

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

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

Bakalářská práce

LENKA ŽABOKRTSKÁ, 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

Žabokrtská Lenka
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u nemocného se závislostí na alkoholu

Nursing Process for Alcohol – Addicted Patients

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

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s využitím literatury a ostatních zdrojů v ní uvedených.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. března 2013

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych především poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D., která mi svým přístupem, znalostmi a zkušenostmi pomohla při vypracování této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Psychiatrické léčebně Kosmonosy, zejména celému týmu oddělení závislosti pod vedením primáře MUDr. Krákory, za ochotu, spolupráci a za svolení nahlédnout do dokumentace pacienta.

ABSTRAKT

ŽABOKRTSKÁ, Lenka, DiS. *Ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2013. 66 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu. Teoretická část předkládá základní charakteristiku zdraví a nemoci, povolání všeobecné sestry, ošetrovatelství včetně psychiatrické péče a ošetrovatelského procesu. Dále se zabývá duševními poruchami vyvolanými psychoaktivními látkami obecně a poté, vzhledem k tématu práce, konkrétně syndromem závislosti na alkoholu. Informace pro teoretickou část byly získány studiem odborné literatury. Praktická část práce popisuje ošetrovatelský proces u konkrétního nemocného se syndromem závislosti na alkoholu.

Klíčová slova: Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. Nemoc. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelství. Syndrom závislosti na alkoholu. Všeobecná sestra. Zdraví.

ABSTRACT

ŽABOKRTSKÁ, Lenka, DiS. *Nursing Process for Alcohol-Addicted Patient*. The College of Nursing, o. p. s. Bachelors study (Bc.). The supervisor of the thesis: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2013. 66 p.

The theme of this bachelor work is attending process by patients with alcohol addiction. The theoretical part of this work submits the basic characteristic of health and disease, profession of nurse, attendance including psychiatric care and attending process. Further it deals with mental defects evoked by psychoactive substances in general and next, considering the theme of this work, it deals concretely with syndrome of alcohol addiction. Information for the theoretical part of this work was obtained by studying of subject literature. The practical part of the work describes attending process by concrete patient with alcohol addiction syndrome.

Key words: Alcohol addiction syndrome. Attendance. Attending process. Disease. Healthy. Mental defects evoked by psychoactive substances. Nurse.

OBSAH

Seznam tabulek

Seznam zkratek

Seznam použitých odborných výrazů

Úvod.....	13
1 Zdraví	15
1.1 Zdraví.....	15
1.2 Duševní zdraví.....	16
1.3 Determinanty zdraví.....	16
1.4 Prevence a zdraví.....	17
1.5 Modely zdraví.....	18
1.6 Nemoc.....	20
2 Všeobecná sestra.....	22
2.1 Vzdělání všeobecných sester.....	22
2.2 Hlavní oblasti funkce všeobecné sestry.....	23
2.3 Zvláštnosti práce psychiatrické sestry.....	24
3 Ošetřovatelství.....	26
3.1 Definice ošetřovatelství.....	26
3.2 Cíle ošetřovatelství.....	27
3.3 Vlastnosti současného ošetřovatelství.....	27
3.4 Ošetřovatelská péče.....	27
3.5 Psychiatrická péče.....	29
4 Ošetřovatelský proces.....	31
4.1 Historie ošetřovatelského procesu.....	31
4.2 Definice ošetřovatelského procesu.....	31
4.3 Součásti ošetřovatelského procesu.....	32
4.4 Ošetřovatelský proces v psychiatrické péči.....	33
5 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami.....	34
5.1 Psychoaktivní látky.....	34
5.2 Duševní stavy vznikající z užívání psychoaktivních látek.....	35

5.3 Syndrom závislosti na psychoaktivních látkách.....	37
5.4 Syndrom závislosti na alkoholu	38
6 Ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu	48
6.1 Metodika	48
6.2 Zhodnocení nemocného	48
6.3 Anamnestické údaje	51
6.4 Ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordon	53
6.5 Základní fyzikální vyšetření sestrou.....	58
6.6 Ošetrovatelská diagnostika	60
Závěr	65
Seznam použité literatury a zdrojů	67
Seznam příloh	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Biochemické vyšetření krve

Tabulka 2 - Hematologické vyšetření krve

Tabulka 3 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

SEZNAM ZKRATEK

AA	Sdružení anonymních alkoholiků
altest	alkoholtester (přístroj k měření hladiny alkoholu v krvi)
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervová soustava
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
WHO	World health organization

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abstinence	zdrženlivost
Abusus	nadměrné užívání, zneužívání
Amnézie	částečná nebo úplná ztráta paměti
Apsychotický	není postižený psychózou
Autoagrese	útočné jednání zaměřené na vlastní osobu
Behaviorální	týkající se chování
Blud	porucha myšlení
Encefalopatie	obecný název pro onemocnění mozku
Euforie	povznesená dobrá nálada
Halucinace	falešný vjem něčeho, co neexistuje
Heteroagrese	útočné jednání zaměřené na okolí (osoby, věci aj.)
Holismus	směr zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí
Hypertenze	vysoký krevní tlak
Integrita	celistvost
Intervence	zásahy
Intoxikace	otrava
Katetrizace	cévkování
Kognitivní	mající poznávací význam
Management	řízení
Obnubilace	kvalitativní porucha vědomí
Parestézie	porucha cití projevující se mravenčením a brněním
Patologie	nauka o nemocech, studuje jejich příčiny a další děje
Prohibice	zákaz, zamezení
Psychoaktivní látka	chemická látka, která ovlivňuje stav mysli člověka
Recidiva	návrat nemoci, která již byla vyléčená
Relaps	opětovné objevení se příznaků nemoci, která byla v klidovém období
Reziduální	zbytkový, doznívající
Rezistence	odolnost
Senzitizace	nárůst vnímavosti a citlivosti až vůči určitým podnětům

Somatické	tělesné
Symptom	příznak
Syndrom	typická kombinace příznaků určitého onemocnění
Suicidální tendence	sebevražedný usilovný záměr
Tachykardie	zrychlení srdeční činnosti
Tenze	napětí
Totální thyroidektomie	chirurgický zákrok spočívající v úplném odstranění štítné žlázy
Validita	platnost

ÚVOD

Motto:

„Ze všech tvorů jen člověk pije, ač nemá žízeň...“

John Steinbeck

Zdraví by mělo být pro každého člověka na prvním místě v jeho žebříčku životních hodnot. Ne vždy tomu tak ale je. Často si lidé nevhodným způsobem života své zdraví poškozují sami. Jedním z nevhodných způsobů života je škodlivé užívání alkoholu. Alkohol je látka, která již po mnoho staletí na jedné straně přináší radost i inspiraci, na druhé straně však neštěstí i smrt. Škodlivé pití alkoholu je důvodem k léčbě. Ve většině případů bez odborné pomoci není možné problém zvládnout. V současné době existují různá zařízení a instituce, které poskytují lidem s tímto problémem efektivní léčbu.

Předmětem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu. Cílem práce je popsat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta se syndromem závislosti na alkoholu. Cíle práce bude dosaženo prostřednictvím studia odborné literatury, které přispěje k vysvětlení základních pojmů a pochopení důležitých souvislostí, dále zpracováním kasuistiky konkrétního pacienta a vytvořením ošetrovatelského procesu dle Marjory Gordon. Tento model jsme si vybrali proto, že v zaměstnání, v Psychiatrické léčebně v Kosmonosech, pracujeme s tímto modelem u většiny nemocných.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se v první kapitole budeme věnovat problematice zdraví a nemoci, ve druhé kapitole podáme charakteristiku profese všeobecné sestry, třetí kapitola se bude zabývat ošetrovatelstvím, včetně psychiatrické péče, a ošetrovatelský proces bude popsán v kapitole čtvrté. V kapitole páté budeme specifikovat duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. Praktickou část bude tvořit kasuistika konkrétního pacienta, u něhož stanovíme ošetrovatelské diagnózy, na jejichž základě sestavíme plán ošetrovatelské péče, který dále realizujeme a vyhodnotíme. Výstupem praktické části budou konkrétní doporučení pro daného pacienta.

Teoretickými východisky problému této bakalářské práce je vymezení základních pojmů:

Zdraví a nemoc

Povolání všeobecné sestry

Ošetřovatelství

Ošetřovatelský proces

Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

Syndrom závislosti na alkoholu

Pro zpracování praktické části využijeme především zdroje poskytnuté Psychiatrickou léčebnou v Kosmonosích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdraví

V této kapitole objasníme základní pojmy související s tématem práce. Protože syndrom závislosti na alkoholu je duševní porucha, tedy nemoc, a nemoc je deficit zdraví, vysvětlíme především pojmy zdraví, duševní zdraví, determinanty zdraví, prevence zdraví a modely zdraví, dále pojmy nemoc a duševní poruchy.

1.1 Zdraví

K základním pojmům ošetřovatelství patří zdraví. Obsahuje mnoho složek: psychickou, fyzickou, sociální, spirituální, environmentální a intelektuální. Existuje několik definic zdraví. World health organization (Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO) má nejznámější definici: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 23) Tato definice pochází z roku 1947. V roce 1984 vydalo WHO novou definici zdraví: „Zdraví je úroveň, do jaké jsou jednotlivci nebo skupina schopni na jedné straně realizovat svá přání a uspokojovat potřeby a na druhé straně změnit své životní prostředí nebo vyrovnat se s ním. Zdraví je proto vnímáno jako zdroj každodenního života, ne jako životní objekt, je to pozitivní pojem zahrnující sociální a personální zdroje a fyzické kapacity.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 23)

Ošetřovatelská péče byla v minulosti zaměřena více na nemocného člověka. V dnešní době se klade větší důraz na péči o zdraví, ochranu a podporu zdraví. Současné ošetřovatelství zohledňuje člověka jako celek a neseparuje jednotlivé složky zdraví. Jedná se o takzvaný holistický pohled na zdraví. Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky, které se navzájem ovlivňují. Porucha jedné části znamená poruchu jiné části, případně celého souboru (BOROŇOVÁ, 2010). Všeobecná sestra by měla nemocného člověka chápat jako bio-psycho-sociální bytost.

1.2 Duševní zdraví

Definice duševního zdraví je několik, ale neexistuje žádná jednotná. Duševní zdraví není jen nepřítomnost duševní poruchy, ale představuje dobrý stav celé osobnosti. Duševní zdraví znamená schopnost přizpůsobit se situacím a adekvátně na ně odpovídat. Zdravý jedinec je schopen seberealizace, plnit sociální role, přizpůsobit se prostředí, vykonávat svou práci a umí se postarat sám o sebe. Pacienty, kteří trpí některou duševní poruchou, musíme chápat též celostně (holisticky). Mnoho duševních chorob vzniká na základě organického postižení, na základě silného stresu nebo užíváním psychoaktivních látek. Je tedy velmi důležité přistupovat ke každému nemocnému velmi individuálně (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006; NEŠPOR, 2000).

1.3 Determinanty zdraví

Zdraví je ovlivňováno několika vnitřními a zevními vlivy, které se interpretují buď samostatně, nebo společně (WASSERBAUER A KOL., 1999). Mezi faktory, které nelze ovlivnit, tedy vnitřní, patří věk, pohlaví a vrozené dispozice. K dalším vlivům řadíme zdravotní péči. Tento pojem obsahuje veškerou preventivní péči, léčebnou péči a rehabilitaci.

K důležitým zevním faktorům patří životní prostředí a životní podmínky. Mezi ukazatele kvality životního prostředí řadíme úroveň zásobování pitnou vodou, sluneční záření, čistotu ovzduší, úroveň bydlení a pracoviště aj. Obsahem životních podmínek je nabídka a dostupnost dopravy, zboží a služeb, optimální podmínky pro naplnění volného času a v neposlední řadě vzdělávání a výchova. Podmínky a prostředí jsou předpokladem toho, aby si jedinec zvolil optimální způsob života, který patří k nejdůležitějším oblastem ovlivňujícím zdraví. Do způsobu života řadíme osobní hygienu, pohybové aktivity, výživové zvyklosti, škodlivé závislosti a návyky, zvládnutí stresu, spotřební chování a sexuální chování.

WHO stanovila žebříček faktorů životního prostředí, podmínek a způsobu života, které jsou nejčastější příčinou smrti: „...kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, pracovní rizika, nedostatek zeleniny ve výživě, chudoba, nezaměstnanost, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu, přemíra

živočišných tuků ve výživě a exhalace v ovzduší.“ (WASSERBAUER A KOL., 1999, s. 12). Žebříček je seřazen v sestupném pořadí.

K dalším zevním determinantům patří skupina sociální podmínky, kam se řadí sociální gradient jako úzkost, nejistota, materiální nedostatek a nedostatek sociální integrity. Dále stres, kvalita fyzického a duševního vývoje v raném dětství, sociální izolace, neuspokojivá práce s vysokými nároky nebo naopak nezaměstnanost, sociální opora obsahující dobré sociální vztahy a přátelství.

K sociálním faktorům také patří závislost. Tendence k závislosti na drogách, alkoholu a tabáku má velké sociální pozadí. Pro stát představuje nadměrný počet kuřáků a vysoká spotřeba alkoholu velké sociální a ekonomické problémy (nárůst kriminality, náklady na zdravotní péči apod.).

1.4 Prevence a zdraví

Ošetrovatelství se věnuje zdraví a jeho podpoře a plní tím funkci v oblasti prevence. Všeobecné sestry se přímo podílejí na prevenci pomocí edukací a ošetrovatelských intervencí. Prevence se dělí na primární, sekundární a terciální (BOROŇOVÁ, 2010)

1.4.1 Primární prevence

Hlavním úkolem je posílit zdraví jedince a zvýšit jeho rezistenci vůči nemocím, je zaměřena proti vzniku nemoci. Primární prevenci lze jinými slovy nazvat zdravotní výchovou, která například informuje o škodlivosti a nebezpečí kouření. Dále sem řadíme očkování, což je specifická obrana proti určitým nemocem. U rizikových osob se v této prevenci snažíme o včasné vyhledávání rizikových vlivů.

1.4.2 Sekundární prevence

Tato prevence se provádí již u vzniklého onemocnění. Důležitá je včasná identifikace problémů nemocného. Cílem této prevence je eliminovat vznik možných komplikací, trvalých následků a přechodu onemocnění do chronické fáze. Pacient svou změnou chování, soběstačností a dodržováním léčebného procesu může obnovit svůj dobrý zdravotní stav.

1.4.3 Terciální prevence

Pokud selhala primární a sekundární prevence, nastupuje terciální, jež se zaměřuje na již nemocné a invalidní jedince, kteří ohrožují sebe ale i své okolí. Cílovou skupinou jsou například drogově závislí nebo agresivní lidé. Tato prevence eliminuje zhoršování stavu a recidivu. Cílem této prevence je postupné znovu začleňování jedinců do společnosti (BOROŇOVÁ, 2010).

1.5 Modely zdraví

Pro vysvětlení pojmu zdraví a někdy i vysvětlení vztahu mezi zdravím a nemocí či poraněním vyvinuli někteří výzkumní pracovníci modely. Podle Boroňové (2010) existuje pět základních modelů: klinický model, ekologický model, model hraní rolí, adaptační model, eudemonistický model.

➤ **Klinický model**

Jedná se o nejpřesnější vysvětlení zdraví. Tento model definuje zdraví jako absenci příznaků a znaků nemoci nebo úrazu. Pro lékaře se tudíž podle tohoto modelu nemoc nevyskytuje u osob, které nemají znaky či příznaky nemoci. Toto pojetí zdraví je blízké lékařům, ale i sestřám.

➤ **Ekologický model**

Tento model se zabývá vztahem mezi lidmi a prostředím. Skládá se ze tří interaktivních prvků: hostil, agens a prostředí. Hostil je chápán jako jedinec nebo skupina, jež může být vystavena vzniku nemoci. Agens představují faktory prostředí, které nemoc mohou vyvolat. A prostředí může osobě predisponovat vývoj choroby. Tyto tři prvky se vzájemně ovlivňují.

➤ **Model hraní rolí**

Zdraví je zde vysvětleno jako schopnost jedince provádět každodenní činnosti. Pokud je osoba schopna tuto práci vykonávat, je zdravá, klinická stránka však může vykazovat nemoc. Pro tento model je vysvětlena nemoc jako neschopnost jedince plnit úkoly.

➤ **Adaptační model**

Cílem modelu je adaptace a nemoc vznikne selháním adaptace. Individua se neustále adaptují na změny prostředí. Léčba je založena na schopnosti osoby znovu se přizpůsobit. Prvky tohoto modelu jsou stabilita, ale zároveň i změna a růst.

➤ **Eudemonistický model**

Jedná se o nejvíce vyčerpávající pojetí zdraví. Zdraví je vysvětleno jako pohoda na nejvyšší možné úrovni, která začíná schopností každého individua stát se, čím chce a vykonávat, co chce. Nemoc je definována jako nevyužití vlastních schopností člověka a stav zabraňující seberealizaci.

1.5.1 Model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon

V praktické části této bakalářské práce jsme použili model funkčních vzorců zdraví od autorky Marjory Gordon. Poněvadž v praktické části se věnujeme ošetrovatelskému procesu u konkrétního pacienta s lékařskou diagnózou závislost na alkoholu a u pacienta se předpokládá úplné uzdravení, pro zpracování praktické části jsme vybrali právě tento model, který má za cíl zdraví. Dalšími důvody, proč jsme si vybrali model od Marjory Gordon, jsou ty, že s ním pracujeme v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích a také ho aplikujeme při psaní kasuistik.

1.5.1.1 Marjory Gordon

Marjory Gordon má vysokoškolské vzdělání. Bakalářský a magisterský titul získala na univerzitě v New Yorku, doktorandský na Boston College, kde napsala doktorandskou práci na téma diagnostické hodnocení. V roce 1974 zveřejnila jedenáct oblastí vzorců chování. Následně v roce 1987 uveřejnila Model funkčních vzorců zdraví. Nyní pracuje jako profesorka ošetrovatelství dospělých na Boston College a od roku 2004 je i prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy, dále jen NANDA). Zabývá se zkoumáním ošetrovatelských diagnóz a plánováním ošetrovatelské péče (PAVLÍKOVÁ, 2006).

1.5.1.2 Model funkčních vzorců

Model funkčních vzorců patří do modelů zdraví. Tento model vychází z holistické a humanistické teorie. Model se zabývá vzájemným působením jedince a prostředí. Cílem ošetrovatelství je zdraví. Pacient je chápán jako bytost s biologickými, sociálními, psychologickými a dalšími potřebami. Sestra sbírá údaje o pacientovi v jednotlivých okruzích vzorců zdraví (pozorováním, rozhovorem aj.). Poté tyto údaje hodnotí s výsledkem funkční, nebo dysfunkční zdraví. Při zjištění

dysfunkčního zdraví sestra definuje ošetrovatelskou diagnózu a aplikuje u pacienta ošetrovatelský proces (TRACHTOVÁ, FOJTOVÁ, MASTILIAKOVÁ, 2006)

1.5.1.3 Dvanáct vzorců zdraví dle Marjory Gordon

(TRACHTOVÁ, FOJTOVÁ, MASTILIAKOVÁ, 2006; PAVLÍKOVÁ, 2006)

Všechny vzorce tvoří specifickou část zdraví, jež může být funkční nebo dysfunkční.

1. **Vnímání zdraví**→ vnímání zdraví osobou a postupy péče o své zdraví
2. **Výživa - metabolismus**→ způsoby přijímání tekutin a stravy
3. **Vylučování**→ funkce vylučování stolice, moči a potu
4. **Aktivita - cvičení**→ každodenní a volnočasové aktivity, ev. cvičení
5. **Spánek - odpočinek**
6. **Vnímání - poznávání**→ smyslové vnímání (například bolest) a poznávání (funkce paměti, myšlení, řeči aj.)
7. **Sebepojetí**→ nahlížení jedince na sebe samého
8. **Role - vztahy**→ způsob plnění životních rolí a význam mezilidský vztahů
9. **Sexualita**
10. **Stres, zátěžové situace**→ způsoby zvládání zátěžových a stresových situací
11. **Víra - životní hodnoty**→ náboženské vyznání, životní hodnoty aj.
12. **jiné**

1.6 Nemoc

Pojem nemoc je odvozen od slova nemohu, neschopen. Definice nemoci: „Nemoc je stav organismu vznikající působením vnějších a vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Jde o poruchu se specifickou příčinou a rozpoznatelnými příznaky. Je to jakákoliv tělesná patologie nebo selhání normální funkce kromě těch, které jsou přímým důsledkem poranění; poranění ale může nemoc způsobit.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 38)

Dle Boroňové (2010) lze onemocnění rozdělit do několika etap:

1. stádium setkání se s příznaky
2. osvojení si role nemocného
3. stádium kontaktu s lékařskou péčí
4. stádium role závislého pacienta

5. stádium uzdravení nebo rehabilitace

1.6.1 Duševní poruchy

Tato bakalářská práce se věnuje problematice alkoholové závislosti. Závislost na alkoholu neboli alkoholismus patří do duševních poruch, a tudíž spadá do psychiatrické péče. Důležité je rozlišit závislost na alkoholu od abusu alkoholu (nadměrné užívání nebo zneužívání), který se objevuje častěji. Závislost na alkoholu u jedince trpícího některou duševní poruchou vzniká rychleji a je i častější než u zcela zdravého jedince. Alkoholismem se budeme v této bakalářské práci více zabývat v podkapitole 5.4. Z pohledu psychiatrie alkohol nevede pouze k alkoholismu. Například sebevraždy dospívajících a mladých lidí často souvisejí s abusem alkoholu. Dalším problémem je alkohol při jiných duševních poruchách, kdy způsobuje zhoršené sebeovládání a také komplikuje léčbu léky, které jsou v psychiatrii běžně používány (NEŠPOR, 2000; MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

2 Všeobecná sestra

Tématem této práce je Ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu. Protože ošetrovatelský proces vedou všeobecné sestry, budeme se v této kapitole věnovat charakteristice profese všeobecná sestra.

2.1 Vzdělání všeobecných sester

V současnosti pracují ve zdravotnictví všeobecné sestry různého stupně vzdělání. Dělí se na sestry s vysokoškolským vzděláním, sestry s vyšším vzděláním, sestry se středoškolským vzděláním a na sestry se specializací (viz zákon 96/2004 Sb.)

➤ **Sestry s vysokoškolským vzděláním**

Absolventky vysokých škol, oboru všeobecná sestra, získají titul bakalářky. V navazujících oborech management a pedagogika lze získat titul magistra.

➤ **Sestry s vyšším vzděláním**

Absolventky vyšších zdravotnických škol, oboru diplomovaná všeobecná sestra, získají titul diplomované specialistky, který se píše za jménem.

➤ **Sestry se středoškolským vzděláním**

Absolvovat střední školu s oborem všeobecná sestra bylo možné do školního roku 2003/2004, poté se obor na středních školách změnil na obor zdravotnický asistent.

➤ **Zdravotní sestry se specializací**

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně nabízí několik specializací pro absolventky s výše uvedenými druhy vzdělání.

2.1.1 Vzdělání sestry v oboru psychiatrie

Obory specializačního vzdělávání stanovuje nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Od roku 2003 lze tuto specializaci sestry v oboru psychiatrie získat na výše uvedeném NCO NZO v Brně formou dálkového studia na 1,5-2 roky. Tato specializace se studuje na katedře Ošetrovatelství pod názvem Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Podle Markové, Venglářové, Babiakové (2006) uchazeč musí splňovat tyto podmínky: nejméně tři roky

praxe v oboru, způsobilost k výkonu svého povolání, absolvent oboru všeobecná sestra s ukončeným odborným vzděláním a práce v sektoru, ve kterém se dosahuje specializace.

Dále se mohou psychiatrické sestry vzdělávat formou kurzů, které pořádá například Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET s.r.o. a občansko-právní sdružení ESET, nadace psychosociální pomoci HELP Remedium aj. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

2.1.2 Povolání bez odborného dohledu

Zákon č. 96/2004 Sb. uděluje sestřám povinnost kontinuálně se vzdělávat. Od roku 2004 platí, že pokud chtějí sestry pracovat bez odborného dohledu, musí podat žádost na registr MZ ČR o vydání osvědčení k samostatnému výkonu povolání. Vydané osvědčení platí na dobu 10 let. Žadatelky jsou zapsány do registru zdravotnických pracovníků, který je veřejně přístupný. Sestry musí po dobu 10 let nasbírat určitý počet kreditů k tomu, aby dostaly osvědčení na dalších 10 let. Sbírat kredity lze formou vzdělávání. Buď se zúčastní vzdělávacích akcí nebo studují výše uvedené formy vzdělání, píší články do časopisů atd.

2.2 Hlavní oblasti funkce všeobecné sestry

Všeobecná sestra v rámci své profese vykonává celou řadu odborných a vysoce specializovaných výkonů. Mezi hlavní oblasti jejích činností patří hodnocení zdravotního stavu pacienta, vyhodnocování pacientových potřeb, edukace pacienta a jeho rodiny, měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, podávání léků či kyslíku, katetrizace močového měchýře ženy, ošetřování ran. Dále také zaznamenává informace o pacientovi do zdravotnické dokumentace, při vyšetření pacienta asistuje lékaři, pacienta přijímá, překládá a propouští, rehabilituje s pacientem a provádí nácvik sebezpečí, psychicky pomáhá umírajícímu pacientovi i jeho rodině, stará se o tělo zemřelého (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

2.3 Zvláštnosti práce psychiatrické sestry

Práce sestry na psychiatrii je značně rozdílná od práce na jiných odděleních. Specifičnost její práce je dána spektrem diagnóz a především příznaků, kterými se psychiatrické poruchy projevují. Sestra se zde setkává s pacienty v jejich těžkém životním období. Důležité na této práci je navázat blízky vztah s pacientem a získat si jeho důvěru.

2.3.1 Okolnosti působící na kvalitu péče

(MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

Stejně jako je tomu u všeobecné sestry, kvalitu ošetrovatelské péče psychiatrické sestry ovlivňuje především její osobnost, ale jak uvádějí Marková, Venglářová, Babiaková (2006), kvalitu péče ovlivňují i další faktory:

➤ **osobnostní předpoklady**

Sestra musí zvládat vypjaté a náročné situace. Pracovat empaticky, senzitivně, individuálně a zachovávat neutrální postoj k nesnadnému pacientovi.

➤ **vědomosti v oblasti symptomů duševních poruch**

Nevědomost může vést k podstatným omylům v postoji k nemocnému, zvláště u agresivního pacienta.

➤ **metody získávání informací**

Základní metody získávání údajů o pacientovi jsou pozorování a rozhovor. Důležitá je efektivní komunikace s pacientem (prostor k vyjádření, naslouchat mu a dobře klást otázky).

➤ **vědomosti o účincích psychofarmak**

Sestra musí znát například nástup účinku daného léku nebo důsledek možného nahromadění léčiva v organismu apod.

➤ **orientace v psychoterapii**

Sestra se zúčastní přímo i nepřímo psychoterapeutických aktivit. Přímou se zúčastní například, když vede relaxaci, a nepřímo tím, jak přistupuje a komunikuje s pacientem.

➤ **vědomosti o nových metodách v ošetřování pacienta**

Sestra musí zvolit přijatelný model ošetrovatelské péče vzhledem k průběhu nemoci.

2.3.2 Speciální oblasti činností psychiatrické sestry

(MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

Psychiatrická sestra provádí psychoterapeutickou podporu, vykonává činnosti při začleňování pacienta do vlastního sociálního prostředí, vyhodnocuje, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí, informuje lékaře, případně zajistí nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí. Dále například poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu a vyžaduje stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu pacientovy suicidální tendence či autoagrese nebo heteroagrese (viz vyhláška č. 55/2011 Sb.). Další činnosti zmiňují také Marková, Venglářová, Babiaková (2006):

- podává psychofarmaka (kontroluje, zda pacient léky opravdu pozřel), sleduje nástup účinku a možné příznaky předávkování
- připravuje, asistuje a pečuje o pacienta při a po specifických typech léčby (například elektrokonvulzivní terapie)
- edukuje pacienta v okruhu duševního zdraví při psychoterapeutických činnostech
- zná právní problematiku (například nedobrovolná hospitalizace a ochranná léčba) aj.

3 Ošetřovatelství

V této kapitole se zaměříme na ošetřovatelství obecně. Uvedeme definici ošetřovatelství, cíle a vlastnosti ošetřovatelství a podrobněji se budeme zabývat ošetřovatelskou péčí a konkrétně psychiatrickou péčí.

3.1 Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství má několik definic. Mezi nejznámější definice patří: „Ošetřovatelství je vědní disciplína integrující poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů. Má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli a znalosti. Stejně tak je úkolem sester pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 8). Dále je pojem ošetřovatelství vysvětlen ve slovnících českého jazyka jako „nauka o uspokojování potřeb jedinců i skupin vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a podmínek prostředí.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 7). Ošetřovatelství se řídí filozofickými teoriemi a názoru, že lidé žijí v neustále interakci s přírodním a společenským prostředím. Předmětem ošetřovatelství je zkoumat vzájemné působení mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé na základě uspokojování potřeb.

V minulosti se ošetřovatelství zabývalo pouze nemocnými jedinci. Současné ošetřovatelství poskytuje ošetřovatelskou péči a odbornou pomoc pro zdravé i nemocné pacienty všech věkových kategorií. Představitelkami ošetřovatelských povolání jsou všeobecná sestra a porodní asistentka, které by měly být citové, sociálně zralé, vysokoškolsky vzdělané a pečující o druhé. Ošetřovatelské povolání provází člověka celý život, již od narození až po jeho smrt. O všeobecné sestře jsme poskytli více informací v kapitole 2.

Ošetřovatelský proces je dle Boroňové (2010) systémovou metodou praxe, která je ovlivněna preventivními, diagnostickými a léčebnými postupy a vyžaduje psychická, organizátorská a další hlediska. Téma ošetřovatelský proces podrobněji rozvedeme v kapitole 4.

3.2 Cíle ošetrovatelství

Hlavním cílem ošetrovatelství je uspokojovat potřeby jedince, které vedou k upevnění nebo navrácení zdraví s ohledem na individualitu jeho života. Důležité je vést pacienta k soběstačnosti a nezávislosti, aby své potřeby mohl uspokojovat bez pomoci. Pokud toho nelze docílit, pro uspokojení pacientových potřeb použije všeobecná sestra ošetrovatelské činnosti, které jsou směřované k upevnění zdraví. K dalším důležitým cílům ošetrovatelství patří: zmenšit utrpení nemocného jedince, předcházet komplikacím u již vzniklé nemoci, obstarat důstojnou smrt a klidné umírání aj.

3.3 Vlastnosti současného ošetrovatelství

Ošetrovatelství v posledních desetiletích prochází velkými změnami. Především se stalo samostatnou vědní disciplínou, buduje si vlastní teoretické a výzkumné základy. Mezi charakteristické znaky současného ošetrovatelství dle Boroňové (2010) patří:

- holistický přístup k pacientovi
- individuální ošetrovatelská péče
- vyhledávat a uspokojovat potřeby vedoucí ke zdraví s ohledem na pacienta jako bio-psycho-sociální bytost
- poskytovat přímou a aktivní ošetrovatelskou péči
- zaměřovat se na prevenci
- podporovat soběstačnost jedince
- minimalizovat vznik komplikací a úmrtnost

3.4 Ošetrovatelská péče

Pod pojmem ošetrovatelská péče se skrývá souhrnná kvalifikovaná zdravotní péče. Skládá se z ošetrovatelských úkonů, které jsou poskytovány jednotlivci nebo skupině jednotlivců. Tato péče je zaměřena na podporu a udržení zdraví a soběstačnosti, včetně zajištění klidné smrti. Člověka chápe jako bio-psycho-sociální bytost (OBLASTNÍ CHARITA ČERVENÝ KOSTELEK, 2013 [online]). Péče je poskytována především diplomovanými sestrami dle zákona č. 96/2004 Sb., které jsou registrovány u Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ).

Ošetrovatelská péče se dělí na přímou a nepřímou (ROZSYPALOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, 2002). Přímá péče spočívá v přímém kontaktu sestry s pacientem, kdy sestra pacienta lépe pozná, informuje ho, vede ho ke spolupráci. Tato péče v sobě zahrnuje tři skupiny ošetrovatelských činností: základní ošetrovatelskou péči, diagnosticko-terapeutické činnosti a vysoce specializované. Základní ošetrovatelská péče zahrnuje úkony, které vedou k vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, jako jsou např. příjem potravy, vyprazdňování, spánek a odpočinek, čistota a upravenost těla aj. K diagnosticko-terapeutickým činnostem patří odběr biologického materiálu, podávání léků, příprava pomůcek a nemocného k vyšetření atd. Vysoce specializované činnosti provádějí sestry např. na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, na jednotce intenzivní péče či psychiatrickém oddělení (ROZSYPALOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, 2002).

Nepřímá ošetrovatelská péče spočívá v přípravných a pomocných činnostech, při nichž pacient není přítomen a může je vykonávat i jiný pracovník, např. ošetrovatel.

Formy ošetrovatelské péče se dělí na funkční systém, skupinový systém a systém primárních sester. Ve funkčním systému sestra plní konkrétní úkoly u většiny pacientů na oddělení. Ve skupinovém systému celý ošetrovatelský tým vedený sestrou má přidělenou skupinu nemocných, o kterou pečuje, což vede k bližšímu kontaktu s pacientem. V systému primárních sester každá sestra pečuje o přiděleného pacienta po celou dobu jeho hospitalizace. Jedná se o individualizovanou péči, při níž se vytváří důvěra mezi pacientem a sestrou (ROZSYPALOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, 2002).

3.4.1 Ošetrovatelský tým

Ošetrovatelský tým zajišťuje ošetrovatelskou péči o nemocné. Skládá se z těchto členů: všeobecné sestry, zdravotnického asistenta, ošetrovatelky a sanitáře. Každý z členů má určitou náplň práce a společně tvoří komplexní ošetrovatelskou péči. Vyhláška MZ č. 55/2011 Sb. popisuje náplň činností zdravotnických pracovníků. V zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních (č. 96/2004 Sb.) jsou stanoveny požadavky na odbornou způsobilost k výkonu nelékařských povolání.

3.5 Psychiatrická péče

Psychiatrická péče se zabývá péčí o duševní zdraví a je poskytována lidem s duševní poruchou. Tato péče dle Markové, Venglářové, Babiakové (2006) obsahuje sociální, psychologické, ošetrovatelské, psychoterapeutické a psychiatrické služby, které musí pracovat jako účelný komplex.

V České republice je léčba nabízena v několika formách. Forma institucionální zahrnuje hospitalizaci pacientů v psychiatrických klinikách a léčebnách nebo existuje forma poskytování péče mimo instituce, například chráněné bydlení. Další formou léčení je ambulantní péče a krizová centra. Cílem je, aby psychiatrická péče byla dostupná v každém regionu České republiky.

3.5.1 Ambulantní péče

Ambulantní péče poskytuje preventivní, diagnostickou, léčebnou, resocializační a rehabilitační péči, včetně posuzování duševních chorob. Pracují zde psychiatři, psychologové, sexuologové a všeobecné sestry. Pokud ambulantní psychiatr shledá, že pacientovi nestačí dosavadní ambulantní péče, může pacientovi indikovat hospitalizaci v psychiatrické klinice nebo léčebně. Do ambulantní péče patří například ambulance veřejné psychiatrické péče, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, gerontopsychiatrické ambulance, ordinace pro alkoholismus a toxikomanie (OAT) aj.

Ordinace pro alkoholismus a toxikomanie se zabývá diagnostikou, léčbou, resocializací, rehabilitací a registrací osob se závislostí na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách. Převážnou většinu však tvoří pacienti, kteří jsou závislí na alkoholu (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

3.5.2 Lůžková péče

Dle Markové, Venglářové, Babiakové (2006) statistické údaje z roku 2001 udávají, že je v České republice 11 400 lůžek psychiatrické péče. 88 % připadá psychiatrickým léčebnám a zbylých 12 % psychiatrickým oddělením v nemocnicích. Z hlediska tématu této práce je nutno dodat, že 1 317 lůžek připadá pacientům závislým na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách.

Lůžková péče se dělí na psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky, psychiatrická oddělení aj. Psychiatrické kliniky jsou součástí fakultních nemocnic a zabývají se zvláště složitými případy v oblasti psychiatrické péče. Psychiatrická oddělení jsou obvykle součástí nemocnic a většinou slouží ke krátkodobé a dobrovolné hospitalizaci. Psychiatrická oddělení i psychiatrické kliniky musí mít 24hodinovou dostupnost laboratorního a jiného vyšetření a konziliární služby.

Psychiatrické léčebny jsou určeny zejména k dlouhodobým hospitalizacím osob s duševními poruchami. Jsou zde umístěni pacienti všech věkových kategorií k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci. Psychiatrické léčebny obsahují mnoho specializovaných oddělení, jako příjmové, dětské, gerontopsychiatrické, sexuologické, dále oddělení pro léčbu závislostí a oddělení pro ochranné léčení. K hospitalizaci jsou odeslány i osoby, u kterých je nutné vyšetření soudním znalcem, například na žádost soudu.

3.5.3 Komunitní péče

Komunitní péče v oblasti péče o duševní zdraví vznikla v 80. letech minulého století. Tato péče umožňuje nemocným žít v jejich přirozeném prostředí. Obsahuje denní stacionáře, chráněné bydlení, domácí péči, krizová centra aj. Krizová centra jsou volně přístupná 24 hodin denně, jsou určena zejména pro závislé pacienty a pro osoby v obtížných životních situacích. Chráněné bydlení slouží k postupnému začlenění jedinců do společnosti, pomáhá jim osamostatnit se (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

4 Ošetřovatelský proces

V této kapitole charakterizujeme ošetřovatelský proces, jeho historii, definici a jeho konkrétní části. V závěru kapitoly blíže specifikujeme ošetřovatelský proces v psychiatrické péči.

4.1 Historie ošetřovatelského procesu

Dříve sestry pečovaly o pacienta dle příkazů lékaře, který se zabýval pouze jeho chorobným stavem. Ošetřovatelská péče byla poskytována na základě zkušeností sester, které se u pacienta zabývaly pouze patologickým stavem a jeho potřeby stály v pozadí.

Teorie ošetřovatelského procesu má počátky v padesátých letech minulého století. Sestry ji začaly používat pro zvýšení efektivity své práce. V roce 1955 poprvé použila ošetřovatelský proces sestra Hallová v USA. V roce 1973 dostal ošetřovatelský proces své zákonné místo v klinické praxi. Sdružení amerických sester (ANA) uvedlo pět složek ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostikování, plánování, realizování a vyhodnocování. ANA s tímto uveřejnila i Normy ošetřovatelské praxe. V roce 1982 vznikla NANDA, která sestřám sloužila k jednotné úpravě jejich terminologie (BOROŇOVÁ, 2010).

4.2 Definice ošetřovatelského procesu

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

Ošetřovatelský proces je podle Boroňové (2010) kruhový, jednotlivé části na sebe navazují v rozumném sledu, najednou může působit i více než jedna část. Ošetřovatelský proces se zaměřuje na jednotlivce, rodinu i skupinu lidí. Zkoumá člověka souhrnně - holisticky. Zabývá se pacientovým zdravím, nemocí, ekologickým a sociálním prostředím. Pacient je brán jako aktivní představitel procesu.

Použití ošetrovatelského procesu si žádá určité vlastnosti, které sestra musí mít. K těmto vlastnostem patří mezilidské dovednosti jako naslouchání, správná komunikace, vyjádření zájmu a získání pacientovy důvěry. Dále by měla být technicky zručná a rozumově vyspělá.

4.3 Součásti ošetrovatelského procesu

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 4.1, ošetrovatelský proces je složen z pěti částí: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Boroňová (2010) jednotlivé části charakterizuje následovně:

4.3.1 Posuzování

Sestra si pokládá otázku: „Kdo je můj pacient?“ Sbírá informace o pacientovi. Tento sběr je důležitý pro stanovení sesterské diagnózy. Důležité je posoudit pravdivost informací udávaných pacientem. Údaje o pacientovi lze získat pozorováním, rozhovorem a vyšetřením. Zdroje informací jsou samotný pacient, rodina nebo přátelé, ostatní zdravotničtí pracovníci, anamnéza, lékařské zprávy, laboratorní záznamy aj. Všechny údaje o pacientovi by měly mít určitou strukturální podobu, k tomu slouží ošetrovatelské modely.

4.3.2 Diagnostika

Jedná se o analýzu dosavadních informací o pacientovi. Sestru zajímá: „Co ho trápí?“ „Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 70). Sesterská diagnóza může být dvou nebo tříložková. Dvousložková diagnóza obsahuje problém a příčinu a tříložková diagnóza se skládá z problému, příčiny a příznaků.

4.3.3 Plánování

Plánování obsahuje výběr jednotlivých ošetrovatelských intervencí, které mají za cíl předcházet, snížit nebo odstranit pacientovy zdravotní problémy. Sestra se táže: „Co pro něj mohu udělat?“ Prvky plánování jsou stanovení priorit, vytýčení pacientových

cílů, plánování ošetrovatelských intervencí, sepsání sesterských ordinací a plánu ošetrovatelské péče.

4.3.4 Realizace

Jedná se o uskutečnění ošetrovatelských intervencí zaměřených na dosažení pacientových cílů a žádoucího výsledku, které jsou zaznamenány v plánování. Sestra se ptá: „Jakým způsobem mu mohu pomoci?“ Sestra v této fázi procesu působí na pacienta jako učitelka, pečovatelka, advokátka, mluvčí, koordinátorka, nositelka změn a badatelka.

4.3.5 Vyhodnocení

Jedná se o záměrnou a organizovanou práci. Sestru zajímá: „Pomohla jsem mu?“ Zkoumá, do jaké míry bylo dosaženo žádoucího účinku a pacientových cílů. Hodnotí, zda byl cíl splněn, splněn částečně, nebo nesplněn.

4.4 Ošetrovatelský proces v psychiatrické péči

Jak uvádějí Marková, Venglářová, Babiaková (2006), i v psychiatrii je nutné používat ošetrovatelský proces, který je účinným nástrojem řešení problémů. Důležité je, aby sestra pacienta aktivně zapojila do procesu. Proces se skládá ze stejných pěti částí, jako je uvedeno výše. Zajímavé však je, jak se v některých částech liší.

Příkladem může být sběr informací. Ten musí být prováděn průběžně, protože při prvním kontaktu s pacientem nemusí být údaje validní. Sestru zajímají standardní údaje při poznávání nemocného, zvláště se však zaměřuje na jeho psychický stav. Zajímá ji situace, ve které se pacient momentálně nachází, vlivy sociálního a rodinného prostředí a v neposlední řadě každodenní aktivity a návyky, které pacient má. Při stanovování sesterských diagnóz se sestra snaží seřadit jednotlivé cíle dle významnosti. Při plánování ošetrovatelské péče stanovuje krátkodobé a dlouhodobé cíle (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006).

5 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

Cílem práce je popis ošetrovatelského procesu u nemocného se závislostí na alkoholu. Alkoholismus se řadí mezi duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. Tato kapitola se tedy bude zabývat tímto typem duševních poruch obecně a dále konkrétně závislostí na alkoholu.

5.1 Psychoaktivní látky

Psychoaktivní návykové látky lze dělit dle jejich hlavního efektu na tři skupiny: **halucinogenní** (LSD, kanabinoidy aj.), **budivé** (stimulancia – kokain, kofein, amfetaminy) a **tlumivé** (opioidy, alkohol aj.). Užívání jedné i více těchto látek způsobuje poruchy chování a duševní poruchy. Velmi často se objevuje užívání několika látek najednou. Psychoaktivní látky způsobují tyto stavy: syndrom závislosti, akutní intoxikaci, odvykací stav, škodlivé užívání, amnestický syndrom, psychotickou poruchu a psychotickou poruchu reziduální (RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001).

5.1.1 Alkohol

V minulosti sloužil alkohol jako nápoj ke zvláštním příležitostem, například k náboženským obřadům. Postupem času byl alkohol stále častěji zneužíván jako běžný nápoj (nejčastěji pivo a medovina). V důsledku nepřiměřeného požívání alkoholu se začaly objevovat i první negativní dopady. Proto v roce 1039 Břetislav I. vyhlásil první protialkoholní zákon, který měl prohibiční povahu a uděloval postihy opilcům i krčmářům (RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001).

Alkohol (ethanol, ethylalkohol) je čirá, vysoce hořlavá tekutina, s ostrým zápachem, který se při naředění mění v alkoholický nádech. Alkohol vzniká kvašením jednoduchých sacharidů. Jedná se o jednoduchou chemickou sloučeninu, která se snadno dostává do orgánů (zejména mozku). Obsah alkoholu v alkoholických nápojích je velmi odlišný, nezáleží pouze na koncentraci alkoholu, ale především na jeho množství. Obsah alkoholu v destilátech je okolo 40 %, ve vínu zhruba 10 % a v pivu se obsah alkoholu pohybuje od 2 do 4 % (WIKIPEDIE: OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIE, 2013 [online]).

Například Raboch, Zvolský a kol. (2001) uvádějí, že jedním z hlavních účinků alkoholu je tlumící efekt. Alkohol v menších dávkách potlačuje krátkodobě úzkost, depresi a některé tělesné symptomy. Ve větších dávkách naopak způsobuje depresi, poruchy koordinace pohybů těla, potlačení rozumových funkcí, zpomalení reakcí a někdy i agresivitu. Psychické funkce jsou pod vlivem alkoholu ovlivňovány změnou metabolismu dopaminu a noradrenalinu v CNS. Somatické poškození organismu při alkoholismu je zapříčiněno acetaldehydem a jeho tkáňovou aktivitou.

Alkohol způsobuje z psychiatrického hlediska tyto stavy: intoxikaci, abusus, syndrom závislosti na alkoholu a s tím související psychotickou poruchu a odvykací stavy.

5.2 Duševní stavy vznikající z užívání psychoaktivních látek

Problematikou duševních stavů vznikajících z užívání psychoaktivních látek se zabývá řada autorů. Současné poznatky lze velice zjednodušeně shrnout (RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001; JANÍK, DUŠEK, 1987):

➤ Syndrom závislosti

Syndrom závislosti vzniká jako následek opakovaného užívání psychoaktivní látky a zahrnuje skupinu duševních, tělesných a behaviorálních symptomů. Hlavními příznaky závislosti jsou pocit nucení užívat látku, problémy v kontrole užívání látky, zvýšená tolerance, tělesný odvykací stav, postupné zanedbávání jiných zájmů a pokračování v užívání i přes důkaz škodlivosti.

➤ Akutní intoxikace

Jedná se o stav, který je způsoben užitím psychoaktivní látky. Tento stav je dočasný a trvá obvykle pár hodin. Závažnost intoxikace se odvíjí od množství a druhu požití látky a také od momentální tolerance intoxikovaného jedince proti látce, kterou požil.

➤ Odvykací stav

Odvykacímu stavu se též říká abstinenci syndrom a vzniká po vysazení návykové látky. Vysazení je buď částečné, nebo úplné a projevuje se nejrůznějšími psychickými a tělesnými příznaky. Odvykací stav může být provázen deliriem, například u závislosti na alkoholu se vyskytuje delirium tremens. Tento stav se projevuje třesem, zmateností, halucinacemi aj.

➤ **Škodlivé užívání (abusus)**

Škodlivé užívání znamená dlouhodobé užívání psychoaktivní látky, která způsobuje poruchu duševního a tělesného zdraví, včetně sociálních problémů nemocného. Mezi tělesné poškození patří například hepatitidy a duševní porucha se projevuje například sekundární depresí.

➤ **Amnestický syndrom**

Objevuje se zejména při chronickém alkoholismu a jedná se o trvalé poškození krátkodobé paměti, všítipivosti aj.

➤ **Psychotická porucha**

Tato porucha se projevuje nejčastěji sluchovými halucinacemi a paranoidními bludy. Vzniká buď v průběhu užívání nebo jako důsledek abusu psychoaktivní látky, ale nejedná se o součást odvykacího stavu nebo následek akutní intoxikace.

➤ **Psychotická porucha reziduální**

Psychotická porucha reziduální nebo s pozdním začátkem se projevuje změnami chování, osobnosti nebo poznávání. Tyto změny však vznikají v době, kdy je již nelze opodstatnit jako přímý účinek psychoaktivní látky. Patří sem například alkoholová demence, reziduální poruchy osobnosti a chování aj.

Přehled poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10)

F10 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu

F11 Poruchy vyvolané užíváním opioidů

F12 Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy vyvolané užíváním kokainu

F15 Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

F16 Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů

F17 Poruchy vyvolané užíváním tabáku

F18 Poruchy vyvolané užíváním prchavých rozpouštědel

F19 Poruchy vyvolané užíváním více látek a jiných psychoaktivních látek

(ÚZIS ČR, 2010 [online])

5.3 Syndrom závislosti na psychoaktivních látkách

Psychoaktivní látky jsou podle Markové, Venglářové, Babiakové (2006) či Nešpora (2000) látky, které vyvolávají závislost. Závislost se dělí na psychickou a fyzickou. Psychická závislost se při abstinenci projevuje například úzkostí, podrážděností až agresivitou, někdy ale naopak apatií. Fyzická závislost má projevy po vysazení látky, jako třes, bolest, křeče aj. Fyzická závislost trvá kratší dobu než psychická.

Definice závislosti dle 10. revize MKN: „Syndrom závislosti je 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. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“ (NEŠPOR, 2000, s. 14).

Závislost je způsobena opakovaným užíváním návykové látky. Nešpor (2000) k projevům závislosti řadí craving, problémové kontrolování, odvykací stav, snášlivost, opuštění od jiných potěšení, zájmů a i přes zákaz pokračování v užívání látky. Závislost se diagnostikuje přítomností tří a více těchto projevů po dobu minimálně jednoho měsíce buď neustále, nebo v častých intervalech.

5.3.1 Příznaky závislosti

Heller a Pecinovská (2011) uvádějí následující příznaky závislosti:

➤ **Craving (bažení)**

Craving není vůlí ovlivnitelný stav, nemocný se ho ale může naučit zvládat. Bažení představuje touhu užít návykovou látku (chuť se napít), jisté nepohodlí (schází mu látka), sny o návykové látce (droze) aj.

➤ **Problémové kontrolování**

Jedná se o sebeovládání, které se týká množství požití látky, začátku a konce konzumace. Příkladem může být, když jde nemocný do hospody se slovy: „jdu na jedno“ a vypije deset piv. Jedinou možnou léčbou je abstinence od návykových látek.

➤ **Odvykací stav**

K odvykacímu stavu dochází při poklesu hladiny látek v těle, obvykle v ranních hodinách. U závislosti na alkoholu se odvykací stav projevuje třesem, neklidem, nespavostí, pocením, zvracením aj. Po podání alkoholu tyto symptomy vymizí. U nemocného, který má tyto příznaky a jeho hladina alkoholu je 1-1,5 promile, lze předpokládat odvykací stav s deliriem a možným epileptickým záchvatem.

➤ **Snášlivost**

Příkladem může být rozvinutá závislost na alkoholu u pacienta s hladinou alkoholu 2,5 promile, jenž nejeví známky intoxikace, která by při této hodnotě měla běžně nastat. Tolerance alkoholu roste při abusu a naopak klesá při abstinenci nebo při poškození jater.

➤ **Opuštění od jiných potěšení a zájmů**

Nemocný věnuje všechen svůj čas činnostem spojených s návykovou látkou. Nejprve zanedbává své zájmy, poté rodinné a pracovní povinnosti a nakonec i svůj vzhled.

➤ **Pokračování v užívání látky**

Nemocný může dočasně abstinovat pod výhrůžkou například rozvodu nebo při zjištění vážných zdravotních komplikací vyplývajících z abusu. Po odeznění tlaku rodiny nebo úpravě zdravotního stavu se nemocný opět vrací k abusu. Nemocný s rozvinutou závislostí nedokáže bez léčby přestat užívat návykovou látku. U takovýchto osob často dochází k pokusům o sebevraždu z pocitů beznaděje a viny.

5.4 Syndrom závislosti na alkoholu

5.4.1 Alkoholismus

Švédský lékař Magnus Huss poprvé použil termín alkoholismus v roce 1849. Dříve byl alkoholismus chápán jako přílišná konzumace alkoholu. Až v roce 1951 WHO označila alkoholismus za medicínský problém, protože nadměrná konzumace alkoholu postihuje téměř všechny části lidského organismu (RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001).

Alkoholismus patří mezi nejčastější a nejrozšířenější duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, zejména kvůli lehké přístupnosti. Definice alkoholismu

dle Janíka, Duška zní: „Jedná se o poruchu vyznačující se systematickým požíváním alkoholických nápojů a následným vznikem charakteristických poruch chování.“ (JANÍK, DUŠEK, 1987, s. 342). Mezi hlavní symptomy alkoholismu patří craving a rezistence. Příznaky jsou podrobně vyjmenované v oddílu 5.3.1.

5.4.2 Příčiny závislosti na alkoholu

Na vzniku abusu alkoholu a alkoholismu se podílejí biologické, genetické, sociální a psychologické faktory. Mezi biologické faktory patří osobní dispozice, zdravotní stav, kondice aj. Genetické faktory představují u dětí alkoholiků větší sklon ke vzniku závislosti. Sociální faktory zahrnují působení osob, společnosti a prostředí, ve kterém dochází ke vzniku závislosti na alkoholu. Mezi psychologické faktory se řadí například očekávaný účinek (RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001; JANÍK, DUŠEK, 1987).

5.4.3 Vývojová stádia závislosti na alkoholu

(E. M. JELLINEK, 1960 IN JANÍK, DUŠEK, 1987)

➤ Počáteční fáze

V této fázi člověk požívá alkohol ze společenských důvodů nebo proto, aby se zbavil úzkosti a naopak navodil euforii. Piják požívá alkohol nejprve příležitostně a postupem času pije pravidelně. Tolerance se postupně zvyšuje.

➤ Varovná fáze

Alkohol je pro pijáka nezbytný, nezáleží mu ani na druhu konzumovaného alkoholického nápoje. Začíná se u něj projevovat závislost na alkoholu, ale pořád přetrvává jistá kritičnost k požívání alkoholu.

➤ Rozhodující fáze

Piják v této fázi ztrácí kontrolu nad požíváním alkoholu. Hledá složitá vysvětlení k tomu, aby mohl v požívání pokračovat. Tolerance se snižuje a piják začíná mít problémy ve společenské sféře.

➤ **Konečná fáze**

Piják požívá jakýkoliv alkoholický nápoj v kteroukoliv denní hodinu. U pijáka se začínají objevovat nejrůznější psychické poruchy, včetně poruchy osobnosti. Tolerance a kritičnost je snížena.

5.4.4 Klasifikace typů závislosti na alkoholu

(E. M. JELLINEK, 1960 IN RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001)

➤ **Typ α (alfa)**

Jedná se o problémový abusus alkoholu, ke kterému se nemocný uchyluje z důvodu navození euforie nebo potlačení úzkosti. Nemocný pije o samotě, ale nedochází u něj ke ztrátě kontroly.

➤ **Typ β (beta)**

Příležitostný abusus, ke kterému dochází pravidelně a nemocný pije na veřejnosti. Důsledkem takového pití může být tělesné poškození.

➤ **Typ γ (gama)**

Náruživé pijáctví, pro něž je typické snížení kontroly, zvýšení tolerance a vznik psychické závislosti. Hlavními alkoholickými nápoji jsou pivo a destiláty. Následkem tohoto pití může být tělesné i psychické poškození.

➤ **Typ δ (delta)**

Chronická konzumace alkoholu, především vína, při které dochází k rozvoji tělesné závislosti. Pokud je nemocný bez alkoholu několik dní, rozvinou se u něj abstinční příznaky.

➤ **Typ ϵ (epsilon)**

Kvartální pijáctví, projevující se periodickým požíváním alkoholických nápojů, které má zjevné spojení s poruchami osobnosti.

5.4.5 Průběh závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu je chronické onemocnění, pro které jsou typické recidivy. Poškozuje pacientovo zdraví a zasahuje i do nejrůznějších okruhů jeho života. Nemocný musí být včas a adekvátně léčen, jinak dochází ke zhoršování stavu a v konečném stádiu musí být umístěn do psychiatrického zařízení. Klíčovou roli v léčbě závislosti hraje

abstinence. Nemocný totiž není schopen kontrolovat svou konzumaci alkoholu. Prostředkem ke zlepšení kvality života je léčebná strategie přispívající k abstinenci. Po první prodělané léčbě však nedochází většinou k trvalé doživotní abstinenci. Proto je i léčba někdy považována za zbytečnou a neúčinnou. Pacient musí minimálně rok plně – bez přestávek abstinovat, což dokáže 50-70 % léčených pacientů a tři roky zvládne plně abstinovat 30-40 % pacientů (RADOCH, ZVOLSKÝ A KOL., 2001).

5.4.6 Epidemiologie závislosti na alkoholu v ČR

Radoch, Zvolský a kol. (2001) udávají, že Česká republika patří již léta ke státům s nejvyšší spotřebou alkoholu. Nejvíce se v ČR konzumuje pivo. Na jednu osobu za rok připadá průměrně deset litrů alkoholu. Nadměrně konzumuje alkohol přibližně 25 % mužů a 5 % žen. Takováto konzumace s sebou nese určitá rizika, od zdravotních komplikací po vznik závislosti na alkoholu.

5.4.7 Somatické důsledky závislosti na alkoholu

Alkoholismus negativně ovlivňuje většinu orgánů v těle. Podle Radocha, Zvolského a kol. (2001) alkohol nejvíce ovlivňuje CNS, především mozkovou kůru, mozkový kmen a mozkomíšní neurony. Dále má vliv na funkci kardiovaskulárního, trávicího a endokrinního systému. Narušuje i metabolismus tuků. Z tělesných orgánů alkohol nejvíce zasahuje játra, alkohol má přímý toxický vliv na jaterní parenchym. Játra mohou být postižena alkoholovým ztukovatěním jater, alkoholickou hepatitidou nebo jaterní cirhózou. Těhotné ženy mohou poškodit plod v důsledku abusu alkoholu. Nejčastěji se jedná o fetální alkoholový syndrom (FAS). Tento syndrom se vyznačuje mnoha specifickými příznaky, bývá například poškozena psychomotorika, chování a růst dítěte.

5.4.8 Psychické důsledky závislosti na alkoholu

Psychické poruchy vznikají u pijáků při abusu alkoholu i při dlouhodobém chronickém alkoholismu. Akutní intoxikaci vyvolává abusus. Mezi poruchy vyvolané chronickým alkoholismem patří poruchy osobnosti, delirium tremens, alkoholová halucinóza, Korsakova psychóza, alkoholická paranoidní psychóza a další psychózy (JANÍK, DUŠEK, 1987).

5.4.8.1 Akutní intoxikace

Projevy akutní intoxikace, neboli opilosti, charakterizují například Janík a Dušek (1987) následovně:

Prostá opilost (latinsky ebrietas simplex) se u nemocného zpočátku projevuje euforií, zvýšenou tělesnou aktivitou, tachykardií, zarudnutím v obličeji. Později dochází ke zvýšenému sebevědomí, snížení kritičnosti a tendenci k navazování kontaktů. V poslední fázi může dojít až k agresivním projevům. Vždy ale záleží na množství požitého alkoholu a toleranci. Tento stav nevyžaduje léčbu.

Komplikovaná opilost (latinsky ebrietas complicata) se objevuje především u nemocných s psychopatií. Tito jedinci mají silnější a delší prožívání agresivního chování, které může se vyústit až v napadení lidí. Pro tento druh opilosti jsou typická alkoholová okénka (paměťové výpadky).

Pro vznik **patické opilosti** (latinsky ebrietas pathica) je typické požití malého množství alkoholu. Postihuje osoby s organickými poruchy CNS, neurotiky a psychopaty. Tato porucha se může projevovat agresivním chováním, neklidem, zmateností, halucinacemi a úzkostí. Někdy se může projevit i obnubilací, která vzniká náhle, trvá krátce a pacient má na ní amnézii. Lidé v patické opilosti mohou páchat trestné činy nebo mít suicidální tendence.

5.4.8.2 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jako psychické důsledky chronického alkoholismu zahrnují poškození osobnosti i povahy. Poruchy se projevují nekritičností ke konzumaci alkoholu i ke zhoršenému společenskému chování. Nemocní vše bagatelizují, jsou vztahovační a výbušní. Mohou se objevit i konflikty v rodině nebo v práci. Dále nemocný neplnění povinností, nejčastěji v zaměstnání. A hledá zdůvodnění svého pití, nepřipouští si však příčinu v sobě.

Později se u nemocného projevuje apatie a ztráta zájmů. Poruchy zasahují i neurologický systém, což se projevuje tzv. alkoholickým tremorem. Alkoholický tremor znamená třes především horních končetin, s odstupem času dochází i k poruchám hybnosti. Objevuje se i u odvykacího stavu jako příznak abstinenčního syndromu.

5.4.8.3 *Delirium tremens*

Jedná se o akutní psychózu, která vzniká na základě chronického alkoholismu. Spouštějícím činitelem je buď požití velkého množství alkoholu nebo oslabení organismu například chřipkou nebo operací. Prvními příznaky jsou neklid, podrážděnost, které přecházejí ve zmatenost, halucinace, nejčastěji zrakové, až poruchy vědomí. K somatickým projevům patří třes (prstů, končetin, hlavy a trupu), porucha koordinace pohybů a tachykardie. Delirium vzniká převážně v noci, trvá tři až pět dní a končí hlubokým spánkem.

5.4.8.4 *Alkoholová halucinóza*

Patří k psychózám, které jsou způsobené chronickým alkoholismem. Vzniká po kratším abusu alkoholu. Spouštěčem alkoholové halucinózy je konzumace většího množství alkoholu. Příznaky jsou stejné jako deliria tremens, s tím rozdílem, že se objevují spíše sluchové halucinace, které trvají ze všech příznaků nejdéle. Alkoholová halucinóza vzniká také večer.

5.4.8.5 *Korsakovova psychóza*

Tuto psychózu popsal v roce 1907 ruský psychiatr Korsakov. Vzniká nejčastěji u chronických alkoholiků nad padesát let, kteří konzumují trvale větší množství alkoholu. Onemocnění vzniká pozvolna, většinou po proběhlém deliriu tremens a má chronický průběh. Projevuje se parestéziemi a bolestmi nejčastěji končetin, dále poruchou vstřípivosti paměti a nakonec dochází až k poškození intelektu.

5.4.8.6 *Alkoholická paranoidní psychóza*

Jedná se o psychózu vznikající buď náhle, nebo pozvolna. Objevuje se též u chronického alkoholismu a postihuje především alkoholiky ve středním věku. Projevuje se paranoidním syndromem s perzekučními bludy. Bludy mají většinou žárlivý charakter, který může vyústit až v agresivní chování vůči okolí.

5.4.8.7 Další psychózy

K dalším psychózám, které způsobuje chronický alkoholismus, patří i alkoholová demence, alkoholická epilepsie, alkoholická encefalopatie aj. Alkoholické psychózy mají malé procento výskytu. Mechanismus vzniku není znám.

5.4.9 Léčba závislosti na alkoholu

Pro léčbu závislosti na alkoholu se využívají různé metody podle typu závislosti na alkoholu a vývojového stádia, například časná intervence, detoxifikace, senzitivace, psychoterapie, léčba cravingu a alkoholových psychóz aj. Pro potřeby této práce budou popsány jen některé z nich, a to podle Radocha, Zvolského a kol. (2001):

5.4.9.1 Časná intervence

V tomto postupu se využívá strategie označovaná jako **krátká intervence** (5-30 minut). Podstatou tohoto postupu je upozornění pacienta na zdravotní rizika v době, kdy je dotyčný ještě schopen omezit nebo úplně přerušit pití alkoholu. V této fázi u něj dosud nedošlo ke ztrátě kontroly nad užíváním alkoholu, který je typický pro syndrom závislosti. Cílem je pacientova stabilizace zdravotního stavu, které lze dosáhnout omezením škodlivého pití nebo abstinováním.

5.4.9.2 Detoxifikace

Tato léčba spočívá v korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci a farmakoterapii. Při farmakoterapii dochází k substituční léčbě na principu zkřížené tolerance užívaných léků s alkoholem. Nejvíce se využívají benzodiazepiny (oxazepam, lorazepam, chlórdiazepoxid) nebo klomethiazol (Heminervin) v kapslích. Je-li intenzita příznaků deliria nižší, může se použít neuroleptikum tiaprid (Tiapridal). V případě, že je delirium komplikováno křečemi, hodí se podávat MgSO₄. Vzhledem k nedostatku vitamínů je dobré podávat preparáty jako například thiamin (vitamin B1).

5.4.9.3 Senzitivace

Senzitivace spočívá v podávání preparátů, které zvyšují vnímavost organismu na přijatý alkohol. Dojde-li po aplikaci medikamentu k užití alkoholu, vyvolá to výraznou

reakci organismu, jež se projeví kolísáním krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím obličeje, nauzeou, bolestmi hlavy, popřípadě obtížným dýcháním či zvracením. Antabus je název preparátu, který se využívá zdaleka nejvíce. Podle něho se nazývá výše zmíněná reakce organismu, a sice **antabusová reakce**. Tento název se užívá i při použití jiné účinné látky, než je disulfiram obsažený v Antabusu. Antabusový efekt může vyvolat řada jiných léků i u člověka, který na alkoholu závislý není, jde tedy o jeden z důvodů upozornění na nevhodnost kombinace léků s alkoholem. Mezi kontraindikace podání patří těhotenství, intolerance léků, pacient, u kterého hrozí konzumace alkoholu, a některá onemocnění (epilepsie, diabetes, onemocnění zažívacího traktu aj.).

5.4.9.4 Craving

Dva různé druhy látek dokáží snížit craving u pacientů závislých na alkoholu. **Akamprosát** (acetylhomotaurinát) je látka s obdobnou strukturou a účinky jako kyselina γ -aminomáselná – GABA. Naproti tomu léky obsahující **naltrexon** (opioid) se používají především k udržení abstinence u pacientů závislých na opioidech, lze je však i užít u pacientů závislých na alkoholu. Jedním z důležitých faktorů při této terapii je celková doba užívání (1 rok) kvůli zamezení opětovnému návratu závislosti. Proto se léčba cravingu užívá jako součást prevence proti relapsu.

Významnou roli v prevenci má rovněž **nácvik sociálních dovedností**. Tento pojem lze vysvětlit jako behaviorální terapii, během níž se pacient učí zvládat stres a řešit rizikové situace, kterými může být například odmítání nabízeného alkoholu.

5.4.9.5 Psychoterapie

Psychoterapie hraje důležitou roli v léčbě závislosti na alkoholu. V praxi se nejvíce používá skupinová terapie, která spočívá například v nácviku rolí v ohrožujících situacích, asertivních dovednostech, rodinné terapii, pracovní terapii aj.

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 3.5, psychiatrická péče se dělí na lůžkovou, ambulantní a komunitní. Lůžková péče spočívá v hospitalizaci pacienta se závislostí na alkoholu na oddělení závislosti. Pacient je přijímán k léčbě dobrovolně. Léčba trvá přibližně tři až čtyři týdny. Pacient si musí projít všemi léčebnými stupni. Jednotlivé léčebné stupně s jejich charakteristikou jsou uvedeny v příloze L. Mimo

medikamentózní léčbu se na odděleních závislosti využívá i komunitní terapie. Komunitní terapie poskytuje pacientům přibližně dvacet terapeutických programů za týden. V tomto pododdílu budou uvedeny nejznámější programy.

Cílem všech terapií v odvykací léčbě je získání náhledu na onemocnění. Jde o snahu přimět pacienta, aby změnil svůj životní styl a pevně se rozhodl abstinovat. Aby terapeut (většinou všeobecná sestra nebo psycholog) lépe poznal pacienta, musí tento při příjmu vyplnit dotazník (viz příloha B) a list s tzv. Apolinářským křížem (viz příloha C), kde jsou uvedeny čtyři oblasti, a to zdraví, rodina, zaměstnání a kriminalita. Pacient musí napsat ke každé oblasti, jak ji alkohol ovlivnil. Následně si terapeut domluví schůzku s rodinou pacienta, kde dá i rodině vyplnit dotazník (viz příloha D) a vede s ní strukturovaný rozhovor o pacientových potížích s alkoholem, při kterém není přítomen pacient, aby nedošlo ke zkreslení informací.

Součástí komunitní terapie je i bodovací systém (viz příloha E). Personál boduje pacienta při porušení předem určených pravidel zápornými body. Body si však pacient může napravit, pokud podá návrh na komunitě. Dalším úkolem, který pacient musí při hospitalizaci splnit, je každodenní psaní deníku a psaní elaborátů. Deník slouží jako komunikace pacienta se sestrou, pacient by měl v deníku psát především o svých pocitech. Další pokyny pro psaní deníku jsou uvedeny v příloze F. Elaborát je pacientův zápis z komunity, při které se přednášela nejrůznější témata související s alkoholem.

Pacient po určité době hospitalizace vypracovává svůj životopis. Návod pro psaní životopisu je uveden v příloze G. Jednou za týden probíhá na oddělení komunita pod názvem „Volná tribuna,“ která umožní setkání se všemi pacienty a kompletním terapeutickým týmem. Řeší se nejrůznější problémy pacientů, připomínky k léčbě atd. Názorný příklad léčebného režimu jsme uvedli v příloze H Léčebný řád oddělení závislosti. (Všechny materiály uvedené jako přílohy k tomuto pododdílu jsou poskytnuty oddělením závislosti Psychiatrické léčebny v Kosmonosech). Nedílnou součástí terapií jsou i sportovní aktivity, pracovní terapie, návštěvy rodiny aj. U ostatních poruch vyvolaných alkoholem má psychoterapie podpůrný efekt k užívané farmakoterapii (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011).

5.4.9.6 Doléčování

Doléčování představuje kombinaci ambulantní, lůžkové a stacionární léčby či svépomocných aktivit. Doléčování může začít až po tělesném a duševním odeznění drogy z organismu. Hlavním cílem doléčování je po základní léčbě zamezení recidiv abusu alkoholu. Doléčování přestavuje u léčených pacientů 70% úspěšnost dodržení abstinence (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011).

K nejznámějším svépomocným aktivitám patří Anonymní alkoholici (dále jen AA). Definice AA: „AA je společenství žen a mužů, kteří sdílejí spolu naši zkušenost a naději, že mohou vyřešit svůj společný život a pomoci ostatním uzdravit se z alkoholu. Jediným požadavkem je touha zastavit pití.“ (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011, s. 165). Dále Heller a Pecinovská (2011) uvádějí, že AA je celosvětové hnutí, které bylo založeno v roce 1935. U nás hnutí AA začalo působit až v roce 1990. Tato svépomocná aktivita se řídí dvanácti tradicemi a dvanácti kroky, ve kterých jsou uvedeny jednotlivé instrukce, jež člověku pomáhají srovnat se s alkoholismem.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu

6.1 Metodika

Pro vypracování praktické části práce jsme si vybrali model funkčních vzorců zdraví od autorky Marjory Gordon. Praktická část se zabývá konkrétním pacientem s lékařskou diagnózou - syndrom závislosti na alkoholu. Model funkčních vzorců zdraví byl u pacienta zvolen z toho důvodu, že u něho lze očekávat úplné uzdravení. U pacienta se syndromem závislosti je uzdravení vnímáno jako celoživotní abstinence a s tím spojená změna životního stylu.

Pro zpracování ošetrovatelského procesu jsme si zvolili pacienta hospitalizovaného v Psychiatrické léčebně v Kosmonosech na oddělení závislosti. Informace jsme získali především z rozhovoru a pozorování pacienta a ze zdravotnické dokumentace. Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz jsme postupovali dle standardizovaného NANDA systému. Ošetrovatelské diagnózy jsme vypsali dle priorit od nejdůležitější a rozdělili je na aktuální a potenciální.

6.2 Zhodnocení nemocného

Pacient P. N. (iniciály) je svobodný, 45letý pacient, žijící na ubytovně, pobírající částečný invalidní důchod ze somatické indikace. Byl přijat 4. března 2013 ve 13 hodin k první, dobrovolné hospitalizaci na oddělení závislosti do Psychiatrické léčebny v Kosmonosech. Aktuálně nepracující, nehlášen na Úřadu práce. Týden před hospitalizací byl propuštěn z práce z důvodu opakované neomluvené absence, která vznikla z důvodu pravidelného užívání alkoholu, především v ranních hodinách. Pracoval jako dělník pro chráněnou dílnu. Po propuštění z práce se rozhodl pro protialkoholní léčbu. Pacient k léčení přišel bez doporučení. Jevil známky abstinenci symptomatologie, altest byl negativní. Do psychiatrické ambulance nikam nedocházel.

6.2.1 Stav při příjmu

Pacient kontakt navázal, ale projevovala se u něho výrazná abstinenci symptomatologie vyznačující se třesem celého těla, pocením, zarudlým obličejem (včetně očních spojivek). Klient byl správně orientovaný místem, osobou i situací, časem ale nepřesně. Udával správně měsíc a rok, ale den a čas neurčil přesně. U P. N. se projevovala mírná tenze a nesoustředěnost. Pacient uvedl, že nemá problémy se spánkem, má však nechuť k jídlu. Klient nebyl psychotický, náhled na problematiku abusu byl přítomen, klient byl motivován k protialkoholní léčbě.

6.2.2 Stručný průřez anamnézou

➤ **Diagnóza základního onemocnění:**

F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – odvykací stav

➤ **Ostatní lékařské diagnózy:**

Hypertenze

Chronická hepatopatie a steatóza jater (způsobené alkoholem)

Dyslipidemie

Stav po totální thyroidektomii v roce 2003

Stav po polytraumatu lebky, horních a dolních končetin

Stav po totální endoprotéze obou kyčlí v roce 2005

Stav po recidivující plastice herniae epigastricae 2krát (v roce 2006 a 2007)

➤ **Stávající terapie základního onemocnění:**

Diazepam Slovakofarma 5mg	1 – 0 – 0 – 1	anxiolytikum
Magnesii Lactici 0,5 tbl.	1 – 1 – 1	minerální přípravek (soli a ionty)
Thiamin	1 – 1 – 1	vitamin (vitamin B1)
Tritace 2,5 mg	1 – 0 – 0	hypotenzivum
Helicid 20 Zentiva	1 – 0 – 0	antacidum, antiulcerotikum
Letrox 50	3 – 0 – 0	hormony (hormony štítné žlázy)

Při tělesné teplotě (TT) nad 37,5 °C podat 1 tabletu Paralenu 500 (max. 3krát denně, po 4 hodinách)→ antipyretikum

Při agitovanosti podat 1 amp. Tiapridalu inj. i.m. (možno podat 4krát denně)→ neuroleptikum, antipsychotikum

Při opakovaném epi paroxu podat 1 tubu per rektum Diazepamu Desitin Reptal Tube 10→ anxiolytikum

➤ **Další terapie základního onemocnění:**

Pacient se zúčastňuje např. pracovních terapií, arteterapií, relaxací a dále také komunity, kde dostává nejrůznější úkoly. 12. března 2013 se dostal do I. léčebného stupně (viz příloha L), což mu přináší tyto úkoly:

- napsat životopis (viz příloha G)
 - napsat elaborát (viz příloha L - stupeň I.)
 - každý den psát deník (viz příloha F) aj.
- pokud pacient poruší léčebný řád oddělení (viz příloha H), strhávají se mu body (viz příloha E)

➤ **Diagnostická vyšetření:**

Tabulka 1 - Biochemické vyšetření krve ze dne 4. března 2013

vyšetření	výsledné hodnoty	jednotky	referenční meze
glukóza (v séru)	15,1	mmol/l	3,9-5,6
Na (v séru)	131	mmol/l	137-146
K (v séru)	3,7	mmol/l	3,8-5,0
Cl (v séru)	85,6	mmol/l	97-108
bilirubin (v séru)	33	μmol/l	2,0-17,0
ALT (v séru)	0,58	μkat/l	0,1-0,78
AST (v séru)	0,95	μkat/l	0,10-0,72

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení klinické biochemie, hematologie a toxikologie, 2013

Biochemické vyšetření moči za dne 4. března 2013

základní vyšetření moči v normě

Tabulka 2 - Hematologické vyšetření krve ze dne 4. března 2013

vyšetření	výsledné hodnoty	jednotky	referenční meze
sedimentace (FW) za 2 hodiny	38	arb. j.	4-27
leukocyty	7,6	10 ⁹ /l	4,10-10,20

erytrocyty	4,27	$10^{12}/l$	4,19–5,75
hematokrit	0,39		0,39-0,51
trombocyty	55	$10^9/l$	142-327

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení klinické biochemie, hematologie a toxikologie, 2013

➤ **Pravidelná vyšetření:**

1krát týdně měření **TK** a **P**

➤ **Dieta:**

Dieta č. 4 – dieta s omezením tuků z důvodu alkoholického poškození jater

6.3 Anamnestické údaje

Anamnéza neboli předchorobí obsahuje informace o pacientovi, které jsou převážně z minulosti a přibližují problematiku jeho zdravotního stavu. Informace se nejčastěji získávají z přímého kontaktu (rozhovor s pacientem nebo jeho blízkou osobou). Ve zdravotnictví se obvykle setkáváme s těmito druhy anamnéz: rodinná, osobní, farmakologická, gynekologická, abusus, alergologická, sociální, pracovní a nynější onemocnění.

6.3.1 Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Z důvodu častého sportování prodělal mnoho úrazů, po kterých mu zůstaly jizvy na dolních končetinách. V roce 2003 prodělal totální thyroidektomii. V roce 2005 prodělal totální endoprotézu (TEP) obou kyčlí z důvodu polytraumat. Dvakrát prodělal plastiku epigastrické kýly. V současné době se léčí pro hypertenzi a má substituční terapii štítné žlázy.

6.3.2 Rodinná anamnéza

Pacient udává, že se matka léčila s hypertenzí (vysoký krevní tlak) a zemřela v 60 letech na cévní mozkovou příhodu (CMP). Otec zemřel v pacientových 5 letech zřejmě na problémy s alkoholem. Pacient má dva sourozence, sestru 58 let, jež žádné zdravotní problémy nemá, a o bratrovi (57 let) nemá žádné informace, nevídají se. P. N. má patnáctiletou dceru, která je zdravá, vídají se spolu pouze sporadicky.

6.3.3 Farmakologická anamnéza

Pacient zmiňuje, že užívá léky na štítnou žlázu Letrox 50 mg. Dále by měl užívat léky na vysoký tlak, které ale poslední dobou nebere.

6.3.4 Pracovní anamnéza

Pacient vystudoval střední odborné učiliště. Pobírá částečný invalidní důchod. Za poslední rok vystřídal tři zaměstnání. V práci vydržel vždy do první výplaty, pak už tam přestal chodit, jen pil. Naposledy si přivydělával si jako dělník v chráněné dílně. Aktuálně je nezaměstnaný.

6.3.5 Sociální anamnéza

Pacient je svobodný, v životě měl pouze jednu partnerku, se kterou má dceru. Bydlí na ubytovně a přiznává, že má dluhy. S rodinou se nevidá a kamarády má jen u piva. Zájmy měl dříve sportování, především běh, nyní mu jeho zhoršený somatický stav tyto aktivity nedovoluje.

6.3.6. Alergologická anamnéza

Alergii pacient neguje.

6.3.7 Psychiatrická anamnéza

Psychiatrická poruchy dříve nebyla, až nyní.

6.3.8 Abusus

P. N. je nekuřák, alkohol pije od 20 let (pravidelně 5-6 piv, pouze o víkendu). Před 3-4 roky přechod na víno a destiláty. Pacient přiznává, že od té doby to bylo vážné. Pití začal prisuzovat ubytovně: „na ubytovně všichni pijí.“ Poslední dobou nebyl schopen chodit ani do práce. Začali se objevovat ranní nevolnosti, které pacient řešil doušky alkoholu. P. N. uvádí, že bez alkoholu už nemohl být. Marihuanu ani jiné drogy neužívá.

6.3.9 Nynější onemocnění

Pacient pije alkohol od dvaceti let, pouze pivo. Většinou v pátek a sobotu večer zašel do hospody, kde vypil okolo šesti piv. Takhle to probíhalo zhruba deset let. Poté se intenzita návštěv hospody zvyšovala. Pacient chodil denně do hospody, kde vypil sedm piv. Postupně přecházel z piva na víno a destiláty. Dávky vína a destilátů se postupně též zvyšovaly. Poslední měsíc vypije každý den pět litrů vína a půl lahve tvrdého alkoholu. Pacient se budí okolo čtvrté hodiny ráno a hned začne pít alkohol, pije takzvaně „v tahu,“ musí si udržovat hladinku alkoholu. V souvislosti s alkoholem se mu stal i úraz. Napadlo ho, že sjede po zábradlí, přes zábradlí přepadl do hloubky pěti metrů na schody. Skončil v bezvědomí v nemocnici, kde mu voperovali endoprotézu do obou kyčlí. Dále ohledně problémů, které nastaly z užívání alkoholu, udává, že má poslední dobou výpadky paměti. Vydrží i pět dní nic nejíst, pouze pít alkohol. Pokoušel se sám přestat užívat alkohol, avšak udává, že po vysazení alkoholu prodělal křečový záchvat, ale už neví, kdy to přesně bylo. Proto přichází do Psychiatrické léčebny v Kosmonosech s žádostí o protialkoholní léčbu. Udává, že naposledy pil den před přijetím okolo čtvrté hodiny odpoledne a vypil dohromady čtyři litry vína. Na doporučení známých se rozhodl léčit. Přiznává, že už nemůže dál fungovat, přišel i o práci.

6.4 Ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordon

Tématu ošetrovatelský proces jsme se obecně věnovali v kapitole 4 v teoretické části. V kapitole 1, oddílu 1.5.1 jsme popsali konkrétně model funkčního zdraví od autorky Marjory Gordon. Tento model byl aplikován v případě pacienta P. N.

Stanoven dne 13. března 2013

9. den hospitalizace na lůžkovém oddělení

6.4.1 Vnímání zdraví

V dětství prodělal pacient běžná dětská onemocnění. P. N. dříve rád sportoval, nejvíce ho bavilo běhání. Z důvodu sportování prodělal mnoho úrazů na dolních končetinách, po kterých mu zůstaly jizvy. V roce 2003 prodělal totální thyroidektomii. Po polytraumatu lebky a horních a dolních končetin mu v roce 2005 byla provedena totální endoprotéza obou kyčlí. Pacient udává, že při pokusu o protialkoholní

samoléčení prodělal křečový záchvat, neví ale, kdy se to stalo. Občas mívá výpadky krátkodobé paměti. Nyní udává, že chce podstoupit protialkoholní léčení.

Pacient cigarety nekouří, ani nehraje automaty, zato pije alkohol. Od 20 let pil pouze pivo, a to víkendově, vždy v pátek a v sobotu večer vypil šest piv. Později začal chodit denně do hospody, kde vypil okolo sedmi piv. Z piva postupně přešel na víno a destiláty. I tady se dávky stále zvyšovaly. Poslední měsíc vypije každý den pět litrů vína a půl lahve destilátů. Pije celý den od rána od čtyř hodin.

6.4.2 Výživa – metabolismus

P. N. se před hospitalizací stravoval velmi nepravidelně, skoro vůbec nejedl. Stačilo mu užívat alkohol. Udává, že vydržel i pět dní nejíst. Má rád všechna jídla, není vybíravý. Zmiňuje, že na ubytovně jedl instantní polévky a konzervy. Na teplé jídlo nebyly peníze. Rád pije kávu, za den vypije i čtyři šálky kávy. Dále z tekutin udává vodu a čaj. Na oddělení pitný režim dodržuje, vypije každý den přes dva litry tekutin, nejčastěji vodu. Udává stálý pocit sucha v ústech. Předchozí konzumace alkoholu je uvedena výše v kapitole 6.4.1. Nyní udává zvýšenou chuť k jídlu. Nemocniční strava mu chutná, sní vždy celé porce. Sladké jídlo si občas koupí v kiosku při společných vycházkách. Pacient udává změnu hmotnosti, za poslední rok zhubl okolo dvaceti kilogramů, vše to přisuzuje alkoholu.

P. N. má čistou kůži s jizvami po operacích nebo úrazech. Hygienické návyky dodržuje. Vlasy má prořídlé. Nehty čisté. Chrup karózní. Poslední kontrolu u zubaře si nepamatuje. Hmotnost 70 kg a výška 165 cm. Pacientovo BMI je 25,71, což je lehká nadváha. **Nutriční skóre** (viz příloha I) pacientovi vyšlo 6 bodů, což při vyhodnocení ukázalo potřebu konzultace dietní sestrou, která o zdravotním stavu pacienta byla informována. **Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové** (viz příloha J) vyšlo klientovi 31 bodů, což znamená, že u něho nehrozí nebezpečí vzniku poruch kožní integrity.

6.4.3 Vylučování

Pacient je a i před hospitalizací byl při vylučování soběstačný. Močí spontánně asi 7-8krát denně dle množství přijatých tekutin. Potíže při močení neudává, svěrače ovládá, k úniku moči nedochází. Moč má fyziologickou barvu a je bez příměsí krve,

hlenu či hnisu, nezapáchá. Udává, že občas trpí zácpou. K vylučování stolice dochází nepravidelně, většinou jednou za pět dní. Vyloučená stolice je fyziologického charakteru. Projímadla nikdy neužíval. Zvýšené pocení nepocítuje. Pot je též fyziologického charakteru.

6.4.4 Aktivita – cvičení

Pacient hovoří o svém zdravotním stavu jako o zhoršeném, je po několika operacích, zejména operace kyčlí způsobila u pacienta zhoršenou koordinaci těla. Před tím, než začal tolik pít alkohol, hodně sportoval, nejčastěji běhal. Před hospitalizací žádné záliby neměl, chodil jen s kamarády do hospody. Během hospitalizace se účastní nejrůznějších pracovních terapií, kde vyrábí košíky, polštáře aj. Dále dochází na arteterapii, kde obvykle kreslí. Nejvíce ho však baví relaxace, kde si čte nějakou knížku a poslouchá u toho klidnou hudbu. P. N. se nejvíce těší, až přejde do dalšího léčebného stupně (viz příloha L) a bude mít samostatné vycházky, je rád na čerstvém vzduchu. Pacient režim oddělení zatím zvládá bez větších výkyvů. Ve všech činnostech, které oddělení vyžaduje, je soběstačný a snaží se vše tolerovat. **Bartelův test běžných denních činností** (viz příloha K) klientovi vyšel na 100 bodů, což znamená plnou nezávislost.

6.4.5 Spánek – odpočinek

Pacient udává, že během hospitalizace má problémy se spaním, které charakterizuje jako časté buzení během noci. Okolo třetí a čtvrté hodiny ranní se budí po deseti minutách a už nemůže pořádně usnout. Doma vstával okolo čtvrté hodiny ranní. Léky na spaní nikdy neužíval. Rituály před spaním žádné nemá. Jen možná ten alkohol, který užíval celý den od rána, kdy se vzbudil, až do té doby, než zalehl večer ke spánku.

Na oddělení se během dne cítí odpočatý. Přes den nespí. Ve zdravotnickém zařízení spí okolo šesti až sedmi hodin, ale jak uvádí pacient, přerušovaně. Noční běsy pacient během spánku nemá.

6.4.6 Vnímání – poznávání

Klient je při vědomí, orientovaný časem, místem i osobou. Se sluchem nemá žádné problémy. Vidí dobře na dálku i na blízko. P. N. při rozhovoru udržuje stále pozornost, mluví plynule, srozumitelně a kontakt s ním je otevřený, svěřuje se se svými problémy. Pacient zmiňuje problémy s pamětí, které se projevují zapomínáním. Zapomíná především na nepodstatné věci, které se staly v nedávné minulosti. Udává však, že když užíval alkohol, tak byl velmi nesoustředěný až roztěkaný. Při učení něčeho nového, což bývá nejčastěji, když nastupuje do nové práce, dává přednost mechanickému způsobu učení. Udává, že se rád učí něčemu novému. Zmiňuje, že je manuálně zručný, což během hospitalizace využívá na pracovních terapiích.

O svůj zdravotní stav se pacient příliš nezajímá. Informace o něm udává jako dostačující a nejčastěji je dostává od lékařů. Se zdravotní péčí na oddělení je spokojený, personál hodnotí jako velmi ochotný. Momentálně žádnou bolest nepocítuje, ale občas na něj přijdou stavy úzkosti a strachu, které vyplývají ze současné situace, jež má s rodinou a bývalou přítelkyní.

6.4.7 Sebepojetí

Pacient se momentálně cítí dobře, snaží se myslet pozitivně. Hospitalizaci hodnotí pozitivně, i terapie a komunity mu pomáhají. Já rád, že se rozhodl k protialkoholnímu léčení. Trvalo mu dlouho, než si uvědomil, že je závislý na alkoholu. Nejvíce si to uvědomil, když se od něj odloučila jeho sestra a dcera. P. N. udává, že pomocí komunit poznává sám sebe, například při vypracovávání životopisu aj. Má i hodně času přemýšlet. Klient nejvíce přemýšlí o budoucnosti, že si bude muset najít novou práci, jak urovná vztahy se sestrou a bývalou přítelkyní, která mu zakázala vídat se s jeho dcerou. Pocítuje zklamání ze života, což u něj způsobilo i nízké sebevědomí. Občas pocítuje i úzkost a strach z důvodu neznámé budoucnosti a ze situace, kterou má se sestrou a bývalou přítelkyní. V současnosti je dobře emocionálně naladěný, věří, že se vše urovná. Pacient přišel o oba rodiče a vídal se jen se svou sestrou. Sestra se s ním však přestala vídat, když zjistila, že pije alkohol. Pacient má jen kamarády, především na ubytovně nebo v hospodě.

6.4.8 Role – vztahy

P. N. bydlí na ubytovně, kam se dostal kvůli dluhům, musel prodat byt. Bydlí tam s kamarády, se kterými chodil do hospody a pil alkohol. O rodiče klient přišel. Má starší sestru a staršího bratra. S bratrem se vůbec nestýkají a se sestrou se přestali vídat nedávno, když přišla na to, že pije alkohol. Půjčovala mu peníze s tím, že je má na ubytování, a on je propil. Dále udává, že má patnáctiletou dceru se svou bývalou přítelkyní, jež když se dozvěděla, že klient pije, tak mu zakázala se s dcerou vídat.

Pacient je vyučený malířem, natěračem. Pobírá částečný invalidní důchod. Za poslední rok vystřídal tři zaměstnání. V práci vždy vydržel do první výplaty. Naposledy si přivydělával jako dělník v chráněné dílně, kde byl velmi spokojený. Aktuálně je nezaměstnaný.

Pacient je svobodný, v životě měl pouze jednu partnerku, se níž má dceru. Za pacientem nedochází žádná návštěva. P. N. to komentuje tím: „kdo by chodil za vožralou.“ Pacient je po této odpovědi smutný a skleslý.

6.4.9 Sexualita

Pacient je heterosexuální. V současné době bez partnerky. Udává, že měl v životě jen jednu přítelkyni, se kterou má dceru. K tomuto tématu se dál vyjadřovat nechce.

6.4.10 Stres, zátěžové situace

Pacient udává, že občas cítí napětí, které způsobuje nejistota z budoucnosti, především tíživá finanční situace. Občas z velkého napětí takzvaně vybuchne. Dříve mu při napětí pomáhal alkohol. V poslední době si udržoval stálou hladinu alkoholu, tudíž byl neustále v dobré náladě a nic neřešil. Marihuanu ani jiné drogy neužívá. Nyní když na něj přijdou stavy napětí, musí vyčkat, až to samo odezní.

6.4.11 Víra – životní hodnoty

P. N. zmiňuje, že je ateista. Žádné životní hodnoty nemá. Udává, že život bere od dvaceti let lehkovážně, pije alkohol, teď se mu vše vrací.

6.4.12 jiné

Nemá žádné doplňující informace. Vše podstatné bylo zmíněno v předchozích oblastech zdraví.

6.5 Základní fyzikální vyšetření sestrou

Stanoveno dne 13. března 2013

9. den hospitalizace na lůžkovém oddělení

➤ **Hlava:**

Vlasy – prořídle

Oční skléry – bez zabarvení, v normě

Ústa – fyziologické barvy, bez známek poškození

Dutina ústní a nos – sliznice růžové a vlhké, nos bez sekrece, průchodný a čistý

Chrup – karózní

Jazyk – hladký, plazí středem

➤ **Krk:**

Polykání – bez obtíží

Pálení žáhy – neudává

Říhání – neudává

Štítná žláza – odstraněna po totální thyroidektomii v roce 2003

Uzliny – v normě

➤ **Hrudník:**

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Tvar hrudníku – symetrický, fyziologický

Prsa – bez patologické rezistence

➤ **Břicho:**

Bolestivost – palpačně nebolestivé

Plynatost – nepřítomna

Jizvy – po plastikách epigastrických kýl (staršího data)

➤ **Páteř:**

Držení těla – fyziologické

Poloha nemocného – aktivní

Porucha sedu – nepřítomna

Poruchy postoje – nepřítomna

Poruchy chůze – chodí sám

➤ **Končetiny:**

Pohyblivost – občas se u pacienta objeví porucha koordinace pohybů

Svalový tonus – v normě

Ztráta končetin – není

Bolestivost – neudává

Rány – nemá, pouze jizvy staršího data po endoprotézách kyčlí a po úrazech na dolních končetinách

Otoky, varixy, známky tromboembolické nemoci (TEN) – nepřítomny

➤ **Kůže:**

Barva – fyziologická

Změny pigmentace – nemá

Kožní turgor – v normě

Pocení – přiměřené

Nehty – bez zvýšené lámavosti, normálního tvaru, upravené

Celkový vzhled, úprava, hygiena – muž, 45 let, normostenik, čistý, upravený

➤ **KOGNITIVNÍ FUNKCE – Mentální stav:**

Vědomí – orientován

Vnímání – reálné, bez známek poruch vnímání

Řeč – plynulá, srozumitelná

Myšlení – logické

Paměť – porucha krátkodobé paměti, projevující se zapomínáním

Intelligence – bez objektivních známek poruch

➤ **KOGNITIVNÍ FUNKCE – Emocionální stav:**

Emotivita – nepřiléhavá, bez projevů auto či heteroagrese

Schopnost navázání vztahu s ostatními lidmi – dokáže navázat vztah

➤ **KOGNITIVNÍ FUNKCE – Smyslové vnímání:**

Zrak – dobrý

Sluch – bez problémů

Chuť – nezměněná

Hmat – v normě

Krevní tlak – 145/95

Tělesná teplota – 36,2 °C

Puls – 95', pravidelný

Dýchání – 16 dechů/min., pravidelné

Tělesná hmotnost – 70 kg

Výška – 165 cm

BMI – 25,71 (nízká nadváha)

6.6 Ošetrovatelská diagnostika

Analýza informací:

Věk: 45 let

Pohlaví: muž

Stav: svobodný

Zaměstnání: nezaměstnaný

Sociální zázemí: bydlí na ubytovně s kamarády

Den hospitalizace: 9. den

Předešlé hospitalizace: žádné

Alergie: neudává

Dietoterapie: dieta č. 4 (s omezením tuků)

Nefarmakologická terapie: pracovní terapie, arteterapie, relaxace, komunity

6.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza: 00131 Poškozená paměť z důvodu syndromu závislosti na alkoholu projevující se zapomínáním, nevybavností nedávných dějů

Cíl: - Pacient si uvědomuje problémy s pamětí

- Pacient zná metody a techniky, které podporují paměť

- Pacient zná příčiny a prevenci poruch paměti

Priorita: vysoká

Intervence: - posilovat paměť pomocí kalendářů, diářů a zápisků

- zajistit pacientovi dostatečný odpočinek

- sledovat chování pacienta

- pomáhat pacientovi ke zmírnění napětí a úzkosti

Stanovena: 13. března 2013

Realizace: 13. března 2013 – 15. března 2013

Pacient si koupil diář, kalendář a zápisník. Do diáře si píše důležité věci, které má udělat, a do zápisníku si zaznamenává každý den aktivity a činnosti, které již prováděl. Kalendář si vyvěsil nad lůžko a každý den na komunitě hlásí, jaké je datum a kdo má svátek. S pacientem jsou vedeny individuální rozhovory, kde sestra pacientovi naslouchá a on popisuje své pocity. Vše se zaznamenává do dokumentace.

Hodnocení: 15. března 2013

Cílů bylo dosaženo částečně: pacient si začíná uvědomovat problémy, které představuje poškozená paměť, a učí se zacházet s pomůckami, které podporují paměť.

Ošetřovatelská diagnóza: 00063 Dysfunkční život rodiny s alkoholismem z důvodu závislosti na alkoholu projevující se soustavným pitím alkoholu, ztrátou kontroly nad pitím, ekonomickými problémy, zanedbáváním povinností a narušením rodinných vztahů

- Cíl:**
- Pacient projeví potřebu změny životního stylu
 - Pacient rozpozná efektivní způsob chování
 - Pacient se účastní rodinných a individuálních programů

Priorita: vysoká

- Intervence:**
- posoudit současnou úroveň fungování rodiny
 - zjistit rodinnou anamnézu
 - diskutovat s pacientem o způsobech zvládnání problémů
 - poskytnout pacientovi i jeho rodině informace o léčbě alkoholismu a o tom, co lze očekávat po propuštění pacienta do domácí péče

Stanovena: 13. března 2013

Realizace: 13. března 2013 – 15. března 2013

S pacientem jsou vedeny individuální rozhovory, kde se probírá problematika vztahů v rodině a pacientovi bylo doporučeno asertivní chování, které má za úkol si procvičovat. Rodina pacienta odmítla rozhovor, o pacientovi se nechce bavit.

Hodnocení: 15. března 2013

Cílů bylo dosaženo částečně: pacient sám vyžaduje individuální rozhovory se sestrou nebo psychologem. Rozhovory jsou produktivní, pacient se svěřuje se svými problémy a pocity a snaží se osvojit si efektivní způsob chování.

Ošetrovatelská diagnóza: 000146 Úzkost z důvodu nejisté budoucnosti, špatných rodinných vztahů projevující se pacientovou verbalizací problému, skleslou náladou, neklidem

Cíl: - Pacient umí popsat své pocity úzkosti

- Pacient umí řešit problémy
- Pacient je uvolněný a spolupracuje

Priorita: vysoká

Intervence: - rozebrat s pacientem jeho problémy

- naslouchat pacientovi
- vézt záznamy v dokumentaci
- informovat pacienta o možnosti relaxačních technik

Stanovena: 13. března 2013

Realizace: 13. března 2013 – 15. března 2013

S pacientem jsou vedeny individuální pohovory, kde se svěřuje se svými pocity a problémy. Sestra pacientovi naslouchá a o všem vede záznamy v dokumentaci. Sestra pacientovi doporučila chodit častěji na relaxace, které si pacient vychvaluje.

Hodnocení: 15. března 2013

Cílů bylo dosaženo částečně: pacient se otevřeně svěřuje se svými pocity a problémy, ale bojí se nějaké vážné situace, která může nastat a on ji nezvládne. Pacient udává, že frekvence pocitů úzkosti není tak častá jako při příjmu. Je natolik zaměstnaný činnostmi na oddělení, že na takovéto stavy nemá čas.

6.6.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko abstinenčních příznaků z důvodu syndromu závislosti na alkoholu

Cíl: - Pacient zná projevy abstinenčního syndromu

- Pacient zná rizika abstinenčního syndromu
- Pacient zná metody a techniky zvládnání cravingu

Priorita: vysoká

Intervence: - zajistit klid a spánek

- sledovat zdravotní stav pacienta
- vézt záznamy o změnách zdravotního stavu do dokumentace a informovat o nich lékaře

- zajistit dostatečný příjem tekutin

Stanovena: 13. března 2013

Realizace: 13. března 2013 – 15. března 2013

Pacient v čase osobního volna polehává v lůžku a odpočívá. Rád chodí na relaxace, kde si čte a poslouchá hudbu. Pacientův zdravotní stav, pocity jsou zaznamenávány do dokumentace.

Hodnocení: 15. března 2013

Cílů je dosaženo částečně: pacient se učí znát projevy a rizika vyplývající z abstinčního syndromu, které se nejčastěji probírají na skupinové komunitě. Z těchto naučných komunit pacient vypracovává elaboráty o dané problematice. Dále si pomalu osvojuje metody a techniky, které mu pomáhají při pocitech bažení.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko porušení abstinence z důvodu syndromu závislosti na alkoholu

Cíl: - Pacient zná rizika vyplývající z porušení abstinence

- Pacient je motivován ke změně životního stylu a abstinenci
- Pacient neporuší abstinenci

Priorita: vysoká

Intervence: - motivovat pacienta k abstinenci

- edukovat ho o rizicích vyplývajících z porušení abstinence
- edukovat pacienta o změně životního stylu
- doporučit pacientovi další možnosti léčby
- pravidelně měřit pacientovi altest

Stanovena: 13. března 2013

Realizace: 13. března 2013 – 15. března 2013

Při individuálních pohovorech sestra pacienta motivuje k abstinenci a ke změně životního stylu. Dále mu pomalu nastiňuje další možnosti léčby po absolvování hospitalizace, například ambulantní péči nebo různá sdružení alkoholiků, například AA uvedené v pododdílu 5.4.9.6.

Hodnocení: 15. března 2013

Cílů bylo dosaženo částečně: pacient se učí znát rizika vyplývající z porušení abstinence při skupinových komunitách. Pacientovi se namátkou udělal po společné vycházce altest, který vyšel negativně.

6.6.3 Vyhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientův tělesný a duševní zdravotní stav se v průběhu hospitalizace zlepšil. Farmakologická léčba i léčebné terapie (komunity, pracovní terapie, relaxace aj.) pacientovi pomohly. S P. N. se podařilo navázat otevřený vztah, pomocí kterého se aktivně podílel na ošetrovatelských intervencích. Stanovených cílů bylo dosaženo částečně, čili je vhodné dále pokračovat v plnění ošetrovatelských intervencí. Pacient získal plný náhled na onemocnění v souvislosti se skupinovými terapiemi, při kterých se řešila problematika alkoholismu celostně. P. N. je odhodlaný změnit svůj životní styl a celoživotně abstinovat. Při porušení abstinence je klient ohrožen mnoha komplikacemi. Nemocný potřebuje změnit své kamarády a prostředí, ve kterém žil před hospitalizací, a především urovnat vztahy v rodině. Pacient hodnotí léčbu i ošetrovatelskou péči velmi kladně. U pacienta bude po hospitalizaci dále nutné doléčování (viz pododdííl 5.4.9.6).

6.6.4 Doporučení pro pacienta

- především dodržovat celoživotní abstinenci
- rozhodnout se pro nějaký druh doléčování po absolvování hospitalizace
- změnit svůj životní styl (pravidelně a zdravě se stravovat, dostatečně odpočívat atd.)
- nevracet se do stejného prostředí a nestýkat se se stejnými lidmi jako před hospitalizací
- urovnat vztahy v rodině
- najít si novou práci
- využít svou manuální zručnost a udělat si z toho koníček (pletení košíků aj.)
- pečovat o své duševní zdraví (relaxovat) a posilovat paměť (kurz pro posilování paměti)

Doporučení pro rodinu nebylo možné navrhnout z důvodu odmítnutí spolupráce ze strany rodiny.

Závěr

Syndrom závislosti na alkoholu je jedním z faktorů, který negativně ovlivňuje zdraví člověka již tisíce let. Dříve se na tento problém nenahlíželo jako na nemoc, každý se s následky alkoholismu musel vyrovnat sám. Až od poloviny 19. století je alkoholismus chápán jako medicínský problém. Do současnosti se vyvinuly různé metody terapie a jejich kombinace, které zvyšují účinnost léčby.

Tématem této bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu. Cílem práce bylo popsat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta se syndromem závislosti na alkoholu.

Bakalářskou práci jsme rozdělili do šesti kapitol. V teoretické části byly na základě studia odborné literatury nejprve objasněny základní pojmy související s tématem práce. V první kapitole jsme se zabývali zdravím a nemocí, v druhé kapitole jsme podali charakteristiku profese všeobecné sestry, ve třetí kapitole jsme se věnovali ošetrovatelství včetně psychiatrické péče. Ošetrovatelský proces jsme popsali v kapitole čtvrté a duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami jsme specifikovali v kapitole páté. Teoretické poznatky jsme aplikovali v praktické části na konkrétním pacientovi, kde jsme použili ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon.

Na základě vstupních anamnéz, následných rozhovorů a pozorování pacienta s využitím modelu zdraví dle M. Gordon jsme stanovili pět ošetrovatelských diagnóz, na jejichž základě jsme naplánovali plán ošetrovatelské péče, který se realizoval v průběhu tří dnů. Na základě vyhodnocení, do jaké míry byly splněny stanovené cíle pro každou ošetrovatelskou diagnózu, bylo zjištěno, že cíle byly splněny jen částečně, proto je potřeba nadále pokračovat v realizaci naplánovaných intervencí.

Pacientovi byla stanovena konkrétní doporučení, jak pokračovat v doléčování po skončení hospitalizace.

Předkládaná bakalářská práce se zabývá jedním z velkých problémů současnosti. Práce může být příkladem dobré praxe pro sestry na psychiatrii, které přicházejí do kontaktu s pacienty s tímto onemocněním. Využitím modelu funkčního zdraví dle M. Gordon jsme získali celostnější náhled na pacienta, který nám pomohl lépe ho poznat. Pacient získal větší důvěru ke zdravotnickému personálu, především k jeho primární

sestře, více se spolupodílel na plánování a realizaci ošetrovatelské péče a je odhodlán stanovená doporučení splnit.

Sestry, které ošetřují pacienty s podobnou diagnózou, mohou samozřejmě zvolit i jiné modely ošetrovatelské péče. V této práci jsme popsali model, který se zabývá komplexně zdravím a v Psychiatrické léčebně v Kosmonosech je aplikován nejčastěji. Největší přínos této metody spatřujeme v navázání bližšího kontaktu a získání důvěry pacienta k primární sestře.

Seznam použité literatury a zdrojů

Knihy:

- [1] BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství 1*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 80-902876-4-8.
- [2] HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. ISBN 80-87258-62-0.
- [3] JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Diagnostika duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN neuvedeno.
- [4] JELLINEK, Elvin, Morton, 1960. In: JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Diagnostika duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN neuvedeno.
- [5] JELLINEK, Elvin, Morton, 1960. In: RADOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
- [6] TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
- [7] KOCINOVÁ, Svatava, Šárka ERBANOVA a Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 5. vyd. Praha: Informatorium, 2007. ISBN 80-7333-059-0.
- [8] MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- [9] NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, 2012. ISBN 80-904955-5-5.
- [10] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- [11] NEŠPOR, Karel. *Rizika alkoholu ve zdraví a nemoci*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. (letáček)
- [12] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

[13] RADOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

[14] ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-96-3.

[15] TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

[16] VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7.

[17] WASSERBAUER, Stanislav a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-129-9.

Internetové zdroje:

[19] *Co je ošetrovatelská péče* [online]. Oblastní charita Červený Kostelec. [vid. 2013-02-24]. Dostupné z: <http://www.ochck.cz/co-je-osetrovatelska-pece.html>

[20] Ethanol. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Wikimedia Foundation, 2003. Stránka naposledy edit. 8. 3. 2013 v 01:45. [vid. 2013-03-08]. Česká verze. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ethanol>

[21] *Hodnotící škály* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. [vid. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

[22] *MKN- 10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). [vid. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Legislativa:

[23] Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010, částka 10. ISSN 1211-1244.

[24] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20. ISSN 1211-1244.

[25] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30. ISSN 1211-1244.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Protokol k provádění sběru podkladů	I
Příloha B – Dotazník pro pacienta	II
Příloha C – Apolinářský kříž	IV
Příloha D – Dotazník pro příbuzné pacienta	V
Příloha E – Udělování záporných bodů	VI
Příloha F – Pokyny pro vedení deníku	VII
Příloha G – Vodítko k životopisu	VIII
Příloha H – Léčebný řád oddělení závislosti	IX
Příloha I – Nutriční skóre	XII
Příloha J - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	XIII
Příloha K - Bartlův test běžných denních činností	XIV
Příloha L - Léčebné stupně	XVI

Příloha A

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

□



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Žabokrtská Lenka, DiS.
Studijní obor	Všeobecná sestra
Téma práce	Ošetrovatelský proces u nemocného se závislostí na alkoholu
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení závislosti
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.,
Souhlas primáře oddělení závislosti MUDr. Krákory	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím podpis <i>Krákora</i> MUDr. Pavel Krákora
Souhlas vrchní sestry oddělení závislosti Dufkové	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím podpis <i>Dufková</i> DUFKOVÁ

V Kosmonosech dne 25. března 2013

Žabokrtská
.....
podpis studenta

Příloha B

DOTAZNÍK

Vážený kliente,
dostáváš do rukou dotazník, který Ti pomůže v první orientaci ve vlastní situaci, která Tě sem přivedla a nám terapeutům poskytne počáteční informace, podle kterých můžeme směřovat terapii. Děkujeme za pravdivé odpovědi.

Jméno a příjmení:

1/ trávení volného času

a/ volný čas před vznikem závislosti

b/ volný čas v průběhu závislosti

c/ plány do budoucnosti (konkrétní činnosti, rozliš pracovní den a víkend)

2/ finanční hospodaření:

a/ finance před vznikem závislosti

b/ finance během závislosti

⋮

c/ plán finančního hospodaření

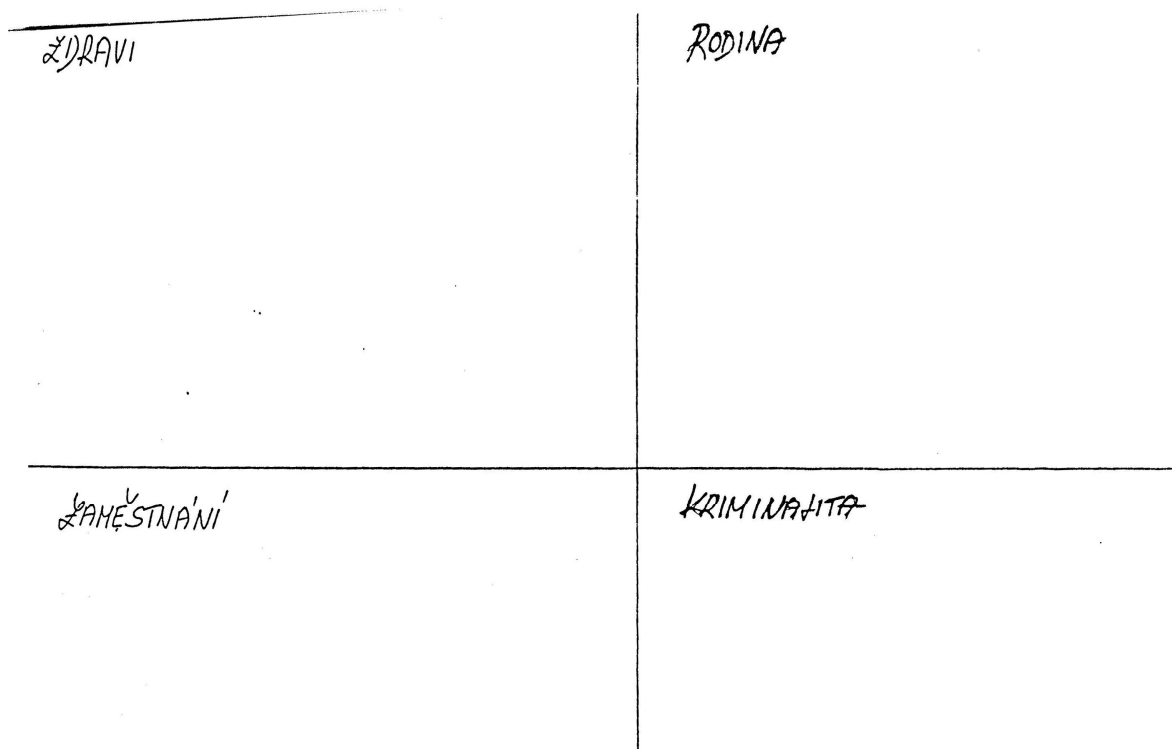
3/ bydlení a práce před rozvojem závislosti, během závislosti a plány do budoucna?

4/ Co patřilo mezi Tvé spouštěče závislosti a v jaké situaci jsi pil alkohol, bral drogy či hrál na automatech.

5/ Popiš svůj vztah k alkoholu.

Zdroj: Psychiatrická léčebny Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha C



Zdroj: Psychiatrická léčebny Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha D



Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Lípy 15, 293 06 Kosmonosy

Dotazník pro příbuzné pacienta

Vážení,
v zájmu účinného léčení našeho pacienta

pana.....rodné číslo.....

Vás žádáme o zodpovězení následujících otázek:

- 1) V jakém příbuzenském vztahu k nemocnému jste a jak dlouho se osobně znáte?
- 2) V jakém prostředí vyrůstal? Jaké vážnější choroby se vyskytly v příbuzenstvu pacienta?
(Uveďte v případě výskytu nervové a duševní poruchy, záchvaty, povahové nápadnosti, sebevraždy apod.)
Byl někdo závislý na alkoholu nebo jiných drogách?
- 3) Jste-li informováni, napište, jaký byl porod pacienta, jeho tělesný a duševní vývoj, popište nápadnosti v chování během dětství a dospívání.
Prodělal nějaké vážnější onemocnění nebo úraz? Jaký je jeho současný zdravotní stav?
Byl v minulosti léčen na psychiatrii, pro jaké obtíže, jak v léčbě spolupracoval a jaký byl efekt léčby?
- 4) Uveďte prosím současné rodinné poměry nemocného. Popište jeho povahu a typický způsob jednání s Vámi, popřípadě nejbližšími příbuznými (sourozenci, rodiče apod.).
Došlo ke změnám v této oblasti? Kdo v rodině nejčastěji rozhoduje o důležitých záležitostech?
- 5) Jaké má rodina největší starosti? Co z jeho povahy a chování byste si přáli změnit?
- 6) Jaké jsou jeho záliby a koníčky? Změnily se nějak?
- 7) Dostal se do finančních problémů, měl problémy přestupkové nebo jiné se zákonem?
- 8) Prosím popište způsob, jakým pacient užíval alkoholické nápoje, jak často, v jakém množství, v kterou denní dobu, popište případné změny způsobu užívání v průběhu času, jak se choval pod vlivem alkoholu apod.
- 9) Zkoušel nebo užíval nějaké drogy?
- 10) Hrál automaty?
- 11) Rozhodl se pro léčbu sám nebo pod tlakem okolí? Pokud již v minulosti absolvoval ambulantní nebo ústavní léčbu, popište s jakým efektem, jak spolupracoval v doléčování.
- 12) Zároveň prosíme o co nejpodrobnější informování o průběhu dovolenek – buď formou písemnou, ústní nebo telefonickou.

Vaše údaje budou použity s ohledem na lékařské tajemství a ve prospěch pacienta.

Děkujeme za Vaši pomoc a spolupráci.

za oddělení léčby závislosti
prim. MUDr. Pavel Krákora
tel.: 326 715 910

V Kosmonosech dne

IČO: 00068691, DIČ: CZ00068691
Zřiz. listina MZČR č.j.: MZDR 2942/2007
Komerční banka Mladá Boleslav č.ú. 7532-181/0100

Telefon: 326 315 711
Fax: 326 724 121
www: <http://www.plkosmonosy.cz>

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha E

Udělování záporných bodů

Nedovolené opuštění oddělení.(v areálu).....	- 3
Neúčast na programu.....	- 3
Pozdní příchod z dovolenky nebo vycházky do 1 hodiny.....	- 1
do 24 hodin téhož dne.....	- 3
déle – návrat do 1.stupně či propuštění – individuálně určí lékař	
Kouření mimo kuřárnu.....	- 3
Nedodržení a neznalost léčebného řádu.....	- 2
Pozdní příchod na program.....	- 1
Vyrušení při terapeutickém programu.....	- 1
Neuklizený rajon.....	- 1
Zápis v deníku neodpovídající pokynům.....	- 1
Nepořádek v osobních věcech nebo na pokoji.....	- 1
Špatné plnění povinností spolusprávy.....	- 1
Nevhodné oblečení na program.....	- 1
Nepřezutí na oddělení.....	- 1
Rušení nočního klidu.....	- 1
Ponechání neumytého nádobí v kuchyňce(nahlásí spoluspráva).....	- 1
Půjčování peněz mezi pacienty.....	-5
Použití mobilního telefonu mimo určenou dobu.....	- 5
Zapůjčení mob. telefonu nenárokovému pacientovi / oba/.....	- 5
Použití sluchátek v době programu (přehrávačů, atd.).....	- 5
Porušení abstinence.....	- 10 až propuštění
Hrubé chování (nepřiměřená slovní agresivita).....	-5
Nepřiměřená fyzická agresivita / vůči věcem/.....	-10 až propuštění
Napadení personálu, spolupacientů.....	disciplinární propuštění
Hrubé porušení řádu – vzdálení se mimo areál léčebny	-10 až propuštění
Podvod na personál.....	-2

Body lze napracovat pouze v době vycházek a osobního volna.

Způsob napracování záporných bodů se schvaluje na komunitě.

V zájmu pacienta je napracování záporných bodů co nejdříve, jinak ztrácí nároky na výhody.

Podmínka postupu do vyššího léčebného stupně: v týdnu před podáním eleborátu ke schválení a před postupem max. 1 záporný bod.

Při postupu je možné obhájit maximálně 1 bod.

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha F

Pokyny pro vedení deníku

Psaní deníku je formou individuální terapie, zápisy v deníku jsou považovány za důležité v léčebném procesu. Pacienti si navzájem deníky nečtou. Každý může některé myšlenky z deníku kdykoli přečíst.

1. Do deníku se zaznamenávají vlastní myšlenky a nápady:

a) ve vztahu k osobě, k závislosti na alkoholu, hracích automatech a jiných návykových látkách k vlastní minulosti, k budoucnosti, jak se vlastní minulé zkušenosti odrážejí zde v programu odd. nebo na skupinách. Co mi program dal, nad čím jsem se zamyslel, co mohu změnit, udělat, co se mi již povedlo/nepovedlo, jak to hodnotím zpětně... Do deníku lze zaznamenávat i sny.

b) ve vztahu ve skupině, co se odehrává ve skupinách a uvnitř kolektivu, jaké je napětí, soudržnost, problémy ve vztazích ve skupině, jak skupina na jednotlivce působí.

c) ve vztahu k jednotlivým spolupacientům, jak se jejich chování jeví, jak na nás působí, co v nás vyvolává, jaké jsou podrobnosti a rozdíly, zda se dovedeme do druhých vcítit.

2. Pomocí deníku se člověk učí:

a) hlouběji porozumět sobě, vyznat se ve skrytých myšlenkách, pocitech a přáních, které si dříve netroufal vědomě připustit a poznat.

b) rozumět lépe druhým lidem, jít pod povrch jejich vnějšího chování a pronikat do jejich vnitřního života. Vcítovat se do nich a chápat je.

c) rozumět dění mezi lidmi, chápat zákonitosti v jejich vztazích, reakce na druhy chování, boj o moc, vedení a podřizování se, aktivitu a pasivitu, závislost a nezávislost, samostatnost a soběstačnost, kladně působení podpory na jednotlivce a lépe spolupracovat s druhými lidmi.

3. Deník slouží:

a) k uspořádání vlastních myšlenek, jde především o to, aby podněty z léčby a života oddělení ihned nezapadly. Musí-li člověk své pocity zapsat, musí o nich více přemýšlet a přesněji je formulovat, než probíhají-li v hlavě nebo se diskutují.

b) k zaznamenání pocitů a nápadů ze skupin a přednášek, které člen nemohl přímo vyjádřit na skupině, ať již z nedostatku času nebo odvahy.

c) ke každodennímu styku s terapeuty, kteří deník čtou a podepisují. Je možno vyjádřit v něm i ty problémy, se kterými si pacient na skupinu ještě netroufá, komentovat dění v léčbě, případně vyjadřovat svůj vztah k léčbě.

d) dále shrnovat dosavadní práci na sobě a její výsledky, další představy, potřeby, plány. Ke srovnání vlastních pocitů, názorů a postojů na začátku a jejím konci.

4. Co nepatří do deníku – co není záznam:

a) popis dne, režim dne – jako např.:

Vstával jsem v 6 hodin..., Na oběd jsme měli..., Po skupině jsme šli na oběd..., Večeře (oběd) mi chutnal/nechutnal..., Šli jsme na pracovní terapii, poté na skupinovou terapii... apod.
Program, režim dne je terapeutickému týmu znám, pro léčbu a práci na sobě je bezpředmětný.

b) popis ostatních pacientů bez toho, jaké pocity a myšlenky ve mně vyvolávají – jako např.
Pacient XY vypil 10 piv, 8 panáků...

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha G

VODÍTKO K ŽIVOTOPISU

/ minimálně 4 strany A 4 /
/ vrátit s napsaným životopisem /

V životopisu popište celkový průběh svého života, jak jste jej prožíval. Zaměřte se na důležité události, věnujte pozornost vývoji návykového problému / vztah k alkoholu či jiným drogám, k hazardu /.

Zaměřte se na tato témata :

- 1/ V jakém prostředí jste vyrůstal – vztahy v rodině, problémy, celkový pocit z dětství. Vztah rodičů a dalších členů původní rodiny k alkoholu / jiným drogám, hazardu /.
- 2/ Důležité události, kladné i záporné, které ovlivnily Váš život.
- 3/ Vaše uplatnění ve škole, na vojně, v zaměstnání, změny zaměstnání / důvody změn /, úspěšnost, spokojenost.
- 4/ Citové vztahy, erotické vztahy, manželství, děti a jejich výchova, problémy v této oblasti.
- 5/ Vaše povahové rysy, dobré i špatné vlastnosti, slabiny, zájmy a koníčky.
- 6/ Zpracujte podrobně : vývoj pití alkoholu / braní nealkohol. drog, hraní hazardu /, a to od počátku až do doby před léčbou, v jakých situacích, jaké dávky jste požíval, jaké nápoje /drogy/. Do celého průběhu zpracujte negativní vlivy – dopady na chování, rodinu a jiné vztahy, zdravotní stav / tělesný i duševní /, změny v povahových vlastnostech, negativní vliv na pracovní fungování, koníčky a jiné aktivity, kriminalita / i skrytá /, útrata za alkohol / jiné drogy, hazard /, event. dluhy, půjčky, chování na veřejnosti / pohled lidí z okolí na Vás /.
Nezaměřujte se jen na zřetelné průšvihy a postihy, ale na vlastní sebekritické posouzení změn oproti stavu, kdybyste nepil.
- 7/ S bodem 6 propojte popis předchozích léčení – kdy jste je absolvoval, s jakým výsledkem
- 8/ Současná životní situace – rodina a jiné vztahy, bydlení, práce, problémy. Vztah manželky / partnerky / a jiných členů současné rodiny k alkoholu a jiným drogám, hazardu. Co bezprostředně předcházelo této léčbě, proč jste se pro ni rozhodl.
- 9/ Představa o výsledku léčby a o budoucnosti – co si od léčby slibujete, co chcete změnit, co Vám může při léčbě pomoci.

Zdroj: Psychiatrická léčebny Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha H

LÉČEBNÝ ŘÁD ODDĚLENÍ S7

1. Oddělení je otevřeného typu, pacienti jsou přijímáni na dobrovolnou léčbu. Léčba je střednědobá, trvá nejméně tři měsíce, doba léčení je odvislá od postupu pacienta stanovenými léčebnými stupni. Řádné ukončení léčby po splnění stanovených úkolů. (Léčebné stupně zpracovány v samostatném textu.)
2. Během léčby je samozřejmostí abstinence od alkoholu a jiných drog. Požití alkoholu (včetně Piva a jiných tzv. nealkoholických piv) nebo jakékoliv psychoaktivní látky (vč. energetických nápojů), hraní automatů, sázení či tipování bez ohledu na typ závislosti, pro kterou se pacient léčí, je kvalifikováno jako porušení léčby.
Stejně jako na porušení abstinence se nahlíží na přechovávání uvedených látek na oddělení.
Při porušení abstinence situaci posoudí lékař a pacient může být disciplinárně propuštěn.
3. Porušení léčebného řádu se hodnotí příslušným počtem mínusových bodů. Tyto body se odpracovávají následným způsobem: pacient na komunitě podá návrh práce, kterou by si chtěl bod odpracovat, a komunita včetně personálu tento návrh posoudí.
Personál má právo veta.
Body se napracovávají pouze v době vycházek a osobního volna.
4. Základem léčby je psychoterapie. Zároveň však jde o oddělení režimové se zavedeným bodovacím systémem. Pacient je povinen :
 - a/ důsledně dodržovat abstinenci
 - b/ aktivně se účastnit všech programů
 - c/ dodržovat bodovací systém
 - d/ vést deník a vypracovávat elaboráty
 - e/ dodržovat léčebný řád oddělení
 - f/ po zařazení do skupiny co nejdříve napsat životopis / nejméně 4 strany formátu A4 / při opakované léčbě / recidiva / + na 4 stránky formátu A4 vypracovat recidivu
5. Telefonické hovory zvenku jsou možné v čase ~~8:30-19:55 hod.~~ - viz telefonický styk v průběhu léčby.
6. Návštěvy na oddělení jsou možné o víkend v době vycházek, tj. v čase ~~13-16,30 hod.~~
V jiném čase jen vyjímečně, pouze po dohodě s personálem. Veškeré návštěvy je pacient povinen hlásit službě na vyšetřovně.
Sestra má právo nepovolit nebo ukončit návštěvu, která by narušovala průběh léčby.
7. Vycházky mimo oddělení jsou povoleny po postupu do ~~2. léčebného stupně!~~ za předpokladu splnění těchto podmínek :
 - pac. splňuje bodové nároky
 - má odevzdaný životopis
 - má ukončenou životopisnou skupinu,
 - byl mu komunitou a terapeuty schválen postup do 2. st.Vycházky jsou dle určeného rozpisu - viz týdenní program oddělení.
O první vycházky se žádá ústně na úterní komunitě.
Odchod i příchod je pac. povinen hlásit sestře na vyšetřovně.

8. Dovolenky do domácího prostředí jsou povolovány nejdříve po postupu do 3. léčebných ve čtrnáctidenních intervalech. Po absolvování druhé dovolenky možno žádat z léčebných důvodů o dovolenky v intervalech jednotýdenních.

O dovolenku pacient žádá na ~~úterí komunitě~~ a je mu povolena po splnění následujících podmínek :

- a/ písemně vypracování podrobného plánu první dovolenky včetně možných rizik minimálně na 1 stránku formátu A5. O další dovolenky se žádá ústně
- b/ řádné dodržování režimu oddělení - nesmí mít trestné body
- c/ pohovor terapeuta s některým členem rodiny / pokud je zázemí dobré / nebo alespoň rodinou zasláný dotazník
- d/ pacient je poučen o dodržování režimu práce neschopných
- e/ po posouzení aktuálního zdravotního stavu
- f/ pacientovi byl komunitou a terapeutu schválen postup do 3. léčebného stupně.

~~Odjezd na dovolenku je v pátek od 13.45 hod., návrat z dovolenky je v neděli do 21.30 hod.~~

9. Sociální volno se poskytuje v odůvodněných případech.

Písemná žádost se podává s předstihem. Předává se spolu správě, která je povinna žádost předat terapeutickému týmu ~~do 7.30 hod. minimálně den před termínem soc. volna~~. Žádost musí obsahovat konkrétní důvod a místo jednání, čas odchodu a příchodu na oddělení.

10. Terapeut má právo kontroly osobních věcí za přítomnosti kontrolovaného pacienta a člena spolusprávy.

.Pacient je povinen se ke kontrole kdykoliv podrobit.

Dále je povinen se kdykoliv podrobit dechové zkoušce na alkohol, případně odběru moči na alkohol nebo toxikologické vyšetření.

Gambleři jsou povinni podrobit se i kontrole finančního hospodaření.

11. Všichni terapeuti mají povinnost důsledně kontrolovat dodržování léčebného řádu.

Mají právo učinit změnu programu.

12. Veškeré žádosti a stížnosti jsou řešeny ~~pouze na komunitách.~~

13. Na chodu oddělení se podílí spoluspráva, která je volená na období 14 dnů.

Spoluspráva má tři členy a řídí se povinnostmi spolusprávy. Každé pondělí vede samořídící komunitu.

Členem spolusprávy může být pacient ve 3. léčebném stupni.

14. Umísťování pacientů na pokoje určuje personál. Není povoleno bez vědomí personálu samovolně chodit do patra .kde pac. nejsou ubytováni

15. Ve středu odpadá rozsvička, je výměna ložního prádla.

~~16.~~ V době léčby je zákaz veškerých her o peníze, sázení a půjčování peněz mezi pacienty, bez ohledu na typ závislosti, pro kterou se léčí.

17. Je zákaz konzumace potravin obsahující alkohol ~~nebo alkohol. trest.~~

18. Nejsou povoleny žádné tekuté výrobky obsahující alkohol / např. toaletní vody, kolínské, léčivé přípravky a jiné /

19. Sledování televize a DVD přehrávačů se řídí příslušným rozpisem.

20. Kuřárna slouží pouze ke kouření, není tam povoleno pití kávy ani jiných nápojů ani jídlo. Na kuřárně není povoleno hrát společenské hry /karty, kostky, atd./, kouřit v době programu

a zbytečně prodlévat v době nočního klidu.

21. Po dobu základní léčby je zákaz řízení motorových vozidel.
22. Pacienti ve 3. léčebném stupni mají možnost samostatně navštěvovat kulturní programy, které si sami vyberou / v době, kdy není společný program /.
V sobotu v případě návštěvy kina - vycházka 16,30 - 21 hod.
V letním období / duben - září / mají tito pacienti možnost podnikat samostatné nedělní výlety. K tomuto účelu slouží celodenní vycházka 8 - 17,30 hod.
Žádosti musí být vypracovány písemně a schváleny přes komunitu.
Je nutné dodržet schválený plán vycházky.
23. Jeden pacient ze služby v kuchyni je omluven z rozcvičky.
24. ~~Doporučená finanční částka pro terapeutické účely je 200 Kč na měsíc.~~
25. Deníky vyzvedává spoluspráva na sesterně v době podávání poledních léků a rozdává je pacientům. Pacienti je odevzdávají zpět spolusprávě a ta je ve ~~21,45 hod~~ odevzdá na sesternu.
26. Za veškeré osobní věci, včetně cenností, které si pacient ponechá / i ponechané na ložnici/ si pacient ručí po celou dobu léčby sám.
27. Podávání léků : 7,45 hod.
12,00 hod.
18,10 hod.
21,45 hod.
- Pacient u sebe nesmí mít žádné léky bez povolení lékaře!**
28. Nákupy ve stánku v areálu PL pro nenárokové pacienty v doprovodu personálu jsou možné v čase :
ÚT, ČT, PÁ 15.15– 16.15 hod.
ST, SO, NE 13.30. - 14.30 hod.
- Pro nárokové pacienty dle rozpisu samostatných vycházek, viz týdenní program oddělení.
29. Používání mobilních telefonů se řídí pokyny viz telefonický styk v průběhu léčby.
30. Zákaz užívání sluchátek /přehrávače, atd./ v době všech programů
Na oddělení není povoleno používání PC techniky.
31. Vaření a pití kávy je povoleno v čase 6,30 hod. - 19,15 hod. (mimo dobu programů).
Pití kávy není povoleno na kuřárně.
32. Po řádně ukončené léčbě a v případě důsledné abstinence může pac. absolvovat v prvním roce 3x týdenní posilovací léčbu, poté vždy 1x za rok. Také je možné využít opakovacích léčeb častěji. Během těchto týdnů je pacient povinen dodržovat léčebný řád. Na opak. léčbu může pac. čerpat pracovní neschopenku nebo svou dovolenou, záleží na domluvě.
Při porušení abstinence a ochotě spolupracovat bude nabídnut jiný způsob pomoci.
Dále se abstinující pacienti mohou účastnit socioterapeutických klubů, pořádaných vždy první sobotu v měsíci /mimo červenec/ od 9 hodin na oddělení.

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení závislosti. 2013.

Příloha I

Ošetrovatelství - Dospělé nutriční skóre

Věk

- 0 - do 65 let
- 1 - nad 65 let

BMI

- 0 - BMI 20-35
- 1 - BMI 18-20; nad 35
- 2 - BMI pod 18

Ztráta hmotnosti za 3 měsíce

- 1 - ztráta 0-3 kg
- 2 - ztráta 3-6 kg
- 3 - ztráta nad 6 kg

Množství jídla za poslední 3 týdny

- 0 - beze změny
- 1 - poloviční porce
- 2 - jí občas nebo nejlí

Projevy nemoci v současné době

- 0 - žádné
- 1 - nechutenství, bolesti břicha
- 1 - zvracení, průjem > 6 za den

Stres

- 0 - žádný
- 1 - chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
- 2 - akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT

Nelze

- 2 - nelze změřit a zvážit
- 3 - nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

Vyhodnocení:

- 0 - 3 není nutná nutriční intervence
- 4 - 7 nutné vyšetření dietní sestrou
- 7 a více nutná speciální nutriční intervence

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>, 2013.

Příloha J

Tabulka 3 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobrý	4	Dobrý	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita Onem. cév		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1	A jiné		Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>, 2013.

Příloha K

Barthelův test základních všedních činností

1. najedení, napití

samostatně bez pomoci 10

s pomocí 5

neprovede 0

2. oblékání

samostatně bez pomoci 10

s pomocí 5

neprovede 0

3. koupání

samostatně nebo s pomocí 5

neprovede 0

4. osobní hygiena

samostatně nebo s pomocí 5

neprovede 0

5. kontinence moči

plně kontinentní 10

občas inkontinentní 5

trvale inkontinentní 0

6. kontinence stolice

plně kontinentní 10

občas inkontinentní 5

inkontinentní 0

7. použití WC

samostatně bez pomoci 10

s pomocí 5

neprovede 0

8. přesun lůžko – židle

samostatně bez pomoci 15

s malou pomocí 10

vydrží sedět 5

neprovede 0

9. chůze po rovině

samostatně nad 50 m 15

s pomocí 50 m 10

na vozíku 50 m 5

neprovede 0

10. chůze po schodech

samostatně bez pomoci 10

s pomocí 5

neprovede 0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>, 2013.

Příloha L

Léčebné stupně *Informace pro pacienty odd. S7*

0. stupeň

Po příchodu do léčby je pacient ubytován v příjmové části oddělení. Seznamuje se s domácím a léčebným řádem, se správným vedením deníku. Účastní se společných komunit, racionálních terapií a večerních PST skupin. Neúčastní se terapeutických bloků, postupové komunity a programu spoluprávy. Připravuje si ústní žádost o přijetí do skupiny, kterou pak přednese na komunitě. Žádost obsahuje stručné sdělení, proč pacient přišel do léčby, jaký má problém – stručně vývoj závislosti, důsledky v různých oblastech, očekávání od léčby.

1. stupeň

Pacient je zařazen do skupiny a standardního terapeutického programu. Do týdne zpracuje písemný životopis (vodítko k němu viz samostatný text), který odevzdá na vyšetřovně ke schválení terapeutickým týmem a následně přednese na skupině.

Po schválení životopisu na skupině vypracuje písemně elaborát k postupu do 2. stupně, odevzdá jej na vyšetřovně ke schválení terapeutickým týmem. Nejdříve po třech týdnech po zařazení do 1. léčebného stupně může přednést schválený postup na postupové komunitě. Písemný elaborát obsahuje:

- typické situace, ve kterých pil alkohol, bral nealk.drogy, hrál hazard
 - pocity a myšlenky před napitím – včetně toho, co od alkoholu či jiné drogy či hazardu očekával, jak se rozhodoval k napití, hraní, požití drogy
 - kritický náhled na to, jaký byl skutečný výsledek požití drogy či hraní hazardu
 - co se chce v léčbě naučit, co chce změnit, jak to bude v léčbě dělat = individuální léčebný plán.
- Po schválení komunitou a terapeutu je zařazen do 2. léčebného stupně.
Ve 2. stupni – možnost samostatných vycházek.

2. stupeň

Pacient pracuje na tom, co si stanovil ve svém léčebném plánu. Mění své chování, názory, postoje související s typickými situacemi, o kterých mluvil při postupu do 2. stupně.

Nejdříve po třech týdnech zařazení ve 2. stupni může na postupové komunitě požádat o postup do 3. stupně. Podmínkou je vypracování písemného elaborátu - co se mu už podařilo, co se naučil, jak se zlepšil. Nemusí se zatím dařit všechno. Po schválení terapeutickým týmem seznámí komunitu s dosaženými pokroky a požádat ji o schválení postupu do dalšího stupně léčby.

3. stupeň

Pacient dále pracuje na změnách, ke kterým se rozhodl. Prakticky řeší svou situaci – bydlení, práce, rodinné vztahy, doléčování, vytváří si plány do budoucna. Připravuje si „recepty“ ke zvládnutí touhy po droze.

Ve 3. stupni – možnost dovolenek do domácího prostředí.

Po třech týdnech zařazení do 3. stupně může pacient přednést na postupové komunitě terapeutickým týmem schválený písemně vypracovaný elaborát na zařazení do závěrečné fáze léčby. Popíše, čeho v léčbě dosáhl, jak se změnil, co se naučil, jaké má plány do budoucna, jak chce zvládnout touhu po droze. Po schválení komunitou a terapeutu postupuje do závěrečné fáze léčby.

Tá trvá zhruba týden. Pacient nyní může doma a v zaměstnání oznámit termín ukončení léčby.

SPOLEČNÉ PODMÍNKY PRO POSTUP DO 2., 3. STUPNĚ A DO ZÁVĚREČNÉ FÁZE

Plnění stanovených úkolů a povinností

Dodržování léčebného řádu (viz udělování záporných bodů).

Aktivní a konstruktivní spolupráce při programech.

Písemný elaborát pacient odevzdá na vyšetřovně alespoň 7 dní před předpokládaným přednesem postupu na postupové komunitě. Rozsah písemného elaborátu je minimálně strana A4.

Přednes postupu na postupové komunitě pacient řekne již bez písemného podkladu – elaborátu.

Terapeutický tým posoudí vypracovaný elaborát a také celkový posun pacienta v léčbě.

Zdroj: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, oddělení závislosti, 2013.