závislý často nemá energii ani motivaci k hledání nového zaměstnání (bývá často odmítnut). Zůstává nezaměstnaný a ztrácí profesní roli. (VÁGNEROVÁ, 2002)

### **1.7.2 Rodina**

Alkoholismus představuje značnou zátěž pro celý rodinný systém. Dochází k závažnému narušení mezilidských vztahů a ke změně rolí. Alkoholici bývají výbušní a agresivní, chovají se bezohledně k partnerovi i k dětem. Lžou, nedodržují sliby, jsou nespolehliví. Postupem času v rodině ztrácejí svou roli, prestiž i úctu. Jsou nenáviděnými a opovrhovanými, tedy těmi, kdo kazí rodinou pohodu, a proto o ně nikdo nestojí. Dochází k vyhasnutí emočních vztahů, k odcizení, osamělosti a pocitům prázdnoty. Partnerské soužití negativně ovlivňuje poruchy potence a sexuální apetence alkoholiků. Zvyšují se u nich také žárlivecké tendence, které se rozvíjí bez ohledu na skutečnost. Bývají podezíraví a nedůvěřiví. (VÁGNEROVÁ, 2002)

„Člověk závislý na alkoholu devastuje svou rodinu materiálně, sociálně i psychicky.“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s. 293)

„Člověk závislý na alkoholu není schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli.“ (VÁGNEROVÁ, 2002 str. 294)

### **1.7.3 Společnost**

Alkohol má i svou sociální funkci. Konzumuje se v případech, kdy je žádoucí, aby se člověk uvolnil, odreagoval a navazoval lépe kontakty. Ovšem ve společnosti se očekává, že lidé vědí, kde jsou hranice přijatelného společenského chování, kterou by neměli překročit ani po požití alkoholu. V české společnosti je tolerance velmi vysoká, ale i zde, pokud člověk ztratí schopnost regulovat své pití, shovívavost společnosti končí: závislost tolerována není! Alkoholik má nízký sociální status, tito lidé jsou odmítáni, vystaveni opovržení a posuzování jako „nechutní“, zejména proto, že alkoholik není schopen plnit základní sociální role. Nerespektuje normy, vyvolává konflikty, nedokáže vnímat, jaký vliv má alkohol na jeho chování ani interpretovat reakce lidí, nemá ten správný náhled na situaci, a proto není tolerován okolím. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Nedostatek orientace a kontroly nad svou situací a opakované nepříjemné zážitky spojené s odmítáním, kritikou a opovržením posilují nejistotu a úzkost alkoholika. Celý svět se mu jeví jako ohrožující a nespravedlivý. Občas je chopen si přiznat svůj podíl viny, ale většinou nemá sílu situaci řešit jinak, než dalším únikem k alkoholu. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Alkohol odstraňuje zábrany, narušuje schopnost sebeovládání a zároveň i adekvátního reagování na podněty vnějšího prostředí. Proto se pod vlivem alkoholu zvyšuje riziko nehody, úrazu a škod. Intoxikace alkoholem je příčinou většiny trestných činů. U lidí predisponovaných často dochází i k agresivním projevům. Neléčený alkoholik ve většině případů končí jako bezdomovec, neschopný se o sebe postarat. Zdrojem jeho obživy se stává „somrování“, vybírání odpadkových košů a drobné krádeže. (VÁGNEROVÁ, 2002)

## 1.8 Zjištění alkoholové závislosti

Zjištění alkoholové závislosti je obtížné, jelikož dotyční nadměrné užívání alkoholu nechtějí často přiznat ani sami sobě, natož lékařům. Zpravidla bagatelizují množství i důsledky. Někteří lékaři zauímají k závislým kategorický, rozhodný, konfrontační přístup, jiní zase nejprve navazují pozitivní terapeutické kontakty. Vzhledem k obrovskému lhaní ze strany závislých, schopnosti manipulovat a sloužit droze není dodnes jasné, který přístup je pro další osud nemocného příznivější. Abúzus je často provázen i jinou psychickou poruchou, jako je deprese a úzkost. Někdy je těžké odlišit, zda jsou psychické poruchy způsobeny alkoholem, nebo zda návyk vznikl jako jedna z forem sebeléčení. Je známo, že anxiolytické (odstraňující úzkost) účinky alkoholu, mohou vést k jeho nadměrnému užívání u stresovaných osob. (HÖSCHL, 1997)

Podezření na abúzus se potvrzuje toxikologickým vyšetřením moče a krve. Vysoká hladina v krvi při nepřítomnosti klinických známek intoxikace mohou potvrzovat míru tolerance. U většiny drog se můžou najít stopy ještě do 2 dnů v moči. (HÖSCHL, 1997)

### 1.8.1 Zjišťování hladiny alkoholu v krvi

„Hladinu alkoholu v krvi zjišťujeme Widmarkovou reakcí (stanovení redukujících látek), alkohol můžeme zjistit i v moči. Hladina alkoholu v krvi (alkoholemie) přesahující 0,3 ‰ jednoznačně svědčí pro požití alkoholu. Lehké podnapilosti (ebrietě) odpovídá alkoholemie do 1,5 ‰. Hladina v rozmezí 1,5-2,5 ‰ odpovídá středně těžké opilosti, hodnoty nad 2,5 ‰ již značí těžkou opilost. Při alkoholemii kolem 5 ‰ dochází ke smrti. K orientačnímu zjištění alkoholu v dechu používáme detakoholové trubičky.“ (MALÁ, 2002 str. 52)



### **1.8.2 Fyzické vyšetření**

Při podezření na abúzus (neboli nadměrné užívání alkoholu) se nesmí zanedbat ostatní zdravotní souvislosti. U alkoholiků je třeba dát pozor, zda nemají vnitřní zranění. U každého podezření na abúzus je třeba prohlédnout povrch těla. Vždy je třeba zjistit časový průběh abúzu: Je trvalý, či nárazový? Kdy, kde a za jakých okolností je látka užívána? Je to jen rekreační droga? Je pokaždé vázána na nějakou společenskou událost? Zjištění historie užívání. Abstinence a relaps. Do jaké míry návyk ovlivňuje společenské a pracovní uplatnění? Zjistit ekonomickou okolnost abúzu. (HÖSCHL, 1997)

## **1.9 Léčba**

„Zvládnutím biologické léčby, tj. abstinčního syndromu, je záležitostí medicínskou, která trvá relativně krátkou dobu. Obtížnější a dlouhodobější je léčba psychické závislosti, překonání návyku řešit problémy alkoholem změna životního stereotypu.“ (VÁGNEROVÁ, 2002 str. 296)

Cílem celé léčby je udržet abstinenci. V prvotní fázi je nutná detoxifikace, někdy i v rámci hospitalizace. Během abstinence by se měli léčit psychické komplikace. Při léčbě se musí dosáhnout náhledu ze strany nemocného. Musí si uvědomit, že je alkoholik. Často je vyžadována spolupráce rodiny, přátel a zaměstnavatele. Většinou se to podaří teprve tehdy, když alkoholikovi hrozí ztráta zaměstnání, rodiny a těžké zdravotní problémy. Více účinná je skupinová psychoterapie než individuální. Velikou pozitivní roli mohou sehrát různé podpůrné organizace, jako je AA a jiné organizace pro rodiny pacientů. Účinná jsou i sociální opatření zejména v rámci rodinné terapie, která specifikují dopad návyku na ostatní členy rodiny. V rámci snahy o řešení se musí prodiskutovat práva a povinnosti všech zúčastněných. (HÖSCHL, 1997)

### **1.9.1 Psychoterapie**

Při terapii je nutné mít na zřeteli různá hlediska. Nejvyšším cíle terapeutické skupiny je, aby závislý se sám stal schopen terapie. Skupina by měla mít různé složení nejen profesní, sociální, ale i podle stáří, temperamentu, způsobu vnímání, vlastních potřeb a životních zkušeností. (FÜRST, 1997)

Při terapeutické práci je důležité respektovat dohody pro spolupráci. Zcela jednoznačně je nutné dohodnout abstinenci. Mezi cíli terapie jsou rozhodující i pozitivní cíle jako je znovunalezení sebeúcty, cti a seberealizace. Aktivní cíle se zdají být jednodušší, ale pasivní cíle jsou stejně důležité: trpělivost; nechat věci přicházet a přijímat je; umět užívat závislost a bezpečí jako takové. (FÜRST, 1997)

Nejdůležitější je i součinnost veřejnosti. Nově získaná sebeúcta a schopnost nepít, nesmí zůstat tajné. Musí se postupně stávat veřejnou, stále veřejnější, až bude samozřejmou. Vše se musí nacvičovat. Nejdříve se spolupacienty, poté s partnerem, s příbuznými a konečně pak s kolegy v práci. Je to nesmírně těžké, ale velice důležité. Každý další člověk, který o zdolávaném problému ví je garantem pomoci a odlehčuje závislému od počátečních potíží, které by nevydržel, kdyby na jejich řešení zůstal sám. I to je důležité nacvičovat, například při hře na role. To samé platí pro trénink osvobození ze sociální izolace. (FÜRST, 1997)

Zvláštní význam patří další svépomocné péči ve skupinách. Je třeba pacientům ukázat, že svépomoc a samoléčba jsou někdy účinnější než umělé terapeutické nabídky. (FÜRST, 1997)

### **1.9.2 Farmakologická léčba**

„Averzní farmakologická léčba spočívá v podávání disulfiramu (ANTABUS), který působí výraznou averzní reakci při kombinaci s alkoholem. Projevuje se zrudnutím, bolestí hlavy, dušností, hypoventilací, tachykardií, hypotenzí, pocením, úzkostí, slabostí a zmateností, pocitem pulsace v hlavě a v uších. Averzní léčbu zahajujeme v denním stacionáři nebo při hospitalizaci (riziko nežádoucí reakce).

Antabus podává zdravotnický personál. Před jeho podáváním je nutno provést základní vyšetření (krve, moči EKG), protože základním principem léčby je vlastně umělé vyvolání silných negativních projevů již po velmi malém požití alkoholu.“ (HÖSCHL, 1997 str. 62)

Ústavní léčba trvá většinou 3 měsíce, léčba nařízená soudem trvá mnohem déle („do té doby než splní svůj účel“). O dobrovolnou léčbu bez dohledu zdravotnického personálu se pokoušejí závislí jedinci ve společnostech Anonymních alkoholiků. (MALÁ, 2002)

Léčba deliria tremens probíhá podáváním psychofarmak (Heminevrin, Haloperidol, Tiapridal, Diazepam a další) a také symptomatickou léčbou hrozících komplikací jako je dehydratace, hypokalémie, kardiální dekompenzace, bronchopneumonie. K delirujícím pacientovi je nutno přistupovat opatrně. Nelze vyloučit jakýkoli neočekávaný zvrat. Zvýšené sugestibility (ovlivnitelnost) lze využít k podání nápoje a k aplikaci injekcí. K léčbě alkoholové halucinózy a jiných psychotických komplikací používáme neuroleptika (psychofarmaka používaná pro antipsychotický účinek především při léčbě psychotických poruch). Při trvalých, alkoholem podmíněných poruchách je někdy nutno zvažovat úpravu způsobilosti k právním úkonům. (MALÁ, 2002)

„Při protialkoholním léčení jde především o to, aby pacient změnil svůj životní styl, své životní stereotypy, aby se naučil žít bez návykové látky, aby změnil svůj žebříček hodnot.“ (BLAHOŠ, 2002 str. 26)

## 1.10 Ošetřovatelské aspekty péče o neklidného pacienta

### 1.10.1 Přístup k neklidnému pacientovi

„Získá-li sestra pocit, že je pacient neklidný, že hrozí riziko napadení, musí zvolit vhodný přístup k nemocnému. Nikdy s ním nesmí hovořit o samotě, nebo se s ním uzavřít v místnosti. Vždy musí mít na blízku další členy zdravotnického týmu. Nepopuzuje pacienta, to znamená, nejde s ním do konfrontace.“ (MARKOVÁ, 2006 s. 138)

„Zvláště obtížné situace vznikají při prvním kontaktu sestry s pacientem v akutním stádiu nemoci, přivezeným do zdravotnického zařízení proti jeho vůli. V těchto situacích se musí sestra velmi rychle zorientovat, aby mohla včas předejít případným komplikacím.“ (MARKOVÁ, 2006 s. 138)

Dojde-li k vyhrocení situace a chování pacienta se stává nebezpečné a ohrožující pro něj a pro jeho okolí, lze po vyčerpání všech ostatních možností ke zklidnění pacienta použít krajní řešení omezující opatření. Nejčastěji používanými postupy je omezení v lůžku či terapeutická izolace. Omezení pacienta je vždy možné jen na určitou dobu. Musí-li sestra řešit otevřenou agresi, dbá zejména na bezpečí pro pacienta, na bezpečí pro ostatní pacienty a, na bezpečí pro další personál. (MARKOVÁ, 2006)

Zvládání neklidu a kontaktu s neklidným, nespolupracujícím a agresivním pacientem je jeden z mnoha specifík práce sestry na psychiatrii. Při své praxi se často setkává s celou řadou komplikovaných situací. Jakým způsobem je zvládne, záleží na jejích zkušenostech, teoretických základech a schopnosti zvolit vhodný přístup k pacientovi. (MARKOVÁ, 2006)

### **1.10.2 Omezení pacienta v lůžku**

Je to krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku za využití popruhů horních a dolních končetin. Cílem tohoto omezení je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál, zabránit poškození majetku, vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu. Indikací k omezení jsou závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či sebevraždou, nebo vlastní žádost pacienta. (MARKOVÁ, 2006)

Pacient omezený v lůžku by měl být uložen mimo dosah ostatních pacientů. Jelikož přístup ostatních pacientů k pacientovi v omezení může mít negativní vliv na jejich psychický stav. Také hrozí riziko napadení pacienta v omezení, tedy nežádoucí uvolnění popruhů jinými pacienty. V průběhu omezování nesmějí být používány bolestivé hmaty. Musí být v maximální možné míře respektována důstojnost. Lékař či sestra vysvětlí nemocnému důvody vedoucí k omezení na lůžku. Na počátku omezení je pacientovi změřen TK a P. Omezování pacienta může vést k výraznému stresu i fyzickému zatížení pacienta. (MARKOVÁ, 2006)

Po celou dobu omezení musí být pacientovi věnována zvýšená péče. Je průběžně sledován sestrou, pozornost je zejména zaměřena na projevy nemocného, stav vědomí a prokrvení fixovaných končetin. V hodinových intervalech se měří, TK a P. Ošetřovatelská péče se především zaměřuje na péči o hydrataci, vyprazdňování, hygienu, prevence dekubitů, péče o dýchací cesty, prevence negativních důsledků z omezení končetin, minimalizace psychické zátěže pacienta. (MARKOVÁ, 2006)

Po ukončení omezení je vhodné pacienta i nadále zvýšeně sledovat, aby sestra mohla reagovat na eventuální komplikace psychického či somatického charakteru plynoucí z předchozího omezení. Problematika omezovacích prostředků je legislativně upravena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách - používání omezovacích prostředků (MARKOVÁ, 2006)

Rada pana Prim. MUDr. Karla Nešpora, ČS.:

„Pokud byste museli mluvit s lidmi, kteří jsou pod vlivem alkoholu, buďte opatrní. Alkohol zvyšuje agresivitu a podstatným způsobem se podílí na násilných trestných činech (bývá zjišťován v těle pachatelů i obětí). S opilým člověkem mluvte spíše tichým a klidným hlasem. Tón hlasu je často důležitější nežli to, co říkáte. Udržujte také bezpečnou vzdálenost, a pokud to jde, rychle odejděte.“ (NEŠPOR, 2006, s. 36)

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Kazuistika

42letá žena - Američanka žijící v ČR byla 29. srpna 2011 v 16:16 přivezena manželem na psychiatrické oddělení v PL Bohnicích. Byla hospitalizovaná na pavilonu č. 8. Je to již 4. hospitalizace pacientky v PL Bohnice, předchozí byla v roce 2008. Alkohol pije denně (1,5l vína). Naposledy požila alkohol v den, kdy proběhla hospitalizace - 1,5l vína. Takto intenzivně pije již 3 měsíce. Při vstupním vyšetření pacientka nadýchala 3,9 ‰. Pacientka přivezena dobrovolně na odvykací léčbu, motivována k léčbě.

### 2.2 Zhodnocení klienta dle modelu Gordonové

#### Podpora zdraví

Z počátku hospitalizace pacientka odhodlaná a motivovaná ke své léčbě. Snaží se dodržovat léčebný režim a užívat léky, které jí předepsala lékařka. Později však pacientka nespolupracuje a je neklidná. Ví, jaký je její stav a jak je důležitá její léčba, což vedlo k rozhodnutí léčbu podstoupit dobrovolně. Rodina se snaží pomoci, zvláště její manžel se často chodí ptát na její stav.

#### Výživa

Pacientka má dietu číslo 2- šetřící s ohledem na její zdravotní stav. Chuť k jídlu je dostatečná. V jídlu není vybíravá, má ráda zeleninu, ovoce i sladká jídla. Výkyvy v tělesné hmotnosti nepozoruje. Její BMI je 19,1 (168cm, 54kg). Pitný režim během hospitalizace je velmi dobrý, vypije cca 2 liry tekutin denně, nejvíce pije čaj. Kožní turgor i stav sliznic je dobrý. Kůže je celistvá, růžová a dobře prokrvená.

### **Vylučování a výměna**

S vyprazdňováním moči má pacientka obtíže jen v noci, kdy neudrží moč a pomoci si. Za noc i dvakrát. Se stolicí obtíže nemá. Na stolicí chodí pravidelně. Pocení je zvýšené díky odvykacímu stavu.

### **Aktivita a odpočinek**

Pacientka je plně soběstačná ve všech sebeobslužných činnostech. V posledních dnech má možnost vycházek, využívá je pro pocházky s manželem. Přes den si čte a luští křížovky a večer si povídá se spolupacientkami a dívá se na televizi. Při ergoterapii vyrábí různé předměty, jako jsou košíky, či náušnice s přívěskem na krk. Hodně ji to baví. Doma má kočky a pejska. Ráda s nimi chodí na vycházky. Ráda běhá a chodí cvičit. Se spánkem nemá obtíže, jen ze začátku hospitalizace nespala. Jinak spí dobře. Ráda si pospí i v odpoledních hodinách. Držení těla je vzpřímené, koordinace pohybů dobrá.

### **Vnímání a poznávání**

Pacientka je orientována místem a osobou, mírně dezorientovaná časem. Vnímání a prožívání své osoby i okolí podává přiléhavě. Halucinace po 4 dnech hospitalizace ustoupila. S pamětí pacientka žádné problémy nemá. Její verbální projevy jsou plynulé. V komunikaci je pacientka nedůvěřivá, nechce se otvírat cizím lidem. Na všechny otázky odpovídá a občas se i sama zapojí do rozhovoru.

### **Vnímání sebe sama**

Hodnotí se jako velmi přátelská, ale zároveň i uzavřená. Nerada se svěřuje se svými problémy cizím lidem. V Americe měla spoustu přátel, které tam nechala a často se jí po nich stýská. Kolektivu pacientek se nestraní. Její závislost jí v mnoha ohledech změnila. Občas je jí smutno a je plačtivá. Hodně jí záleží na rodině a její budoucnosti.



## **Vztahy**

Žije s manželem v panelákovém bytě. Manžel jí během hospitalizace nosí vše potřebné a v době pacientčina existenčního volna jí doprovází. Její manžel se chce rozvést. Už jí nedokáže věřit, jelikož to není poprvé, co se opila a léčí se, ale hodně jí podporuje a je schopen ji podpořit i finančně, chtějí být nadále dobří přátelé. Také za ní chodí její velmi dobrý kamarád, který ji v její léčbě podporuje.

## **Sexualita**

Se svým manželem měli uspokojivý sexuální život. Nezaznamenala žádné problémy. Žádné děti spolu neměli.

## **Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu**

Na stres a zátěžové situace doma reagovala úzkostí a začala pít. Bývá velmi neklidná až i trochu agresivní. Sebevražedné myšlenky nikdy neměla.

## **Životní princip**

Pacientka není věřící, je spíše materialistická. V životě považuje za důležité přestat pít a začít znovu pracovat a žít spokojeným životem. Čím dál tím více si uvědomuje, jak je důležité, aby se vyléčila a jak je důležité její zdraví.

## **Bezpečnost a ochrana**

V době hospitalizace nemá žádné sebevražedné úmysly, ani v minulosti se nevyskytovaly.

## **Komfort**

Aktuálně nepocítuje akutní ani chronickou bolest. Z počátku hospitalizace v důsledku odvykacího stavu a medikace se projevovaly subjektivní obtíže jako například nauzea, třes celého těla a pocení. V současné době obtíže nemá.

## **Růst a vývoj**

V této oblasti jsem nenalezla žádné ošetřovatelské problémy.

## 2.3 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> XY	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> _____	<b>Věk:</b> 42
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> _____	
<b>Adresa příbuzných:</b> _____	
<b>RČ:</b> 000000/0000	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Vzdělání:</b> vysokoškolské	<b>Zaměstnání:</b> nezaměstnaná
<b>Stav:</b> vdaná	<b>Státní příslušnost:</b> ČR, USA
<b>Datum přijetí:</b> 29. 1. 2012	<b>Typ přijetí:</b> hospitalizace
<b>Oddělení:</b> PLB – Detoxifikační oddělení 8	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. L. H.

### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

Závislost na alkoholu. Chce se léčit.

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

F10.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – odvykací stav s deliriem.

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

F10. – akutní intoxikace při přijetí. F10.3 – rozvoj odvykacího stavu. Jaterní ethylická cirhóza, hypotenze.

### **VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ**

<b>TK:</b> 120/75	<b>Výška:</b> 168 cm
<b>P:</b> 78´	<b>Hmotnost:</b> 54 kg
<b>D:</b> 19´	<b>BMI:</b> 19,1
<b>TT:</b> 36,7°C	<b>Pohyblivost:</b> třes celého těla
<b>Stav vědomí:</b> mírně dezorientovaná Časem	<b>Krevní skupina:</b> 0 Rh+

**Nynější onemocnění:**

F10.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – odvykací  
Stav s deliriem. F10. – akutní intoxikace při přijetí. F10.3 – rozvoj odvykacího  
stavu. Jaterní cirhóza, hypotenze.

**Informační zdroje:**

Informace získány od pacientky, jejího manžela a tchyně.

## 2.4 ANAMNÉZA

**Rodinná anamnéza:**

**Matka:** 85 let - zdravá

**Otec:** 71 let - zdrav

**Sourozenci:** bratr - zdrav

**Děti:** pacientka děti nemá

**Osobní anamnéza :****Překonané a chronické onemocnění:**

Prodělala běžné dětské nemoci, dlouhodobá hypotenze, epilepsie v roce 2006,  
udává kontakt s hepatitidou, má ethylickou cirhózu jaterní. Pacientka jiné závažné  
onemocnění neudává.

**Hospitalizace a operace:**

PL Bohnice 3. hospitalizace na detoxifikačním oddělení. Operace pacientka žádné  
neprodělala.

**Úrazy:** 0

**Transfúze:** 0

**Očkování:** řádné dle očkovacího kalendáře

### Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Essentiale forte N	tbl.	300 mg	1 – 1 – 1	Hepatoprotektivum
Simepar	cps.	70 mg	1 – 1 – 1	Hepatoprotektivum
Helicid 20	cps.	20 mg	1 – 0 – 0	Antiulceróza
Diazepam	tbl.	5 mg	½ - ½ - ½	Anxiolytikum

### Alergologická anamnéza

**Léky:** 0

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Jiné:** pyly

### Abúzy

**Alkohol:** s alkoholem má problémy od roku 2001. Pije 1,5l vína denně. Odvykací stav provází tremor, pocení, palimpsesty (alkoholická okénka) a RD neudává. Epilepsie postethylická v roce 2006. Patologické hráčství neudává.

**Kouření:** pacientka je nekuřačka

**Káva:** příležitostně

**Léky:** 0

**Jiné drogy:** 0

**Psychiatrická anamnéza:** se závislostí má problém od roku 2001. Opakovaně byla pacientka hospitalizovaná v PL Bohnice. Hospitalizována též PL Apolinář, kde byla léčena naposledy roku 2008.

## Gynekologická anamnéza

(u žen)

Menarché: 1985

Cyklus: nepravidelný

Trvání: 5 dní

Intenzita, bolesti: střední, bolest občasná

PM: srpen 2011

A: 0

UPT: 4

Antikoncepce: nebere

Menopauza: \_\_\_\_\_

Potíže klimakteria: \_\_\_\_\_

Samo-vyšetřování prsou: příležitostně,  
sledována na mamografu

Poslední gynekologická prohlídka: červenec  
2011

## Sociální anamnéza:

**Stav:** vdaná

**Bytové podmínky:** bydlí s manželem v panelákovém bytě

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** pacientka je vdaná, bohužel vztah s manželem neklape. On se chce rozvést. Už jí nedokáže věřit, jelikož to není poprvé, co se opila a léčí se, ale hodně jí podporuje a je schopen ji podpořit i finančně, chtějí být stále dobří přátelé.

**Záliby:** ráda si čte, luští křížovky, ráda se dívá na televizi. Doma má kočky a pejska – to je její velká záliba – ráda s nimi chodí na procházky.

### **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání:** vysokoškolské vzdělání – marketing a finance

**Pracovní zařazení:** momentálně nezaměstnaná. V ČR pracovala do roku 2004 jako Advertising Media Director – ředitelka mezinárodní firmy zabývající se reklamou.

Od roku 2005 pacientka pracovala 1 rok v telekomunikační společnosti. V roce 2006 pak v bance. Potom pomáhala manželovi s jeho prací.

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** pracovala 16 let, prozatím je nezaměstnaná kvůli své závislosti

**Vztahy na pracovišti:** —————

**Ekonomické podmínky:** dluhy a finanční tíseň pacientka nemá

### **Spirituální anamnéza**

**Religiozní praktiky:** nevěřící

**Podle vlastních slov pacientky:** Byla doma s manželem, tajně popíjela a začala padat, tak jí manžel přivezl do PL Bohnice. Včera vypila asi 1,5 litru vína. Postupně pije každý den asi tak 1,5 litru vína. Takto to trvá přibližně 3 měsíce. Tvrdý alkohol nepije vůbec. Od roku 2001 pociťuje problém s alkoholem. Tehdy ale nepila každý den. V roce 2005 se to velice zhoršilo a nastoupila poprvé na léčbu do PL Bohnice. Po léčení abstinovala asi 1 rok. Pak tedy nastoupila na léčbu k Apolináři. Pacientka uvádí, že abstinovala v roce 2009, kdy nastoupila do nového zaměstnání jako manager ve školce, v té době pila pouze o víkend. Když se zamyslela nad důvodem svého pití, tak žádný nenašla. Uvádí, že má skvělého manžela, psa, kočky, hezký byt, chodí cvičit, běhat a sportuje. Pacientka si neuvědomuje, že by někdy nastal nějaký zlom. Pacientka se při sepisování anamnézy sama na sebe zlobí a chce se léčit. Udává, že vidiny ani slyšiny nemá, sebevražedné sklony taktéž ne. Spí bez problémů a chuť k jídlu normální.

### **Lékařem zjištěné status praesens psychicus**

Pacientka je lucidní (při vědomi), vigilní (bdělá). Je orientovaná osobou, místem, ale mírně dezorientovaná časem. Mentálně v normě. Řeč je přiléhavá a bez latence (nezjevné). Kontakt a spolupráce s pacientkou je kvalitní. Forie (nálada)

v normě, bez výrazné tenze (napětí) či anxiety (úzkost). Emočně je velice stabilní. Její myšlení je koherentní (logické), bez bludné produkce. K situaci je velmi kritická, ale verbalizuje motivaci k léčbě.

### **Lékařem zjištěné status praesens somaticus**

Stavba těla a výživa normostenická. Hlava pokleповě nebolestivá, bez jakéhokoli patologického nálezu. Zornice jsou izokorické (stejně široké), bulby jsou ve středním postavení a volně pohyblivé, přítomen třes víček. Skléry jsou bílé a spojivky růžové. Hrdlo je klidné, jazyk plazí středem, je přítomen třes. Jazyk bez povlaku. Štítná žláza a uzliny jsou nehmatné. Hrudník je souměrný, dýchání sklípkové. Poklep plný a jasný. Ozvy ohraničené, šelest žádný, břicho je měkké, prohmatné, nebolestivé a bez rezistence (odporu). Dolní končetiny bez otoků. V horních končetinách viditelný třes. Přítomen třes celého těla. Hematomy na levém boku, pravém boku, levém rameni, na levém koleni a na pravém předkolení.

Závěrečná diagnóza lékaře: F10.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – odvykací stav s deliriem. Při přijetí altest 3,9 ‰.

### **Závěr lékaře**

Pacientka komplexně vyšetřena s diagnózou a závěrem F10. – akutní intoxikace při přijetí. F10.3 – rozvoj odvykacího stavu. F10.2 – syndrom závislosti na alkoholu.

42letá Američanka žijící v ČR, opakovaně léčena. Nyní 4. Hospitalizace v PL Bohnice. Naposledy léčena v roce 2008. Přichází pro recidivu. Altest 3,9 ‰. Problém s alkoholem již od roku 2001. Epileptické záchvaty v rámci odvykacího stavu v roce 2006. Pije alkohol denně 1,5 litru vína. Tvrdý alkohol nepije. Palimpsesty nemá, odvykací stav má (pocení, třes, nauzea). Naposledy pila alkohol v den přijetí (1,5 litru vína), ale postupně pije už 3 měsíce. Na CPP i oddělení stav stejný: lucidní, orientovaná místem, osobou, mírná dezorientace v čase. Kontakt i spolupráce kvalitní, forie ( nálada) v normě, bez výrazné tenze (napětí) či anxiety (úzkost). K situaci pacientka kritická, ale verbalizuje motivaci k léčbě. Rozvoj odvykacího stavu – třes celého těla, pocení. Medikace infuzní terapie: v plánu stabilizace. Vstupní laboratoř a moč na toxikologii odebrána. Dobrovolný vstup signován, informace podávat manželovi, tchýni a rodičům, pracovní neschopnost nepotřebuje.

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 5. 1. 2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Mám časté bolesti hlavy, často se cítím unavená“	<p><b>Hlava:</b> lebka mezocefalická, pokleповě nebolestivá bez patologického nálezu.</p> <p><b>Oči:</b> zornice jsou izokorické, bulby ve středním postavení a volně pohyblivé, přítomen třes víček. Skléry jsou bílé a spojivky růžové.</p> <p><b>Uši a nos:</b> bez výtoků.</p> <p><b>Dutina ústní:</b> rty souměrné, růžové, vlhké, jazyk plazí ve střední čáře, přítomen třes, bez povlaku. Zuby povleklé nahnědlým povlakem.</p> <p><b>Krk:</b> souměrný, šije volná. Štítná žláza a uzliny jsou nehmatné.</p>
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Nepocítuji žádné obtíže, občasně se zadýchávám“	<p><b>Hrudník</b> je souměrný, dýchání sklípkové, poklep plný a jasný. Ozvy ohraničené, šelest žádný. Prsy symetrické. Lymfatické uzliny nehmatné.</p>
<b>Srdeční a cévní systém</b>	„Mám občas nízký krevní tlak“	<p><b>Srdce:</b> úder hrotu je neviditelný, akce srdeční pravidelná, frekvence 78', ozvy ohraničené, bez šelestů, TK 128/75, bez cyanózy.</p>
<b>Břicho a GIT</b>	<p>„Obtíže s vyprazdňováním stolice nemám, chodím pravidelně“</p> <p>„Mám jaterní cirhózu“</p>	<p><b>Břicho:</b> měkké, prohmatné, nebolestivé a bez rezistence. Játra mírně zvětšena.</p> <p><b>Defekace:</b> vyprazdňování střeva pravidelné.</p>



<b>Močový a pohlavní systém</b>	<p>„V noci neudržím moč a pomočím se do postele“  „Bohužel 4x jsem podstoupila potrat“</p>	<p>Genitál normálně vyvinutý.  <b>Močový měchýř:</b> nepřesahuje symfýzu, nebolestivý. Uretra bez výtoku. Labia majora bez zduření. Okolí konečnicku klidné. Občasné pomočování v noci následkem léčebného procesu.</p>
---------------------------------	--	---

<b>Kosterní a svalový systém</b>	<p>„Bývám dost často unavená a slabá“  „Po alkoholu dost často padám a mám modřiny“</p>	<p>Pohyblivost zhoršená, hrubá i jemná motorika s mírnou odchylkou. Páteř bez patologických změn.  DK bez otoků, HK viditelný třes. Viditelný třes celého těla.  <b>Hematomy:</b> levý bok, pravý bok, levé rameno, na levém kolenu a na pravém předkolenu způsobené pádem.</p>
<b>Nervový a smyslový systém</b>	<p>„Třesou se mi ruce“</p>	<p>Lucidní, vigilní. Orientovaná osobou, místem, ale mírně dezorientovaná časem. Řeč přilehlá bez latence. Forie v normě. Emočně stabilní. Čich a sluch bez patologie.</p>
<b>Endokrinní systém</b>	<p>„Nemám žádné obtíže“</p>	<p>Štítná žláza a uzliny nezvětšeny. Bez zevních projevů.</p>
<b>Imunologický systém</b>	<p>„Často bývám nemocná“</p>	<p>Zvýšené pocení v důsledku odvykacího stavu. Alergie neudává. Pacientce jsou podávány vitamíny.</p>
<b>Kůže a její adnexa</b>	<p>„Mám sucho kůže a spoustu modřin“</p>	<p>Kůže a sliznice jsou bledé, suché. Mírný ikterus. Jizvy žádné, otoky</p>

		na H i DK. Dekubity nepřítomny. Vlasy krátké, nehty neupravené.
--	--	--

Aktivity denního života		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Stravování</b>	<b>Doma:</b> „Nestravuji se pravidelně, ale chuť k jídlu mám“ <b>V léčebně:</b> „Moc mi tu chutná, vaří tu dobře“	Pacientka váží 54kg a měří 168cm. Její BMI je 19,1. Pacientka má dietu číslo 2- s ohledem na její zdravotní stav.
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma:</b> „Piji dostatečně, ale nejvíc jsem pila alkohol“ <b>V léčebně:</b> „Vypiji asi 2 litry denně“	Pitný režim je dobrý pije 2 litry denně. Je pod neustálým dohledem, aby pitný režim nebyl moc velký.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma:</b> „Chodila jsem na WC a problémy jsem neměla“ <b>V léčebně:</b> „V noci mám problémy, často za noc se pomučuji“	Přes den chodí pravidelně na záchod, v noci se však pomočuje. A noc i dvakrát. PMK odmítá.
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma:</b> „Problémy se stolicí nemám, chodím pravidelně“ <b>V léčebně:</b> „Také nemám obtíže, chodím pravidelně“	U pacientky není potřeby podávání přípravků. Chodí zde pravidelně na WC.
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma:</b> „Spím dobře“ <b>V léčebně:</b> „Ze začátku jsem nemohla spát, ale teď už se mi spí lépe“	Ze začátku hospitalizace s ní byly obtíže, byla agresivní a nespala. Musela být i kurtována. Nyní spí celkem dobře. Pacientka má dobré podmínky ke spaní.

<b>Aktivita a odpočinek</b>	<p><b>Doma:</b> „Ráda chodím se svým pejskem na procházky“  „Ráda chodím cvičit a běhat“  „Večer si ráda čtu“  „Odpoledne se ráda prospím“</p> <p><b>V léčebně:</b> „Mám teď možnost chodit ven a to jsem ráda“  „Ráda si tu povídám s děvčaty, který mají stejný problém“</p>	<p>Přes den chodí na povinné aktivity, velmi jí to baví. Snaží se komunikovat se všemi ostatními pacientkami.</p> <p>Nejraději tu má ergoterapii, kdy vytváří různé košíky nebo náušnice.</p>
<b>Hygiena</b>	<p><b>Doma:</b> „Ráda se koupu ve vaně“</p> <p><b>V léčebně:</b> „Tady se sprchuji“</p>	<p>Pacientka je samostatná. Velice čistotná. Dodržuje všechny zásady hygieny.</p>
<b>Samostatnost</b>	<p><b>Doma:</b> „Jsem celkem soběstačná“</p> <p><b>V léčebně:</b> „Ze začátku jsem potřebovala dopomoc, ale teď už je dobré“</p>	<p>Pacientka je plně soběstačná.</p>

<b>Posouzení psychického stavu</b>		
	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>	„Žádné obtíže nevnímám“	Pacientka lucidní a vigilní.
<b>Orientace</b>	„Myslím, že se orientuji dobře, jenom mám trochu problémy s časem“	Orientovaná osobou, místem, ale mírná dezorientace je časem.
<b>Nálada</b>	„Náladu mám většinou dobrou, ale občas je mi smutno“	Mírně depresivní a někdy náladová.

<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Nemám žádné problémy“	Paměť je velmi dobrá, je schopna vyprávět své minulé zážitky.
	<b>Novopaměť</b>	„Nemám žádné problémy“	Je schopna si zapamatovat nové informace, ale občas se jí musí věci opakovat.
<b>Myšlení</b>		„Myslím si, že je bez problémů“	Myšlení je v celku logické a někdy i reálné.
<b>Temperament</b>		„Jsem velmi přátelská, ale zároveň i dost uzavřená“	Trochu uzavřená, má strach cokoliv o sobě říci, ale kolektivu se nestraní.
<b>Sebehodnocení</b>		„Celkem si myslím, že normální, i když si mnohdy nevěřím“	Moc si nevěří, ale mínění má o sobě dobré.
<b>Vnímání zdraví</b>		„Teď se cítím zdravá a zdraví si vážím, i když jsem hodně pila“	Staví své zdraví mezi první příčky v žebříčku hodnot, ale pítí jí dost ničí.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>		„Svůj zdravotní stav vnímá jako velmi špatný“ Kdybych si mohla vybrat, nikdy bych s pitím nezačala“	Svůj zdravotní stav vnímá jako velkou zátěž, bojí se, že až odejde z léčebny, nezvládne to, jako už tolikrát nezvládla.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>		„Prožívám to velmi špatně, ale můžu si za o sama“	Onemocnění v ní vyvolává velký strach a obavy.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>		„Teď už tu jsem dobrovolně,“	Zpočátku velmi

	chci se léčit“	špatná, ale dnes už se s tím vypořádala.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Nechtěla jsem takto skončit a nechci se s tím smířit, chci bojovat“	Přiměřené onemocnění.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Nejsem si vůbec ničím jistá, mám velký strach, co bude“	Jistotu necítí žádnou, jen ví, že i když se s ní manžel rozvede, tak ji se vším pomůže.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>	„Žádné si nevybavuji“	Nezjištěno.

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Myslím si, že je vše dobré, jenom má čeština není dobrá“	Komunikace přiměřená věku. Řeč je přiléhavá a bez latence.
	<b>Neverbální</b>	„Myslím, že s tím nemám problémy“	Komunikace přiměřená. Plně využívá gestikulace a mimiky.
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Jsem dobře informovaná“	Ví, co onemocnění obnáší a co to způsobuje.

	<b>O diagnost. metodách</b>	„Byla jsem informována dostatečně“	Informována dostatečně a opakovaně.
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Dostala jsem dobré informace“ „Vím, co to obnáší“	Informována dostatečně a opakovaně.
	<b>O délce hospitalizace</b>	„Vím, jak dlouho trvá základní léčba a že, je nedostačující“	Informována jak dlouho trvá základní léčba a i to, že je nedostačující.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>	„Jsem 42letá žena“	Bez patologií.
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	„Jsem hlavně manželka, dcera, snacha a manažerka“ „Bojím se, že v roli manželky už jsem selhala“	Manželka, dcera, snacha a managerka. Roli manželky teď nezvládá.
	<b>Terciální (související s volným časem a zálibami)</b>	„Ráda si čtu, chodím běhat a cvičit“	Bez patologií.

## **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

**Ordinovaná vyšetření: krevní vyšetření** - biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, serologické vyšetření.

### **Výsledky:**

<b>Biochemické vyšetření</b>	<b>Referenční meze:</b>
S – CRP 0,4 mg/l	0,1 – 5
S – Močovina 1,8 mmol/l	2 – 6,7
S – Kreatinin 58 $\mu$ mol/l	53 - 97
S – Sodík 134 mmol/l	136 - 145
S – Kalium 3,37mmol	3,8 – 5,4
S – Chloridy 96 mmol/l	98 - 107
S – Bilirubin 15 $\mu$ mol/l	3,4 – 17,1
S – ALT 1,8 $\mu$ kat/l	0,05 – 0,73
S – AST 3,28 $\mu$ kat/l	0,08 – 0,67
S – GMT 23,06 $\mu$ kat/l	0,14 – 0,63
S – Alkalická fosfatáza 2,14 $\mu$ kat/l	0,66 – 2,4
S – Celková bílkovina 78,6 g/l	64 – 85
S – Albumin 42,5 g/l	35 – 53
S – Beta – Lipoprotein 9,4 g/l	3,6 – 6,4
S – Glukoza 8,2 mmol/l	4,2 – 5,6
<b>Hematologické vyšetření</b>	
Hemoglobin 130 g/l	120 – 160
Hematokrit 0,386	0,35 – 0,47
Erytrocyty 3,85	3,9 – 5,1
Trombocyty 98 $10^9/l$	154 – 394
Leukocyty 7,33 $10^9/l$	4 – 10
P – Quick (INR) 0,91 l	2 – 4
P – APTT 0,94	0,8 – 1,2
<b>Serologické vyšetření</b>	
S – Anti HAV IgM – negativní	
S – Anti HAV IgG – negativní	
S – HCV - negativní	

**Konzervativní léčba:**

**Dieta:** dieta šetřící číslo 2      **Pohybový režim:** snížený

**RHB:** 0

**Výživa:** přiměřená onemocnění

**Medikamentózní léčba:**

• **Per os:**

Essentiale forte N – 1 – 1 – 1

Simepar – 1 – 1 – 1

Helicid 20 – 1 – 0 – 0

Diazepam - ½ - ½ - ½

- **Intra venózní:** F1/1 500 ml + 7,5 % KCL 20 ml + 1 ampule Apaurinu (10mg/2ml);  
G5 % 500ml + 10 % MgSO<sub>4</sub> 1 ampule + 1 ampule Apaurinu  
(10mg/2ml) + vitamin B, C + 7,5 % KCL 10 ml

- **Per rectum:** 0

- **Jiná:** 0

**Chirurgická léčba:** 0



## **Situační analýza:**

Pacientka byla přijata plánovaně na oddělení léčby závislostí v PL Bohnice. V prvních dnech pacientka ležela na uzavřeném detoxifikačním oddělení. Kde měla klidový režim a zpočátku intravenózní léčbu. Odvykací část byla pro ni nejhroší, proto v začátku byla nespolupracující, musela být i připoutána na lůžko. V dalších dnech pacientka díky narůstající spolupráci a po podepsání dobrovolného vstupu byla přeložena na detoxifikační část s mírnějším dohledem, kde se postupně seznamovala s ostatními pacientkami. Dne 20. 9. 2012 byla pacientka přeložena na oddělení s denním režimem. Kde probíhají terapeutické sezení, různé denní činnosti jako například jízda na koních, vyrábění košíčků, ale také si pacientky musí uklízet své pokoje, uklízet chodby, koupelny a záchody – na to vše mají rozpis o službách. Plán ošetrovatelské péče je stanoven od 6. 2. 2012 – 8. 2. 2012. Pacientka dodržuje pitný režim a stravu. Sleduje se bilance tekutin. V rámci oddělení je samostatná. V noci spí a usíná dobře. V oblasti sebezpečí je samostatná. Pacientka má povolené návštěvy manžela, který ji navštěvuje.

## **Celkové hodnocení:**

V průběhu hospitalizace na oddělení léčby závislostí se stav pacientky výrazně zlepšil. Pacientka je seznámena se svým onemocněním a následnou léčbou, kdy hlavní je abstinence. Zpočátku měla problémy spolupracovat, ale později si povídala a spolupracovala. Komunikace byla velmi příjemná. Ráda povídala o své rodné zemi, a jak se jí stýská. Po 10 dnech byla přeložena na „dolní“ detoxifikační oddělení, kde spolupracovala s psychologem. Za dalších 12 byla přeložena na oddělení s denním režimem. Zde se jí líbilo nejvíce. Měla tu spoustu aktivit, jako jsou vycházky, vyrábění košíčků a jiné. Docházel za ní manžel, který měl velký zájem o její uzdravení, takže chodil a společné rodinné terapie.

## 2.5 Ošetřovatelský plán

Pacientka byla hospitalizovaná od 29. 1. 2012 na detoxifikačním oddělení. Naše praxe v PL Bohnicích začala 5. 2. 2012. Od začátku své hospitalizace byla pacientka neklidná a nespolupracovala. Prodělala několik epileptických záchvatů. Měla halucinace, kdy viděla svou matku a povídala si s ní. Chtěla jít na svatbu své kamarádky. V době neklidnosti byla připoutaná na lůžko pomocí kurtů a byl změněn status jejího dobrovolného vstupu na nedobrovolný.

Dne 5. 2. 2012 je stále pacientka hospitalizovaná na uzavřeném detoxifikačním oddělení. Ráno jsme pacientce změřili TK, P a TT. Poté se šla pacientka osprchovat a provedla ranní hygienu. Podala jsme pacientce ranní léky pod kontrolou. Dopoledne dostala infuzi – FR 500 ml + KCL 7,5 % /20 ml + vitamín B, C po 1 ampulce. Po obědě dostala polední léky a změřili jsme TK,P. Odpoledne pacientka hovořila s lékařkou. Dnes se cítí dobře, přes den i četla a luštila křížovky. Pacientka celý den spolupracovala a byla klidná. Chvillemi plačtivá, ale postupně klidnější. Večer si povídala se spolupacientkami. V noci zvracela a dle ordinace lékaři jí byl podaný Torecan intravenózně 1 ampule.

Dne 6. 2. 2012 jsme měřili pacientce fyziologické funkce a podala ranní medikaci pod dohledem. Provedla hygienu a byla jí podána infuze – FR 500 ml + KCL 7,5 % 20 ml + vitamín B, C po 1 ampulce. Během dne se pacientka vážila a měřila. Po obědě jsme pacientce podali polední medikaci a změřili fyziologické funkce. Odpoledne měla sezení s lékařkou. Sama vnímá svůj stav jako pozitivní a ráda by se už posunula v léčbě, byla v dobré náladě, četla si a povídala se spolupacientkami. Celou noc spala.

Dne 7. 2. 2012 je to 10 den hospitalizace pacientky. Ráno byly provedeny odběry na kreatinin, močovinu, krevní obraz, na ionty – chloridy, kalium, natrium a jaterní soubor, CRP, APTT, Quick a INR. Ráno jsme změřili fyziologické funkce a podali léky pod kontrolou. Osprchovala se a provedla ranní hygienu. Pacientce jsme z důvodu ukončení intravenózní léčby odstranili kanylu z levého předloktí.

Po obědě jsme podali medikaci pod kontrolou a změřila TK, P. Odpoledne pacientka hovořila s lékařkou. Obdržela dopis od soudu pro Prahu 8 o NV. Má strach, že si pro ni přijde policie. Lékařka pacientce vysvětlila význam NV. Léčít se chce a chce žít. Jinak se cítí dobře, přes den si četla. Celou noc spala.

Důležitou součástí na uzavřeném detoxifikačním oddělení je klid na lůžku, bazální psychoterapie – podpůrná léčba a motivační léčba pacientky, proto jsou pacienti díky medikaci často unaveni a více spí.

Dne 8. 2. 2012 byla pacienta přeložena na „dolní“ detoxifikační oddělení (mírnější režim). Má klidový režim, a podepsala DV. Dne 20. 2. 2012 přeložena na režimovou část oddělení. Během hospitalizace na režimové části oddělení se pacientka začlenila, ale hovořila o podepsání negativního reverzu, chce odejít. Prý léčba zde není pro ni vyhovující. Tříměsíční léčbu v PL Bohnicích dokončila a pak nastoupila léčbu v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. U pacientky hrozí vysoké riziko recidivy.

## 2.6 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská péče o nemocné se závislostí na psychoaktivních látkách je velmi individuální a rozdílná podle toho, jakém stádiu nemoci se jedinec nachází.

V akutní fázi, kdy jde o detoxifikaci nemocného, nebo u pacienta v deliriu, musíme sledovat somatický i psychický stav i potencionální problémy pacienta. Ošetrovatelské intervence by měly být zaměřeny na bezpečí pacienta a na prevenci úrazů, na dobré osvětlení místnosti. Detoxifikace probíhá na uzavřeném detoxifikačním oddělení, kde odeznívají odvykací potíže.

*Seznam ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie I. a seřazeno dle priorit*

- 1) **Neefektivní léčebný režim z důvodu nespolupráce pacientky projevující se nedodržováním režimu oddělení.**
- 2) **Urgentní inkontinence z důvodu akutního stavu při základním onemocněním projevující se opakovaným pomočováním v noci.**
- 3) **Akutní zmatenost z důvodu základního onemocnění projevující se dezorientací v čase.**
- 4) **Strach a úzkost z důvodu ztrát životních jistot projevující se špatným usínáním.**
- 5) **Abúzus během hospitalizace z důvodu závislosti na alkoholu projevující se poruchami chování, nespoluprací a arogancí.**
- 6) **Riziko infekce v souvislosti se zavedením PŽK projevující se zarudnutím a bolestí.**

*Aktuální ošetrovatelské diagnózy*

**Neefektivní léčebný režim z důvodu nespolupráce pacientky projevující se nedodržováním režimu oddělení.**

**Cíl dlouhodobý:** pacientka dodržuje léčebný režim a spolupracuje s personálem (do 2 týdnů).

**Cíl krátkodobý:** pacientka akceptuje potřebnou změnu chování, aby bylo možno dosáhnout žádoucích výsledků (do 1 týdne).

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka si uvědomuje vážnost svého onemocnění (do 4 dnů),
- projevila takovou změnu chování a způsob života, který umožní pokračovat v léčebném režimu (do 6 dnů),
- pacientka je klidná (do 3 dnů).

**Plán intervencí:**

- nalezni příčiny přispívající k současné situaci - ihned,
- zjistí jak moc je pacientka seznámena s nárokem své léčby – do 24 hodin,
- naslouchej pacientce, vysvětli důležitost léčby - ihned ,
- podávej psychofarmaka dle ordinace lékaře při agresi a nespolupráci - denně.

**Realizace od 5. 2. – 10. 2. 2012:**

S pacientkou jsme si v klidu sedli a povídala si s ní. Pečlivě jsme naslouchali jejím problémům a snažili se jí pomoci při rozhodování do budoucnosti. Domluvili jsme jí pohovor s lékařkou. Při podání psychofarmak jsme postupovali v klidu a vysvětlili význam podání. Vše provádíme pod odborným dohledem zdravotnického personálu.

**Hodnocení 10. 2. 2012:**

Dosáhli jsme spolupráce pacientky a změnu jejího chování k důležitosti její léčby. Uvědomuje si závažnost svého onemocnění. Dodržuje léčebný režim a zapojuje se do komunikace s ostatními spolupacientkami. Začala si i číst a luštit křížovky.

**Urgentní inkontinence z důvodu akutního stavu při základním onemocnění projevující se opakovaným pomočováním v noci.**

**Cíl dlouhodobý:** pacientka chápe důsledky svého onemocnění a všechny postupy, kterými lze toto onemocnění překonat a zmírnit jeho následky (do 1 týdne).

**Cíl krátkodobý:** pacientka zná cviky na posílení pánevního dna (do 2 dnů).

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- zná vhodnost složení nápojů (do 2 dnů),
- pacientka je edukována o dodržování pitného režimu (do 1 dne),
- pacientka je edukována o pomoci druhé osoby (do 1 dne).

**Plán intervencí:**

- seznam pacientku s pomůckami pro inkontinenci – do 1 dne,
- seznam pacientku o vhodnosti složení nápojů, dodržování pitného režimu a pitím před spaním – do 1 dne,
- zaznamenávej frekvenci pomočování v průběhu 5ti dnů.

**Realizace od 5. 2. – 10. 2. 2012:**

Poučili jsme pacientku, jak je důležité, aby dodržovala pravidelné návštěvy toalety. Zaznamenávali jsme frekvenci pomočování. Poučili jsme ji o nápojích a pitím před spaním. Seznámili jsme jí s možností použití kompenzačních pomůcek, jako jsou pleny a vysvětlili důvod jejího nočního pomočování a poučili ji o vhodnosti složení nápojů.

**Hodnocení 10. 2. 2012:**

Pacientka se naučila různé cviky na posílení pánevního dna. Na noc si bere pacientka pleny. Častost nočního pomočování ustoupila. Chápe důsledky nočního pomočování. A zná vhodnost složení nápojů

**Akutní zmatenost z důvodu základního onemocnění projevující se dezorientací v čase.**

**Cíl dlouhodobý:** pacientka zahajuje změny životního stylu a chování zabraňující recidivě problému (do 3 týdnů).

**Cíl krátkodobý:** jasně si uvědomuje realitu, místo, čas a je orientována všemi kvalitami (do 1 týdne).

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- pacientka si jasně uvědomuje realitu, místo, čas a je orientován všemi kvalitami - do 2 dnů,
- má navozený pravidelný cyklus spánku a bdělosti – do 1 dne,
- pacientka je schopna udržet pozornost – do 3 dnů,
- zahajuje změny životního stylu a chování zabraňující recidivě problému – do konce hospitalizace.

**Plán intervencí:**

- zhodnot' rozsah poruchy orientace, schopnosti udržet pozornost, komunikovat s okolím a přiměřeně reagovat – do 1 dne,
- sleduj podrážděnost, míru úzkosti, neklidu, dezorientace, apatie, lhostejnosti a halucinace v časových souvislostech – denně,
- ptej se pacientky jaký je den, kolikátého je, kde se nachází a kdo je – denně.

**Realizace od 5. 2. – 10. 2. 2012:**

S pacientkou jsme si každé ráno povídali a ptali se jí kolikátého je, jaký je den, kde se pacientka nachází a kdo je. Sledovali jsme její naladění každý den a ptali se, jak se cítí, jak se vyspala a jak se dnes má.

### **Hodnocení 10. 2. 2012:**

Pacientka je orientovaná časem. Změnila postupně svůj životní styl a náhled na své onemocnění tedy na svůj problém a snaží se dělat vše pro to, aby se to už neopakovalo.

**Strach a úzkost z důvodu ztrát životních jistot projevující se špatným usínáním.**

**Cíl dlouhodobý:** užívá správných postupů v prevenci jejího vzniku (do 2 týdnů).

**Cíl krátkodobý:** pacientka umí vyjádřit své pocity úzkosti (do 5 dnů).

**Priorita:** střední.

### **Výsledná kritéria:**

- umí rozlišit konkrétní strach a úzkost (do 3 dnů),
- snaží se řešit své problémy (do 2 dnů).

### **Plán intervencí:**

- sleduj projevy úzkosti – denně,
- naslouchej pacientce se zájmem, respektem a úctou – denně,
- umožni pacientce popsat její pocity – do 1 dne,
- zapoj pacientku do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést její pozornost od problému – denně,
- podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky a vedlejší účinky – denně.

### **Realizace od 5. 2. – 10. 2. 2012:**

Sledovali jsme pacientčiny projevy úzkosti a naslouchali se zájmem. Povídali jsme si o jejích problémech a snažili jsme se je společně vyřešit. Pacientka byla zapojena do aktivit jako je čtení knížky a luštit křížovky. Dle ordinace jsme podali léky na úzkost. Léky jsme připravovali a podávali pod odborným dohledem zdravotnického personálu.



**Hodnocení 10. 2. 2012:**

Pacientka se uklidnila a naučila se projevovat své pocity. Naučila se rozlišovat úzkost a konkrétní strach. Naučila se řešit své problémy v klidu a postupně.

*Potencionální diagnózy*

**Abúzus během hospitalizace z důvodu závislosti na alkoholu projevující se poruchami chování, nespoluprací a arogancí.**

**Cíl dlouhodobý:** zabránit abúzu během hospitalizace (denně).

**Cíl krátkodobý:** kontrola dodržování režimu, pravidelné kontroly altestu (denně).

**Priorita:** vysoká.

**Plán intervencí:**

- dohlédni na dodržování režimové léčby - denně,
- zajisti pravidelnou účast na psychoterapii – denně,
- dohlédni na pravidelnou účast na rodinné terapii – do 2 dnů,
- zajisti zvýšený dohled a pravidelný zápis do dokumentace - denně.

**Realizace od 5. 2. – 10. 2. 2012:**

Pacientka je hospitalizována na uzavřeném oddělení, kde je zvýšený dohled. Každý den dohlížíme na dodržování pravidelného režimu. Kontrolujeme, zda pacientka užívá své léky. Má pravidelné sezení s lékařem. Rodina dochází na pravidelné rodinné terapie s pacientkou a lékařem. Farmaka podáváme dle ordinace lékaře a pod dohledem zdravotnického personálu.

**Hodnocení 10. 2. 2012:**

Pacientka dodržuje léčebný režim. Je seznámena se zákazem požívání alkoholu.

**Riziko infekce v souvislosti se zavedením PŽK projevující se zarudnutím a bolestí.**

**Cíl dlouhodobý:** pacientka si nestěžuje na bolest v místě vpichu (do 3 dnů).

**Cíl krátkodobý:** místo vpichu je klidné, okolí vpichu není zarudlé, místo vpichu je suché a dobře kryté (do 1 dne).

**Priorita:** střední

**Plán intervencí:**

- postupuj asepticky u ošetřování invazivních vstupů – denně,
- vyměňuj krytí pravidelně každý den,
- prováděj výměnu kanyly každých 72 hodin,
- kontroluj místo vstupu a ptej se pacientky na bolest – denně.

**Realizace od 5. 2. – 10. 2. 2012:**

Každý den jsme PŽK převazovali. Připravili jsme si sterilní krytí, dezinfekci a čtverečky na otření. Postupovali jsme asepticky. Okolí PŽK jsme vždy zkontrolovali. Na bolest v místě vpichu jsme se ptali pacientky každý den a při každém podávání infuze.

**Hodnocení 10. 2. 2012:**

Permanentní žilní katétr je sterilně krytý a místo vpichu suché. Okolí vpichu je klidné a není zarudlé. Pacientka si nestěžuje na bolesti. Prováděli jsme pravidelné výměny PŽK pod odborným dohledem zdravotnického personálu.

## **2.7 Doporučení pro praxi**

Vzhledem k tomu, že problematika alkoholové závislosti je velice specifická a vyžaduje nejen od samotných pacientů, ale také od jeho blízkých a v neposlední řadě i od personálu specifický přístup. Na základě studia a poznatků z praxe vyplývají následující doporučení.

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- vždy empatický přístup k pacientům a zachování profesionální role, neodsuzovat/nelítovat, důraz na důstojnost pacienta,
- doživotní vzdělávání psychiatrických sester – pravidelné pořádání seminářů pro psychiatrické sestry,
- pravidelné pořádání seminářů pro psychiatrické sestry,
- spolupráce s lékařským týmem – multidisciplinární (s psychology, sociálními pracovníky atd.),
- podporovat pacienty v léčbě,
- naslouchat a být nablízku
- povídat si o jejich problémech.

### **Doporučení pro pacienta:**

- zajistit mnoho užitečných informací co alkohol způsobuje, jak moc škodí a proč s ním přestat,
- podat informace o léčbě, popřípadě dát kontakt na dobrého psychologa,
- dodržovat zdravý životní styl – navštěvovat pravidelně lékaře, hovořit o svých problémech, přiznat si pochybení, vyhýbat se rizikovým situacím, včas vyhledat odbornou pomoc, aktivně vyhledávat informace o problematice abstinence/alkoholové závislosti,
- dát pacientovi všechny důležité kontakty, aby věděl na koho se v případě recidivy obrátit,
- dát seznam všech léčebných zařízení detoxifikační, ale i následné péče a chráněná bydlení.

**Doporučení pro rodinu:**

- zapojení rodiny do léčby,
- navštěvovat s pacientem rodinné terapie,
- snažit se všemi způsoby zabránit v popíjení alkoholu,
- nemít v blízkosti nemocného jakýkoli druh alkoholu,
- podporovat ho v léčbě a dokazovat, že mu na něm stále záleží.

## ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na alkoholu. Cílem práce bylo informovat čtenáře o této problematice a podrobně ji popsat včetně léčby, ošetrovatelského procesu a dalších informací týkajících se problému alkoholismu. Informace uvedené v této práci rozšiřují znalosti čtenáře a upřesňují podrobnosti spojené s touto problematikou. Dle zkušeností je léčba v České republice kvalitní, ale informovanost veřejnosti o možnostech léčby se závislostí na alkoholu je nedostatečná. Pití alkoholu má velkou dlouholetou tradici a společnost je k jeho užívání velice tolerantní. Alkohol, i přesto že je legální, stále zůstává drogou srovnatelnou s heroinem či jinými opiáty.

Tato práce byla velkým přínosem, zároveň i podnětem ke shrnutí dostupných informací a snaze o hlubší porozumění danému tématu. V budoucnu mohou tyto zjištěné informace využít všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři a i jiné obory. Bylo zjištěno mnoho nových přínosných informací.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Citováno dle normy ČSN ISO 690:2011

1. DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. ISBN 978-80-247-0197-9.
2. EHRMANN, Jiří jr., Petr SCHNEIDERKA, Jiří EHRMANN. *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 978-80-247-1048-X.
3. FÜRST, Maria. *Psychologie, Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. ÖBV Pädagogischer Verlag GmbH, Wien, 1993. Translation Jiří HORÁK 1997. Votobia, 1997. ISBN 978-80-7198-199-0.
4. HÖSCHL, Cyril a kolektiv. *Psychiatrie učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Scientia Medica, 1997. ISBN 978-80-85526-64-6.
5. JÍLEK, Jan. *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha: Roční období, 2008. ISBN 978-80-85524-03-1.
6. KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, 2, Mezioborový přístup*. 1. vyd. vydal Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 978-80-86734-05-6.
7. MILLEROVÁ, Geri. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-765-3.
8. MALÁ, Eva, Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. ISBN 978-80-7178-700-0.
9. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 978-80-247-1399-3.
10. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ, Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1151-6.
11. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost, Současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
12. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY. *Bažení (craving)*. Praha: Sportpropag a.s., 1999.
13. NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha: Sportpropag a. s., 1996.
14. NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006. ISBN 978-80-7294-206-9.

15. NĚMCOVÁ, Jitka, Ilona MAURITZOVÁ. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha: Maurea, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-902876-8-6.
16. RITSON, Bruce. *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. ISBN 978-80-7071-203-1.
17. ÚHLINGER, Claude, Marlyse TSCHUI. *Když někdo blízký pije*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-610-0.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese, Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 978- 80-7178-678-0.
19. VOKURKA, Martin. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 978-80- 7345-037-2.
20. BLAHOŠ, Jaroslav. *Lékařské listy- příloha Zdravotnických novin- Psychiatrie*. 2002. (5). 34-35. ISSN 0044-1996
21. Antabus In: *Google Česká republika* [online]. Google ©2013. [cit. 2013-03-17]. Dostupné:<http://www.google.cz/search?q=antabus&hl=cs&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=WjNHUa5sxSzBvKgagP&sqi=2&ved=0CAcQAUoAQ&biw=1184&bih=567#imgrc=HE3460GPhsSC7M%3A%3BQh7Fh3Jd1OSkM%3Bhttp%253A%252F%files.alkoholik.webnode.cz%252F2000000023186432804%252Fantabusmedium.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Falkoholik.webnode.cz%252Fantabus%252F%3B239%3B405>.
22. ACTAVIS Příbalová informace: Informace pro uživatele. In: *Lékárna.cz*. Pears Health Cyber, s.r.o., 2012. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://www.lekarna.cz/antabus-50x400mg-sumive-tablety-138597>
23. Ambulantní péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) 2011/ÚZIS ČR. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – Nechanská Blanka. 2012 [cit.2013-03-20]. Dostupné: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/ambulantni-pece-pacienty-uzivajici-psychoaktivni-latky-alkohol-jine-drogy-roce-2011>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Prohlášení o sběru informací k vytvoření bakalářské práce	I
Příloha B – Antabus – příbalový leták	II
Příloha C – Heminevrin – příbalový leták	III
Příloha D – Denní program pacientů na detoxifikačním oddělení, pracovní den	IV
Příloha E – Denní program pacientů na detoxifikačním oddělení, den pracovního volna	V



Příloha A - Prohlášení o sběru informací k vytvoření bakalářské práce

Prohlašuji, že jsem veškeré informace a podklady použité ke zpracování bakalářské práce čerpala v rámci studia na odborné praxi.

V Praze dne 29. 3. 2013

*podpis*

## Příloha B – Antabus – příbalový leták



Obr. Antabus 200g tbl

Zdroj: GOOGLE, 2013

Obsahuje látku disulfiram. Forma léku: šumivá tableta. Dávka se nechá rozpustit ve sklenici vody a bezprostředně před požitím se obsah promíchá.

Antabus je indikován při odvykací léčbě chronického alkoholismu. Reaguje s alkoholem. Použití jako psychická podpora.

Kontraindikací jsou srdeční nedostatečnost, psychózy, těhotenství, přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku a lékovou závislost.

Nesmí se podávat minimálně 24 hodin po posledním požití alkoholu.

Dávkování: Přesné dávkování a délku léčby určí lékař. První den léčby se užívají 2 šumivé tablety (800 mg) Antabusu v jedné dávce, další den 1 1/2 tablety (600 mg), třetí den 1 tableta (400 mg), čtvrtý a pátý den 1/2 tablety (200 mg). Dále se užívá udržovací dávka 1/2 tablety (200 mg) nebo 1/4 tablety (100 mg) denně. Týdenní dávka 700-1400 mg se může užívat ve dvou nebo třech dávkách v průběhu týdne.

Pro zjištění účinnosti léčby může lékař rozhodnout o provedení zkoušky alkoholem. (LÉKÁRNA.CZ, 2012)

## Příloha C – Heminevrin – příbalový leták



### Krátký text

HEMINEVRIN 300 mg obsahuje léčivou látku klomethiazol. Tato léčivá látka patří do skupiny léčiv, která se označují jako hypnotika nebo sedativa. HEMINEVRIN 300 mg má uklidňující účinek na Vaši nervovou soustavu.

### Užití

HEMINEVRIN 300 mg se používá k léčbě pocitu neklidu a nabuzenosti (agitovanost), léčbě nespavosti, pokud nemůžete usnout, odstranění příznaků při odvykání pití alkoholu.

### Dávkování

Pokud se probouzíte v průběhu noci, obvykle se užívají 1-2 tobolky před spaním. Pokud pocítujete neklid a nabuzenost, obvykle se užívá 1tobolka třikrát denně. Pokud se chcete zbavit závislosti na alkoholu, lékař Vám předepíše na počátku léčby vyšší dávku, obvykle 2-4 tobolky, které se užívají vždy po několika hodinách. Postupně bude lékař předepsanou dávku snižovat. Neužívejte HEMINEVRIN 300 mg po dobu delší než Vám předepsal lékař.

### Kontraindikace

Neužívejte přípravek HEMINEVRIN 300 mg jestliže jste alergický(á) na klomethiazol nebo na kteroukoliv složku přípravku, jestliže máte plicní problémy nebo dýchací obtíže (akutní plicní nedostatečnost).

### Fakta

Vždy užívejte HEMINEVRIN 300 mg přesně podle pokynů lékaře. HEMINEVRIN 300 mg užívejte vždy před jídlem nebo vždy po jídle.

V průběhu léčby přípravkem HEMONEVRIN nepijte alkohol. Kombinace alkoholu a přípravku HEMINEVRIN 300 mg by Vám mohla uškodit. Pokud potřebujete více informací, zeptejte se Vašeho lékaře.

### Složení

Jedna tobolka obsahuje 192 mg klomethiazolu.

Pomocné látky: střední nasycené triacylglyceroly, želatina, glycerol 85%, sorbitol-mannitol-oligosacharidy, oxid titaničitý (E 171) a hnědý oxid železitý (E 172).

Veškerá práva pořizovatele číselníku PDK jsou vyhrazena. Neoprávněné užití dat z číselníku PDK (kódů, textů, obrázků apod.) je porušením autorského práva a bude postihováno podle platných právních předpisů.

Příloha D – Denní program pacientů na detoxifikačním oddělení PL Bohnice  
stanice 31, pracovní den

**Stanice 31 – detoxifikační část, pracovní den**

<i>Čas</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Odpovědnost</i>
07.00	Budíček	vedoucí směny
07.00–7.45	Ranní toaleta	pacienti
8.00	Snídaně	vedoucí směny
8.20	Výdej léků pod dohledem	vedoucí směny
9.00–11.00	Dopolední vizita	pověřený lékař *)
9.00–11.00	Dopolední úklid za pomoci pacientů detoxifikace, jejichž stav to umožňuje	pod dohledem člena týmu, kterého pověří vedoucí směny
9.00–12.00	Společný program (příprava na aktivní léčbu, práce s motivací, poradenství atd., cca 30 minut) **)	pověřený člen týmu *)
12.00	Oběd	vedoucí směny
12.20	Výdej léků pod dohledem	vedoucí směny
12.30–15.00	Odpolední vizita	pověřený lékař
12.30–17.30	Společný program (příprava na aktivní léčbu, práce s motivací, poradenství atd., cca 30 minut) ***)	pověřený člen týmu
18.00	Večeře	vedoucí směny
18.20	Výdej léků pod dohledem	vedoucí směny
18.30–18.30	Úklid za pomoci pacientů detoxifikace, jejichž stav to umožňuje	pod dohledem člena týmu, kterého pověří vedoucí směny
21.00	Večerní toaleta	pacienti
22.00	Večerka	vedoucí směny
Nepřítomnost během noci	Nejméně tři kontroly (pokud některý pacient nevyžaduje nepřetržitý dohled)	vedoucí směny
Průběžně během dne	Psaní životopisů nebo jiných elaborátů	pacienti

\*) O koho konkrétně se bude jednat, se rozhodne vždy na ranní schůzce týmu

\*\*) V pracovní den po dni volna vybrání písemných úkolů.

\*\*\*) V pracovní den před dnem volna zadání písemných úkolů.

Příloha E – Denní program pacientů na detoxifikačním oddělení PL Bohnice stanice  
31, den pracovního volna

<b>Stanice 31 – detoxifikační část, den pracovního volna</b>		
<i>Čas</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Odpovědnost</i>
7.00	Budíček	vedoucí směny
7.00–7.45	Ranní toaleta	pacienti
8.00	Snídaně	vedoucí směny
8.20	Výdej léků pod dohledem	vedoucí směny
9.00–11.00	Dopolední úklid za pomoci pacientů detoxifikace, jejichž stav to umožňuje	pod dohledem člena týmu, kterého pověří vedoucí směny
10.00–10.30	Společný edukativní program	pověřený člen komunity, pokud možno pod dohledem člena týmu *)
12.00	Oběd	vedoucí směny
12.20	Výdej léků pod dohledem	pověřený člen komunity pokud možno pod dohledem člena týmu
13.00–13.30	Muzikoterapie	pověřený člen komunity pokud možno pod dohledem člena týmu
14.00–17.30	Zpracovávání písemných úkolů	pověřený člen týmu
18.00	Večeře	vedoucí směny
18.20	Výdej léků pod dohledem	vedoucí směny
18.30–18.30	Úklid za pomoci pacientů detoxifikace, jejichž stav to umožňuje	pod dohledem člena týmu, kterého pověří vedoucí směny
21.00	Večerní toaleta	pacienti
22.00	Večerka	vedoucí směny
Nepravidelně během noci	Nejméně tři kontroly (pokud některý pacient nevyžaduje nepřetržitý dohled)	vedoucí směny

\*) O koho konkrétně se bude jednat, se rozhodne vždy na ranní schůzce týmu v pracovní den.