

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

**Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se závislostí
na alkoholu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAROLÍNA MARHEFKOVÁ

Praha 2014

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

**Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se závislostí na
alkoholu**

Bakalářská práce

Karolína Marhefková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS

Praha 2014



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

Marhefková Karolína
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 4. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se závislostí na alkoholu

Comprehensive Nursing Care for Female Patients Addicted to Alcohol

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne:

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří se jakkoliv podíleli na vzniku mé práce. Děkuji vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské PhD., RS za užitečné rady v dané tématice, podněty i připomínky.

ABSTRAKT

MARHEFKOVÁ, Karolína. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacientku se závislostí na alkoholu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS. Praha. 2014. 56 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacientky závislé na alkoholu. Toto téma bylo zvoleno z důvodu nedostatečné pozornosti jak lékařů i laické veřejnosti, která bývá ke zneužívání alkoholu velice shovívavá. Cílem této práce je deskripce medicínské, ošetrovatelské a psychosociální problematiky u pacientů se závislostí na alkoholu. Teoretická část je zaměřena primárně na historický vývoj alkoholismu a specifika závislostí u žen. Dále jsou popsány negativní účinky alkoholu na lidský organismus. V závěru teoretické části jsou zmíněny možnosti efektivní léčby a uvedeny organizace, které se zabývají doléčovacími aktivitami v oblasti závislosti na alkoholu. Praktická část uvádí konkrétní ošetrovatelský proces dle koncepčního modelu Johnsonové, který byl aplikován na pacientku hospitalizovanou v psychiatrické léčebně v Bohnicích.

Klíčová slova

Alkoholismus. Pacientka. Recidiva. Závislost.

ABSTRACT

MARHEFKOVÁ, Karolína. *Comprehensive nursing care with alcohol addiction patient*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS. Prague. 2014. 56 s.

The thesis topic is comprehensive nursing care for a female patient with alcohol addiction. Reason by choice for this topic was insufficient attention from doctors and layman general public and their big indulgence. The aim of the thesis is to survey medical, nursing and psycho-social issues of patients with alcohol addiction. In the theoretical part we are at first to focus on the history, development of alcoholism and particular addiction features with female patients. Furthermore, we are to point out negative impacts of alcohol on the human organism. In the final part we are to mention the possibilities of effective treatment as well as the organizations dealing with after-treatment. The practical part consists of describing the nursing procedure itself according to Johnson's conceptual model, which has been applied to a female patient admitted into the mental hospital in Bohnice.

Key words

Alcoholism. Addiction. Patient. Relapse.

Obsah

ÚVOD	10
1. ALKOHOLISMUS	12
1.1 ZÁVISLOST A JEJÍ CHARAKTERISTIKA	13
1.2 KLASIFIKACE ALKOHOLISMU	15
2. SPECIFIKA ŽENSKÉ ZÁVISLOSTI	18
3. NEGATIVNÍ ÚČINKY ALKOHOLU NA ZDRAVÍ	20
3.1 SOMATICKÉ KOMPLIKACE ALKOHOLISMU	20
3.2 NEUROLOGICKÉ KOMPLIKACE ALKOHOLISMU	22
3.3 PSYCHICKÉ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU ..	23
4. LÉČBA ZÁVISLOSTI	26
4.1 DOLÉČOVACÍ PROGRAMY	27
4.2 ANONYMNÍ ALKOHOLICI (AA)	28
5. PSYCHOTERAPIE	29
6. PREVENCE ZÁVISLOSTI	33
7. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU	35
7.1 SKUPINOVÉ AKTIVITY NA ODDĚLENÍ	35
8. KAZUISTIKA	37
8.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	40
8.2 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY:	43
8.3 MMSE	44

8.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE KONCEPČNÍHO MODELU DOROTHY E. JOHNSON.....	46
8.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTKY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU DLE NANDA INTERNATIONAL 2009 - 2011 TAXONOMIE II. A SEŘAZENO DLE PRIORIT	49
8.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Alkohol patří mezi nejdéle a bohužel také, spolu s nikotinem, nejčastěji zneužívanou látku. Nešpor, K. (2009) uvádí předpoklad 7 % populace se znaky škodlivého užívání alkoholu. Díky společenské toleranci bývá alkohol označován jako nejrozšířenější legální droga. Z důvodu vysoké sociální tolerance, nutnosti neustálé osvěty před jeho účinky a následky dlouhodobého zneužívání, je tématem bakalářské práce komplexní lékařská péče o pacientku se závislostí na alkoholu s cílem popsat medicínská, ošetrovatelská a psychosociální hlediska u takto specifické závislosti. Alkohol se denně objevuje v médiích, kde bývá prezentován jako vhodný prostředek k uvolnění, zábavě, společenské prestiži. Společnost si ovšem běžně nepřipouští, že alkohol způsobuje celou řadu somatických, psychických i sociálních obtíží. Neléčený alkoholik často umírá na onemocnění související s poškozením orgánů (jaterní cirhóza, selhání jater, poškození cév, které vede k infarktu myokardu a v neposlední řadě také krvácení z jícnových varixů), ale také na přidružené nehody, pády, úrazy. Vzhledem k častým psychickým potížím se u alkoholiků setkáváme s pokusem o sebevraždu či v horším případě s jejím dokonáním. Následkem dlouhodobého abúzu alkoholu se mění činnost *hypotalamu*, zhoršuje se paměť, objevují psychózy, stav se zhoršuje až k nástupu *deliria tremens* nebo-li „šílenství s třesem“, které je chápáno jako život ohrožující stav s až patnáctiprocentní úmrtností. Velký význam má také negativní postižení sociálního okolí, neboť jedinec závislý na alkoholu ovlivňuje svým chováním nejen sebe, ale zhoršuje svůj sociální status v rodinném, pracovním i širším sociálním prostředí. Pro závislého člověka je mnohem jednodušší utéct k alkoholu, než čelit každodenním problémům. Důsledkem je zanedbávání rodiny, přátel, upouštění od svých zájmů, koníčků. Časem se stane nejlepším přítelem pouze alkohol, který již nebývá užíván pro zlepšení stavu, ale pro neupadnutí do horšího stavu, v němž mají hlavní roli nepříjemné abstinenci příznaky. Společenský problém dále postupuje do dalších sfér, kde se k němu přidruží také závažné ekonomické následky závislostního chování.

Nejdůležitějším krokem k léčbě závislosti je dokázat si přiznat problém. Tento krok je nejdůležitějším, ale zároveň pro postiženého také nejtěžší. Mnohdy jednotlivci zkouší abstinovat bez odborné pomoci, ovšem s často zásadními zdravotními problémy či

opakující se recidivou. V roce 2010 bylo s tímto onemocněním hospitalizováno 11.280 pacientů (ÚZIS, 2010).

Osoby s alkoholovou závislostí obvykle necítí závažnost svého stavu, a proto jen velmi malé procento z nich nastupuje léčbu dobrovolně. Zároveň, pokud již léčbu nastoupí, dávají spíše přednost ambulantní před ústavní pobytovou péčí. Výhodou ambulantní léčby je především minimální zásah do běžného života (mohou dále chodit do práce, starat se o rodinu). Tento druh léčby bývá považován za šetrný ovšem málo efektivní. Přesto je primární především zájem pacienta, pokud se sám chce léčit, bývá prognóza léčby příznivější. V krajních případech¹ je možné nařídít léčbu rozhodnutím soudu.

Velkým problémem při léčbě alkoholové závislosti je také častá recidiva, neboť mnoho pacientů, kteří si prošli léčbou a resocializují se, snadno sklouznou zpět do svých rituálů, které mají spojené s požíváním alkoholu či používají alkohol jako berličku při stresových situacích. Ošetřující personál musí být dostatečně erudovaný a na tyto situace předem připravený tak, aby dokázal včas a adekvátně reagovat. Zároveň, aby dokázal pacientovi zprostředkovat vhled nad problémovou situací, aby se pacient z této zkušenosti poučil a v budoucnu jí předcházel.

Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se uvádí historický rámec problematiky alkoholismu, popisuje specifika alkoholové závislosti u žen a negativní účinky alkoholu na lidský organismus. Teoretická část ve svém závěru obsahuje základní možnosti efektivní léčby a uvádí vybrané organizace, které se zabývají doléčovacími aktivitami v oblasti závislosti na alkoholu. Praktická část se věnuje konkrétnímu ošetřovatelskému procesu dle koncepčního modelu Johnsonové, který byl aplikován na pacientku hospitalizovanou v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Případ je popsán formou kazuistiky.

¹ pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo je pod vlivem návykové látky a hrozbu pro pacienta a jeho okolí nelze odvrátit jinak (typickým příkladem je pacient s akutní alkoholovou psychózou, který ohrožuje sebe či svou rodinu).

TEORETICKÁ ČÁST

1. ALKOHOLISMUS

Alkohol má v lidské historii primární pozici jako nejužívanější droga od počátku přírodní fermentace po současné variace s dalšími přídatnými látkami. Jako taková fascinovala šamany, umělce, kněze nejrůznějších kultů, myslitele, ale i prostý lid.

Počátky konzumace alkoholu se datují do období před 6 miliony let. Lidé nechávali nakvasit cukr v různých sladkých plodech a šťávách, teprve potom je konzumovali. Napodobovali tak různá zvířata, která s oblibou čekala s konzumací různého sladkého ovoce a šťáv až nakvasí. Vzhledem k velkému výskytu vinné révy, se ponechávaly nakvasit také vinné hrozny, což dokumentují např. nástěnné malby ze čtvrtého tisíciletí před naším letopočtem z Egypta. Nález dosud nejstaršího místa, se kterým se spojují začátky výroby vína, se nachází na území Gruzie a Iránu, kde byly nalezeny první stroje na zpracování vinné révy. Stáří strojů archeologové datují na období někdy kolem roku 10000 před naším letopočtem. Víno bylo u některých kultur považováno za lék, který zlepšuje plodnost žen a dává zdraví (ŠAMÁNEK, URBANOVÁ 2013).

V Čechách a na Moravě pěstovali vinnou révu již Keltové. Ve 14. století se o rozmach v pěstování vinné révy zasloužil Karel IV.

Postoje lidské společnosti k používání alkoholických nápojů a k výstřelkům s tím spojeným se měnily dle doby, stupně kultury a soudobých názorů. Alkohol vzbuzuje obdiv i odpor. Na jedné straně je považován za elixír života, na druhé straně za zhoubu jednotlivce i lidské společnosti.

Historie zná i velmi kruté tresty za užívání či nadužívání alkoholu:

- 1210 př. n. l. byl v Číně zákon udávající smrt každému, kdo je přistižen opilý.
- 5. a 6. Století – Konfuciovo i Buddhovo učení zakazovalo pití alkoholických nápojů.

- Indie (nedatováno) – při přistižení v opilosti byli opilci nuceni pít vařící víno, vodu, kraví moč nebo vřelé mléko až k smrti. Indické ženě, která byla přistižena v opilosti, vypálili na čelo žhavým železem nádobu, z níž žena pila alkohol. Následně byla vyhnána z města.
- Mohamed zakázal pití alkoholu.
- Papežové se snažili zabránit pití alkoholu tím, že dali příkaz k vylití sudů s vínem do řeky.
- Každý Říman měl právo zabít svou ženu, pokud ji přistihl opilou.
- Opilý otrok byl trestán 80 ranami holí a opilý svobodný člověk 40 ranami.
- Athény – za opilost smrt
- Karel Veliký – opilci byli trestáni, pokud pili dál, byli popraveni
(www.alkoholik.cz)

1.1 Závislosti a jejich charakteristika

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabioidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek, má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit, pokud je během jednoho roku došlo alespoň k 3 z následujících jevů“
(NEŠPOR, 2011, s. 9, 10).

1. Silné přání užít drogu (*craving*)

Anglické slovo „*craving*“ lze přeložit jako bažení. Světová zdravotnická organizace se v roce 1955 shodla na definici bažení jako touze, pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost.

Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je alkohol dostupný, ale také v počátcích léčby. Bažení rozdělujeme na psychické a tělesné. Psychické bažení se může projevit i po letech abstinence (vyšší salivace, zvýšení tepové frekvence a systolického tlaku, prodlužuje se reakční čas). K léčbě alkoholismu slouží jako doplněk „*anticravingové*“ léky, které snižují touhu na alkohol.

2. Ztráta kontroly

Závislý člověk ztrácí kontrolu nejen na množství zkonsumovaného alkoholu, ale také nad sebou samým. Může to souviset také s psychickými potížemi, které jdou ruku v ruce se závislostí.

3. Neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím

Závislý člověk zná tělesné i duševní důsledky alkoholismu. I přes tuto hrozbu vítězí alkohol.

4. Priorizace drogy nad všemi ostatními závazky a aktivitami

Život závislého člověka se smrkne pouze na touhu dát si další dávku. Zanedbává nejen sebe, ale také svou rodinu, přátele.

5. Zvýšená tolerance

Tolerance se projevuje, pokud ke stejným účinkům potřebuje člověk větší dávku alkoholu.

6. Odvykací stav při abstinenci alkoholu

Odvykací stav se projevuje u osob s dlouhodobým a intenzivním abúzem alkoholu. Projevuje se třesem, tachykardií, poruchami spánku. Nejtěžší formou abstinenciho syndromu je *delirium tremens*.

Příčiny závislosti:

Konkrétní příčina závislostního chování není v současné době známa. Podle dr. Jellineka (JELLINEK, E.M., 1960) je ovšem několikrát vyšší pravděpodobnost, že potomci alkoholiků se alkoholiky stanou také. Předpokládá se multifaktorialita, tedy

společné působení více faktorů z různých oblastí: Biologických, psychologických a sociálních.

1.2 Klasifikace alkoholismu

Dlouhodobý a intenzivní abúzus alkoholu způsobuje adaptaci buněk na trvalý příjem alkoholu. Postupně se rozvíjí závislost, která nutí člověka ke konzumaci alkoholu. Zvyšuje se růst tolerance a stupňování dávek. Následkem je rozvoj abstinenčního syndromu. Toto je začátek bludného kruhu závislostního onemocnění.

Vývojová stádia závislosti dle Jellineka (JELLINEK, E.M. 1960):

1. Iniciální, počáteční:

- V tomto stádiu se člověk neliší svým pitím od svého okolí ani společenských norem. Pod vlivem intoxikace se cítí mnohem lépe, nežli střízlivý. Alkohol bere jako řešení problémů proto jeho účinků využívá častěji. Důsledkem častější konzumace je růst tolerance, roste dávka, nutná k požadované intoxikaci.

- Během tohoto stádia tedy člověk pije, neboť svůj problém neumí jinak řešit. Pokud se najde řešení problémů, omezí většinou i své pití.

2. Prodromální, varovné:

- Rostoucí tolerance způsobuje, že člověk potřebuje stále větší dávku alkoholu, která by byla dostačující. Vyšší hladina alkoholu v krvi se projevuje zřetelnou opilostí. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné, proto má výčitky svědomí a je citlivý na jakoukoliv zmínku o alkoholu. Začíná se za své počínání stydět, proto své pití skrývá a snaží se maximálně kontrolovat. První a druhé stádium se řadí do předchorobí. V okamžiku, kdy se k příznakům druhého stádia přidají okénka², končí druhé stádium a začíná třetí – vlastní nemoc.

3. Kruciální, rozhodné:

- Ve třetím stádiu stále roste tolerance. V tomto stádiu pacient ztrácí své zájmy a koníčky, již nestačí na své povinnosti. Člověk si stále odůvodňuje jak sobě tak i svému okolí své pití. Alkohol je pro něj tak důležitý, že přestává být vybíravý ve značce, pije

² alkoholem způsobená mezerka v paměti, může být bloková a ostrůvkovitá.

co je dostupné. V tuto dobu již většina lidí zcela zanedbává svůj zevnějšek, své přátele, správnou životosprávu, což vede ke zhoršování zdravotního stavu. Cílem pacienta není nenapít se, ale neopít se. Většina lidí v tomto stádiu stále otálí s léčbou a pije dál. Následkem toho je člověk více dnů opilý než střízlivý. Tímto končí třetí stadium a přichází stadium poslední konečné.

4. Terminální, konečné:

- V tomto stádiu je charakteristickým znakem nepříjemný stav po vystřízlivění. Tento stav je pacient nucen „léčit“ dávkou alkoholu, tzv. ranními doušky. Pokračuje-li v pití dál, vzniká tah, v němž pacient během dne již nevystřízliví. V tomto stádiu již bývá zcela zřejmé poškození jater, klesá tolerance – pacient se opije menší dávkou než dříve. Objevují se jak somatické (poškození jater, slinivky břišní, oběhového systému či nervového systému) tak i psychické a sociální problémy. Život pacienta se zúžil pouze na získání drogy. Nastupuje stav, kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou.

Dle Jellinekovi typologie (JELLINEK, E.M., 1960) rozlišujeme 5 forem závislosti na alkoholu:

1. Typ alfa

Představuje požívání alkoholu s občasnými excesy a následnými problémy. Uživatel účinky alkoholu zná, a proto je občas zneužije pro odstranění úzkosti, pro získání sebedůvěry nebo k získání euforie. U tohoto typu se nejedná o závislost v pravém slova smyslu, ale může v ní propuknout.

2. Typ beta

Pravidelná konzumace alkoholu, kterou uživatel není ochoten přerušit ani za pro něj nevýhodných podmínek. Tento typ často souvisí s nedostatkem časových aktivit.

3. Typ gama (anglosaský typ)

U tohoto typu je zachována schopnost abstinence, však při pokusu o pití s „mírou“ následuje problematická opilost, která vede ke konfliktům s okolím. Frekvence opilosti stoupá, až se stanou každodenní. V tomto stádiu vzniká závislost.

4. Typ delta (románský typ)

Typická pro vinařské oblasti, kde pravidelná konzumace alkoholu patří k životnímu stylu. V tomto stádiu není uživatel „*ani opilý ani střízlivý*“. Zatímco typ gama má společenské problémy, typ delta ohrožuje jedince na zdraví.

5. Typ epsilon

V tomto stadiu jde o epizodické pravidelné pití – období nadměrné konzumace, střídané s abstinencí, často s psychickými poruchami. Jedná se o nepříliš častý typ.

2. Specifika ženské závislosti

Ženy mají v oblasti alkoholové závislosti jiné postavení než muži. Jedná se primárně o oblast somatickou, kde hraje roli mírně odlišná struktura lipidů, menší játra a menší alkoholdehydrogenáza v žaludku. Další důležitou oblastí je také genderové vnímání žen a tedy také jejich alkoholismu ve společnosti.

Specifika ženské závislosti:

- Žen se závislostí přibývá podstatně rychleji než mužů.
- Závislé ženy mají často deprese, ale méně časté jsou u nich poruchy osobnosti.
- Návykové látky působí u žen silněji než u mužů.
- Ženy bývají zdrženlivější ve vztahu k návykovým látkám, proto jich je ve srovnání s muži menší počet.
- Společnost více odsuzuje závislé ženy než závislé muže.
- Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži.
- Ženy preferují samotářské pití.
- U žen se prokázala souvislost s premenstruačním syndromem, během kterého bývá konzumace alkoholu častější.
- Rodiny závislých žen trpí často více než rodiny závislých mužů.
- Závislá žena bývá častěji sexuálně zneužívána a psychicky i fyzicky týrána.
- Častěji než u mužů, bývá u žen spouštěčem závislosti životní komplikace a nezdary

(HELLER, 2011)

Problémem u žen při závislostním chování je také často až urputná snaha svůj návyk tajit. *„Ženy mají, co se problémů s alkoholem týče, při hledání pomoci větší zábrany. Proto by se mělo uvažovat o diskrétních formách časté a krátké intervence, jako je anonymní a internetové poradenství. Potřebná je např. krátká intervence u těhotných, kterou by prováděli gynekologové. Podle práce Changa a kol. (1999) má příznivý efekt i jen to, že se gynekolog ptá na spotřebu alkoholu“* (NEŠPOR, 2011, s. 56).

Fetální alkoholový syndrom

Ženy mají svá specifika v oblasti závislostí také proto, že mohou být matkami a jejich závislost pak ohrožuje nejen pouze jejich zdraví, ale také zdraví jejich ještě nenarozených dětí. Jedním z možných následků nadměrné či pravidelné konzumace alkoholických nápojů v těhotenství je fetální alkoholový syndrom (FAS).

Fetální alkoholový syndrom je soubor fyzických a mentálních vývojových vad plodu, které vznikají během poškození plodu v těle matky následkem alkoholu. Hlavním příznakem je trvalé poškození centrální nervové soustavy. Narozené dítě má nízkou porodní váhu, velmi nápadné anomálie hlavy a obličeje (MALÁ, 2002). Dítě může v pozdějším věku trpět neurologickými problémy, poruchami paměti, pozornosti, může docházet ke zpomalování či zastavení vývoje.

3. Negativní účinky alkoholu na zdraví

3.1 Somatické komplikace závislosti

Nadměrné a časté pití alkoholu vede k tělesnému i duševnímu poškození zdraví. Každý lékař by jistě dokázal vyjmenovat mnoho poruch, které alkohol vyvolává, přesto bývá většina pacientů primárně léčena pro somatické komplikace závislosti, aniž by byla odhalena pravá příčina jejich potíží.

Interní komplikace alkoholismu:

Játra

Poškození postihující játra v důsledku alkoholismu:

- Jaterní steatóza.
- Jaterní fibróza.
- Akutní alkoholická hepatitis.
- Cirhóza jater: Jaterní cirhóza může vést k selhání jater. Komplikací cirhózy jater jsou jícnové varixy. Cirhotická játra jsou vhodným terénem pro vznik primárního karcinomu jater.

Slinivka břišní

- Příznaky chronické pankreatitidy jsou průjemy a další zažívací potíže s projevy podvýživy.
- Akutní pankreatitis je velmi bolestivé onemocnění a probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní.
- Alkohol způsobuje i poruchy sekrece inzulínu a tím poruchy glycidového metabolismu. Toto onemocnění může vést k úplnému zničení slinivky břišní a úmrtí pacienta.

Trávicí trakt

- Je poškozován především přímým kontaktem alkoholu s citlivou sliznicí – od dutiny ústní až po konečník.
- V první fázi způsobuje alkohol překrvení sliznice, jenž umožňuje snazší přístup infekci a následným zánětům.
- V žaludku vzniká atrofická gastritis, která může vést až k rakovině žaludku.
- Na sliznici poškozené alkoholem velmi často vzniká žaludeční vřed, obzvláště pokud postižený užívá léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik.

Ledviny

- Nejsou zpravidla přímo poškozovány alkoholem.
- Pokud se objeví výraznější ledvinové postižení, je důležité pomyslet na abúzus analgetik, a to zvláště u žen, které jimi potlačují obtíže spojené s abúzem alkoholu.
- Mohou být poškozeny vznikem ledvinových kamenů.
- U žen s nadměrným pitím alkoholu se často objevují záněty močových cest.

Srdce a krevní oběh

- Jsou přímo poškozovány alkoholem a jeho metabolity.
- Alkoholická kardiomyopatie – na jejím vzniku se podílí toxický účinek alkoholu a jeho metabolitů na membránu srdeční buňky, hypertenze a přetížení srdce. Projevy začínají zpravidla: tachykardií, extrasystolami, palpitacemi, dušností a rychlou únavností. Později se mohou objevit otoky a noční kašel.
- Systémová arteriální hypertenze – je u alkoholiků častým jevem. Zvýšení krevního tlaku je též součástí alkoholového syndromu odnětí drogy. Po několika týdnech abstinence se krevní tlak vrací k fyziologickým hodnotám i bez medikace.

Dýchací systém

- U alkoholiků se vyskytují dvakrát častěji záněty, které mají těžší průběh a vyšší mortalitu.

Hormonální systém

- Alkohol způsobuje vlivem zvýšené plazmatické hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu cushingoidní vzhled alkoholiků. U mužů se snižuje hladina testosteronu a u žen estrogenu. Vlivem alkoholu vzniká porucha odbourávání steroidů v játrech, což vede k feminizujícímu efektu u mužů a maskulinizujícímu efektu u žen. Abúzus alkoholu vyvolává sekundární diabetes insipidus.

Pohlavní systém

- U žen bývá porucha menstruačního cyklu, a to buď silné menstruační krvácení, nebo úplná ztráta menstruace, abstinence často vede k úpravě stavu. Obzvlášť závažné důsledky má abúzus alkoholu v průběhu gravidity, může se vyvinout fetální alkoholový syndrom (FAS). Tento specifický soubor malformit je charakterizován: prenatalním a postnatalním růstovým deficitem, abnormalitami CNS, kraniofaciálními abnormalitami.

Hematologické projevy

- Abúzu alkoholu jsou pestré. Typickým projevem je makrocytární anémie. Zřídka nacházíme sideropenickou anémii. Dále nacházíme trombocytopénii, leukopénii. Vlivem alkoholu je prodloužena krvácivost a srážlivost krve, jenž vede k epistaxi a velmi nápadným hematomům.

Alkohol je často diskutován jako rizikový faktor pro nádorové bujení. Podíl alkoholu je jednoznačně prokázán na vzniku nádoru hepatocelulárního karcinomu v alkoholických cirhotických játrech, nádorů horního trávicího traktu. Pro vznik karcinomu prsu u žen v souvislosti s alkoholem nejsou dostatečné důkazy. V literatuře se tyto údaje často rozcházejí.

3.2 Neurologické komplikace alkoholismu:

Účinky alkoholu na centrální nervový systém, jsou komplexní, týkají se mozkové kůry (*neocortex*), mozečku (*cerebellum*), hipokampu, mozkového kmene (*truncus cerebri*). Jejich biologický podklad spočívá v tom, že alkohol narušuje a mění

metabolismus neurotransmiterů (hlavně systém dopaminu, serotoninu a taurinu). Alkohol porušuje vedení nervového vzruchu, narušuje REM spánek, zvyšuje práh bolesti. Setkáváme se s poruchami hybnosti, koordinace, poruchami krátkodobé i dlouhodobé paměti.

Nejčastějším projevem alkoholismu je alkoholický *tremor*. Nemocní trpí třesem víček, prstů, rukou, občas jazyka a rtů, později celého těla. Ranní třes je cenným příznakem fyzické závislosti na alkoholu.

3.3 Psychické komplikace závislosti na alkoholu:

Centrální nervový systém je na alkohol nejcitlivější a jeho poškození se projevuje na psychice člověka. Abstinenční syndrom vzniká při dlouhodobém abúzu alkoholu a následnému náhlému odnětí přívodu alkoholu. Příznaky jsou: deprese, úzkost, nauzea, poruchy zraku, hučení v uších.

Psychózy

K alkoholickým psychózám akutním patří *delirium tremens*, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, a mezi psychózy s chronickým průběhem patří Korzakovova psychóza a alkoholická demence. Alkoholické psychózy jsou důsledkem dlouhodobého nadměrného pití alkoholu.

Alkoholická paranoia

Projevuje se vztahovačnými bludnými myšlenkami, bludy pronásledování a žárlivými bludy.

Alkoholická deprese

Deprese jsou časté psychické poruchy s různou intenzitou. Vyskytují se v lehkých a krátkodobých formách, ale mohou se objevit, také deprese hluboké. Neléčené deprese mohou vést k relapsu alkoholismu a zvyšují riziko sebevražd.

Alkoholická halucinace

Stav se projevuje zvukovými halucinacemi, jejichž obsahem jsou většinou výčitky a hrozby nemocnému. Pacient se cítí ohrožený, je úzkostný a depresivní. Chybějí mu vegetativní a motorické příznaky.

Korsakovská psychóza

Hlavními příznaky jsou poruchy paměti zvláště novopaměti. Pacient si vyplňuje mezery v paměti vymyšlenými příběhy, které si poté nepamatuje. Na začátku onemocnění bývá nálada euforická a v průběhu let se nálada mění. Pacienti jsou často lehce ovlivnitelní.

Alkoholická demence

Alkoholická demence se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Objevuje se po letech nadměrné konzumace alkoholu. Pacienti se chovají jako jiní chronicky dementní pacienti.

Delirium tremens

Delirium tremens je nejznámějším zástupcem této skupiny poruch. Delirium se nejčastěji vyskytuje u pacientů mezi 30. a 50. rokem věku. V posledních letech se stále častěji setkáváme s mladšími pacienty s touto poruchou. Nejvyšší pravděpodobnost rozvoje deliria je po náhlém přerušení dlouhodobé, každodenní a masivní konzumaci alkoholu.

Alkoholový abstinční syndrom rozdělil Johnson do tří stádií podle závažnosti:

- 1) Abstinční syndrom po vysazení alkoholu: třes, pocení, úzkost, craving, nespavost.
- 2) Predelirantní syndrom: bludné vnímání, nauzea, zvracení.
- 3) Delirium tremens: zastřené vědomí, paranoidní domněnky, halucinace vizuální, taktilní, někdy sluchové, dezorientace.

Při léčbě deliria je nutné pečovat především o dostatečný krevní oběh, příjem tekutin, snížení teploty a odstranění všech infekcí. Dalším krokem by mělo být tlumení psychomotorického neklidu a úzkosti, včetně halucinací a bludů.

4. Léčba závislosti

Stupni rozvoji choroby musí odpovídat léčebný postup od ambulantní přes stacionární až po ústavní léčbu. Léčba musí zajistit tyto úkoly:

- 1) Detoxikace
- 2) Obnovit somatické funkce organismu
- 3) Obnovit psychické funkce a vytvořit pozitivní náhled
- 4) Resocializace
- 5) Přijetí životního stylu

Ambulantní léčba

Dobrovolně se chce léčit pouze velmi malé procento závislých. Jeden z důvodů je nedostatečná informovanost o průběhu léčby. Pacienti také častěji dávají přednost ambulantní léčbě před hospitalizací. Výhodou ambulantní léčby je možnost běžně fungovat, chodit do práce starat se o rodinu. Součástí této léčby je psychoterapie, ovšem i farmakoterapie zaměřená na zabránění nebo léčbu komplikací vznikajících při užívání alkoholu, léčba směřující k abstinenci a léčba snižující *craving*. Velmi cenným pomocníkem jak zesílit abstinenci je *Disulfiram*. Jedná se o lék používaný pod názvem Antabus. Tento lék v kombinaci s alkoholem vyvolává negativní somatické reakce (bolesti hlavy, ztížené dýchání, závratě, aj.). Antabus není podstatou léčby, využívá se spíše jako psychologická bariéra, jakási pojistka pro udržení abstinence. Antabus se podává dvakrát týdně, obvykle v pondělí a ve čtvrtek. Zpravidla bývá léčba předepsána po dobu jednoho roku, však při nejistotě se může prodloužit. Problémem bývá předčasné ukončení, po kterém se často obnoví pití. Pacienti mají pocit, že když nějaký čas abstinovali, tak zvládnou i kontrolované pití. Toto bývá nejčastějším mechanismem ve vzniku recidivy.

Denní stacionáře

Je ambulantní zařízení, s denním, intenzivním strukturovaným programem. Klienti docházejí do stacionáře ve všední dny minimálně na 6 hodin. Cílem léčby je změna životního stylu s abstinencí. Skladba programu zahrnuje psychoterapii, pracovní,

sportovní, kulturní a klubové aktivity. Tým spolupracující s klienty bývá multidisciplinární. Složený je jak s psychiatrů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků, zdravotnických pracovníků a pedagogů.

Ústavní léčba

Ústavní péči by měla předcházet léčba ambulantní. Do těchto zařízení vstupují pacienti většinou dobrovolně. Malé procento tvoří pacienti s nařízenou ochranou ústavní léčbou. Jde o dlouhodobý pobyt, neboť nejkratší smysluplná doba léčby je 4 až 6 týdnů. Tato doba je nutná k detoxifikaci. Nejčastější komplikací detoxifikačního období je některá z alkoholických psychóz, nejčastěji *delirium tremens*. Tento stav vyžaduje větší rozsah farmakoterapie. Léčebný program se skládá z detoxifikace s navazující psychoterapií včetně resocializačních, rehabilitačních technik a podpůrné farmakoterapie. Dobré léčebné programy se dostatečně věnují pohybovým a sportovním aktivitám.

4.1 Doléčovací programy

Doléčovací programy jsou obvykle nabízeny v centrech ambulantních služeb. Doléčovací programy nabízí ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení nového životního stylu a abstinence, kterou pacient získal během léčebného procesu. Pacient může docházet jednou týdně nebo se může jednat o intenzivnější strukturovaný program. Úkolem těchto programů je pomoci přetrvat v abstinenci. Doléčovací programy jsou určeny klientům, kteří již absolvovali ambulantní či ústavní léčbu. Jde tedy o klienty, kteří jsou závislí, ale nyní abstinují. Druhou skupinu tvoří klienti, kteří začali abstinovat sami a abstinují tři měsíce. Třetí skupinu tvoří partneři, rodiče a příbuzní, kteří potřebují také podporu.

ALMA

Centrum ALMA je následná péče pro ženy. Název projektu je odvozen z latinských slov duši, ducha, srdce a života. Zároveň je v názvu obsaženo spojení slov „*alkohol*“ a „*matka*“ což určuje hlavní směr tohoto projektu.

Poslání: Poslání projektu je poskytnutí komplexních služeb ženám, které mají potíže s užíváním alkoholu. ALMA se také zaměřuje na osvětovou činnost, která je zaměřena na předsudky, které panují ve společnosti o dané problematice

Cílová skupina: Primárně se ALMA zaměřuje na matky s nezletilými dětmi. Cílovou skupinou jsou ženy nad 18 let, které mají problémy s abúzem alkoholu popřípadě kombinací s návykovými látkami, které si prošly nějakou formou léčby závislosti. Co se týče laické veřejnosti osvěta je zaměřena na osamělé ženy, ženy na mateřské, rodinní příslušníci závislých žen.

Pravidla pro klientky Centra:

- Zákaz kouření ve všech prostorách centra, včetně prostoru před hlavním vchodem.
- Centrum mohou navštěvovat klientky, které abstinují od všech návykových látek.
- Klientky se zdržují násilí vůči ostatním.
- Zákaz vnášení jakéhokoli alkoholu, drog, zbraní
- Každá klientka musí mít svého psychiatra

(www.alkohol-alkoholismus.info)

4.2 Anonymní alkoholici (AA)

Je celosvětové hnutí založené roku 1935 a jeho skupiny pracují od roku 1990 i v naší zemi. Základní myšlenka anonymních alkoholiků:

„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 členství je touha zastavit pití. Nejsou tu žádné povinné poplatky, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům. AA není spojena s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoli jinou institucí, nepřeji si zaplést se do jakékoliv rozepře, ani nepodporuje, ale ani neodporuje žádným programům. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat jiným alkoholikům dosahovat střízlivosti“ (HELLER, 2011, s. 165).

5. Psychoterapie

Psychoterapie je souborem specifických verbálních, neverbálních a paraverbálních komunikačních technik užívaných psychoterapeutem k zvýšení duševního stavu klienta či pacienta nebo ke zlepšení vztahů uvnitř rodiny.

Využívají se různé formy komunikace psaní, nebo také kreslení. Nově vzniklé směry v psychoterapii jsou expresivní terapie (dramaterapie, taneční a pohybová terapie, arteterapie, muzikoterapie, poetoterapie a další) či terapie uskutečňované prostřednictvím reflexe přečteného (biblioterapie, hagioterapie).

Psychoterapii smí provádět pouze kvalifikovaný psychoterapeut. Velmi důležité je motivovat pacienta k psychoterapii. Rozlišují se čtyři úrovně motivačních faktorů: zdravotní a psychické, sociálně psychické, sociální a trestně právní. Terapeut by měl respektovat názory pacienta (SKÁLA a kol. 1987).

Skupinová psychoterapie

Řada terapeutů vnímá práci s velkou skupinou jako nouzové řešení, pokud již opravdu nelze jinak (dovolená, nemoc terapeuta). Práce s velkou skupinou však nepřináší jen nevýhody, ale má také své výhody.

Nevýhody:

- Pozornost účastníků se udržuje obtížněji
- Méně času na jednotlivé členy
- Méně důvěrné a intimní, méně vhodné pro vysoce senzitivní problémy

Výhody:

- Členové mohou do skupiny přinést širší spektrum podnětů
- Vhodně se mohou uplatnit pozitivní modely abstinujících
- Jestliže pracuje celá terapeutická komunita alespoň čas od času jako velká skupina, může to přispět k lepší vzájemné znalosti a posílit soudržnost komunity (NEŠPOR, 2011).

Skupinová terapie je velmi důležitá v procesu doléčování.

Individuální psychoterapie

Zaměřuje se na práci s jednotlivcem, jež hlavním prostředkem je rozhovor. Terapeutická práce se dá rozdělit na dvě různá zaměření. První zaměření je na symptomy a druhé na osobní růst. Individuální psychoterapie se využívá jak při léčbě ambulantní, tak i v rámci ústavní léčby.

Frekvence sezení je různá, rozlišujeme krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé.

Behaviorální terapie

Léčba využívající mechanismus učení v širším slova smyslu a soustřeďuje se na upevňování a pěstování žádoucích návyků a dovedností. Obecně lze říci, že cílem je změna chování pacienta. Změna se může uskutečnit na úrovni motorické, emocionální, kognitivní a fyziologické.

Metody behaviorální terapie:

- Relaxační postupy- na zvládnání akutních stavů a úzkostí, poruchy spánku.
- Averzivní terapie- zpevňování žádoucího a uvolňování nežádoucího chování.
- Expoziční terapie- pacient je vystavován pro něj obtížným situacím.

Pracovní terapie

Je velmi důležitou součástí léčebného programu. Terapeutické aktivity chráněných dílen v Psychiatrické nemocnici Bohnice představují stěžejní a nedílnou součást léčebného procesu psychiatrického pacienta.

Dílny slouží v rámci resocializace také jako přechodná pracoviště, kde se pacienti mohou naučit nová řemesla i řemeslné a výtvarné techniky, které jim mohou následně po propuštění usnadnit uplatnění na trhu práce.

Poetoterapie

Je podpůrná metoda při léčení psychiky a osobnosti využívající poezie. Nejde zde o výsledek, ale o to, že se člověk pomocí veršů může vypsát ze svých pocitů a lépe se v nich orientovat.

Muzikoterapie

Dělí se na aktivní (využívá se práce s hlasem, zpěv nebo hra na hudební nástroj a receptivní, která se dá využít při posilování motivace. Pozitivní zkušenosti jsou především s klasickou a orientální zklidňující hudbou v kombinaci s relaxačními technikami.

Arteterapie

Je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů mezilidských vztacích.

Arteterapeutické postupy jsou zacíleny na léčebně kognitivní, motivační a emocionální aspekty: sebepoznání, aktivizace, osobnostní růst, sebevyjádření, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, adaptivnější zacházení s emocemi, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, podpora a rozvoj tvořivosti v rámci harmonizace osobnosti a kultivace obranných mechanismů.

Samozřejmě nejde o umělecké dílo, ale důležitější je co si člověk při takovém kreslení uvědomí a v čem se lépe pozná.

Rodinná a manželská terapie

Patří k důležitým prvkům efektivní léčby. Rodina může být zdrojem četných problémů, ale také emoční podpora při léčbě.

Potupy využívání při rodinné terapii:

- Získávání členů pro terapii- svádění k rodinné terapii, nebo spojování rodiny a terapeuta
- Edukativní působení a nácvik, např. rodičovských dovedností, komunikace, zvládání konfliktů, schopnost pochválit, dovednosti naslouchání a empatie a zvládání hněvu

- Zlepšování životního stylu rodiny, omezení toho, co by návykové chování umožňovalo a vytváření bezpečnějšího životního stylu rodiny, vyhýbání se spouštěčům, plánování společných aktivit neslučitelných s návykovým chováním, mediální gramotnost rodiny.

- Zadávání úkolů, např. vyzkoušet jiný styl komunikace než „poštěkávání“, oznámit vzdálenějším příbuzným, že se člověk léčí pro závislost a vysvětlit jim důvody proč nechce a nemůže v budoucnu pít alkohol a napsat někomu z rodiny smířlivý dopis.

- Zvládání recidivy. Terapeutický kontrakt nebo ústní dohoda se mohou týkat i zvládnutí případné budoucí recidivy. Kontrakt k zastavení recidivy může zefektivnit jednání rodiny při recidivě a snížit škody, které by jinak recidiva způsobila.

- Změna vztahového rámce: Jedná se o často používanou techniku. Např. u těch kdo jsou zaplaveni pocity viny, může pojetí závislosti jako nemoci a pokaz na důležitost snadné dostupnosti návykových látek snížit pocit viny. Díky tomu pak dokážou jednat efektivněji (www.drnespor.eu/modlec.doc).

Terapeutická komunita

Hlavní cíl je podpořit osobnostní růst klientů a přispět k dosažení celkové změny chování ve vztahu k užívání návykových látek, orientované na změny hodnot, jednání, postojů a přispět k jejich postupnému a úspěšnému návratu do života společnosti.

Další cíle:

- Obnova psychické a fyzické síly
- Osvojení si základních sociálních, pracovních a hygienických dovedností
- Učení postupně přebírat zodpovědnost za sebe i za své jednání
- Zlepšování vztahů k sobě samým i k druhým lidem
- Naučit se reálnému sebehodnocení a sebedůvěře
- Osvojit si dovednosti řešit problémy a krizové situace

6. Prevence závislosti

Nejlepší a nejúčinnější prevencí alkoholové závislosti je nikdy nezačít pít alkohol. Pokud už příležitostně konzumujeme alkohol, neměli bychom jím léčit deprese, úzkosti, problémy.

Čeští zdravotníci mají k dispozici další z klíčových nástrojů, který pomůže současné situaci v oblasti užívání alkoholu. Jedná se o metodiku SBI (*Screening and BriefIntervention*). Screeningové (orientační) vyšetření a krátká intervence *Screening and BriefIntervention* (metodika SBI) spočívá v souboru strukturovaných otázek, na jejichž základě je možné vytipovat osoby s hrozícím rizikem problémového užívání alkoholu, následovaných krátkým pohovorem mezi danou osobou a poskytovatelem služby s případným doporučením vhodné odborné péče. Díky projektu dostávají čeští zdravotníci další z klíčových nástrojů, který by mohl pomoci současné situaci v oblasti užívání alkoholu. Nástroj je však určen nejen různým zdravotnickým profesím, ale může být používán i mimo zdravotnictví např. v sociálních službách nebo školství (<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4296/Kratka-intervence-pro-uzivatele-alkoholu>).

Primární

Cílem primární prevence je úplně odradit člověka, nebo alespoň co nejvíce oddálit první kontakt s drogou. Tímto typem prevence se zabývá především rodina, školská a mimoškolská zařízení, média a jiné instituce výchovných programů. S výchovou zdravého životního stylu je třeba začít už v raném věku dítěte, kde si dítě vytváří pravidla správné životosprávy včetně stravování a pití. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat dětem alkoholiků a mladistvým, kteří nadměrně užívají alkohol.

Sekundární

Zaměřuje se na léčbu pacienta, který propadl závislosti. Cílem je co nejkratší návrat pacienta do běžného života.

Terciální

Její cílem je předcházení recidivy u osob závislých na alkoholu, ale také u osob, kteří si prošli léčbou. Patří sem doléčování, kontrola psychologem, psychiatrem, farmakologická léčba. Důležité je využití volného času (koníčky, zaměstnání), také zapojení rodiny a informovanost o závislosti na alkoholu.

7. Ošetrovatelská péče u pacientky závislé na alkoholu

Všeobecné sestry plní v komplexní péči o pacientku se syndromem závislosti velmi důležitou roli. Cílem zdravotní sestry je: tvorba příjemného prostředí pro vhodnou léčbu, monitorace zdravotního stavu, sledování příjmu stravy a pitného režimu, sleduje nálady. Všeobecná sestra je součástí terapeutického týmu, do kterého patří také lékaři, psychoterapeuti a sociální pracovníci. Terapeutický tým spolu úzce spolupracuje.

Ošetrovatelská péče na psychiatrickém oddělení je velmi specifická. Pacientky na oddělení přicházejí z velké části dobrovolně, často po konzultaci se svým praktickým lékařem případně na popud rodiny. K pobytu na oddělení by měli mít motivaci, kterou podporuje terapeutický režim, který je pro všechny povinný. Samozřejmě pokud to nedovoluje zdravotní nebo psychický stav, mohou být na čas uvolněni.

Zdravotní sestra musí být trpělivá, držet si dostatečný odstup, být trpělivá, neboť součástí mnoha duševních poruch je verbální agrese, lhavost, manipulativní jednání, nedodržování pravidel.

7.1 Skupinové aktivity na oddělení

Aktivity na oddělení jsou nedílnou součástí léčebního procesu a jsou pro klientky povinné. Pokud to stav nedovoluje, mohou klientky požádat o uvolnění z programu.

Ranní a večerní cvičení

Cvičení lze pojmout jako rozvíčku zaměřenou na pohyb pacientek.

Autogenní trénink

Je zaměřen na relaxaci. Vedou si ho sami pacientky, kdy jedna vždy čte, a ostatní relaxují. Je vhodný pro pacientky trpícími poruchami spánku, úzkostí, koncentrací.

Volné tribuny

Zde se setkává celá komunita včetně terapeutického týmu, a probírají se události za uplynulý den, týden. Řeší se problémy, jak jednotlivce, tak celé komunity možnost úpravy dohodnutých pravidel a samozřejmě zpětná vazba.

Pracovní terapie

Je součástí dobrého terapeutického programu. Pracovní terapie má velké nároky na organizaci. Pacientky se mohou naučit nová řemesla i řemeslné a výtvarné techniky, které jim mohou následně po propuštění usnadnit uplatnění na trhu práce.

Pacientský klub

Jedna, maximálně dvě pacientky, si připraví přednášku na určité téma, které následně přednáší ostatním pacientkám. Téma může být např.: co pacientky zajímá, co umí, vědí, a rádi se o to podělí s ostatními. Všeobecná sestra průběžně kontroluje přípravu klubu.

PRAKTICKÁ ČÁST

8. KAZUISTIKA

Identifikace pacientky

Pacientka J.M. ve věku 35 let, byla přijata na oddělení závislostí překladem z detoxikačního oddělení, na které ji dovezli rodiče, kteří ji našli v bytě v bezvědomí. Je to její druhá hospitalizace. Poprvé se léčila ve 20 letech pro závislost na pervitinu.

Rodinný stav - rozvedená

Zaměstnání - nezaměstnaná

Sociální zázemí - bydlí sama, po léčbě se přestěhuje k rodičům

Příjem na oddělení - 31.1.2014

Čas: 9:00

Hodnocení pacientky při prvním kontaktu

Dieta číslo 3 (racionální)

Puls 68/min, pravidelný

Krevní tlak: 125/65 mm/Hg

Hmotnost: 60 kg

Výška: 158cm

BMI: 24,3

TT: 36,3

Pacientka byla při příjmu klidná orientovaná jak v čase, tak i v prostoru. Byla seznámena s léčebnými principy a s řádem oddělení.

Souhlasila s odběrem na HIV.

Souhlasila se zařazením do všech forem léčby.

Souhlasila s tím, že do její dokumentace mohou nahlížet osoby, které si získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Všeobecná sestra změřila fyziologické funkce, puls, tlak, teplota, odebrána krev a moč.

Pacientka pracovala jako ekonomka ve Španělsku pro tamní firmu. S alkoholem nikdy problémy neměla, pít více začala až při náročném zaměstnání. Pacientka udává, že ve Španělsku pijí víno stále k snídani, obědu, večeři a zde také začal začarovaný kruh. V posledním roce pacientka pila takové množství alkoholu, že si skoro nic nepamatuje z tohoto období, pouze to, že vycházela z bytu jen za účelem obstarat si alkohol. Pacientka si uvědomuje svou závislost, také přiznává, že k pití vína v posledním roce přibyl i tvrdý alkohol.

Udává dávky: Víno 2-3 lahve denně.

Tvrdý alkohol: 1 lahev vodky denně.

Zvýšené spotřeby alkoholu si všiml dnes již bývalý přítel, který žil s pacientkou ve Španělsku. Hádky se stupňovali, stejně jako spotřeba alkoholu. Po výpovědi v práci a následném rozchodu se pacientka vrátila zpět do české republiky. Rodiče přispívali dceři na bydlení a na život než si najde práci, netušili co se ve skutečnosti děje.

Rodinná anamnéza

Otcí je 58 let. Má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako učitel. Dceru od mala držel velmi zkrátka. Všude ji doprovázel, vše ji kontroloval, neexistovalo, že by se s vrstevníky šla bavit na diskotéku. Hodně se o dceru bál. Matce je 58 let a pracuje jako úřednice na poště. Žije hlavně pro rodinu. Doma bylo vždy naklizeno, navařeno. S dcerou si vždy velmi dobře rozuměli. Jejich vztah začal skřípat v dceřiných 18 letech, kdy se seznámila s partou, se kterou začala užívat pervitin. Rodiče svou dceru v léčbě podporují, chtějí docházet na rodinnou terapii, kde se o závislosti na alkoholu dozvědí více.

Osobní anamnéza

Ve 13 letech byla operována pro apendix. Jinak běžná dětská onemocnění. V 18 letech se seznámila s partou, se kterou užívali pervitin. Po dvou letech se začala ústavně léčit. Léčba byla úspěšná a pacientka neměla recidivu. Rozhodla se, že půjde na vysokou školu, kterou zakončila inženýrským titulem. V 22 letech se po velmi krátké známosti vdala. Manželství nevydrželo ani dva roky. V práci se potkala s dalším partnerem, se kterým se odstěhovali do Madridu, kde pracovali pro španělskou firmu. Oba byli velmi zatíženi prací, i když spolu bydleli, vídali se jen zřídka. Partner si začal

všímat zvýšené konzumace alkoholu, což si pacientka nenechala líbit „*Ty děláš jako by jsi nikdy nepil*“. Po rozchodu se přestěhovala zpět do české republiky a utápěla se v alkoholu ještě více.

Povaha: Pacientka je velmi inteligentní mladá žena. Je velmi otevřená, do diskuzí při skupinové terapii se zapojuje velmi často a velmi ráda. Ve škole měla výborné známky, za což vděčí otci, který velmi dbal na její školní povinnosti. Nerada vyvolává konflikty. S muži si často nerozuměla, raději se ohybovala v dámském kolektivu. Velmi jí záleží na tom, aby při ní stáli rodiče a měla kolem sebe přátele, na které se může spolehnout.

Zájmy: Pacientka nikdy žádný koníček neměla. Jako malá musela hned po škole domů a učit se. V dospělosti měla jen práci, která ji jak fyzicky tak psychicky vyčerpala a na nějakou zábavu nezbyl čas. Říká, že jejím hlavním koníčkem byla práce, ke které by se chtěla po léčbě vrátit.

Zaměstnání: Má vystudovanou Vysokou školu ekonomickou s Ing. titulem. Po škole nastoupila rovnou do zaměstnání. Naučila se zde, co mohla a po 3 letech se přestěhovala do Madridu. Zaměstnání pro ni bylo vším, říká, že se v tom našla a ráda by se k architektuře vrátila. Umí velmi dobře anglicky, španělsky a také se domluví německy.

Pohlavní styk měla v 18 letech, ve 22 se vdala a po té měla, ještě jednoho partnera od té doby žije sama. Nerada o tomto tématu mluví.

Rodinný život: Je rozvedená, děti nemá. S partnerem se kterým žila ve Španělsku je stále v kontaktu, a doufá, že by se to mezi nimi mohlo spravit. Uvědomuje si, že na krachu tohoto vztahu má vinnu hlavně ona. On ví, že se léčí a velmi ji v tom podporuje a chtěl by ji i navštívit. Rodiče si dávají vinu za dceřinu závislost. Hlavně otec, který si myslí, že za to může jeho přehnaná péče.

Abúzus:

První kontakt s drogou měla v 18 letech, kdy začala experimentovat s drogami, hlavně s pervitinem na kterém byla později závislá. Tvrdí, že z této závislosti ji dostalo

hlavně studium na vysoké škole. S alkoholem se poprvé setkala také v 18 letech a až do 25 let to bylo kontrolované pití. Vše začalo ve Španělsku, kde měla konečně práci svých snů a finančně na tom byla, jak říká velmi dobře. V práci byly na pacientku kladeny velmi vysoké nároky, které sebou přinesly deprese, které pacientka tlumila alkoholem. V práci si toho nikdo nevšiml, jelikož zde běžně konzumovali víno k pracovnímu obědu nebo večeři. Po rozchodu s partnerem a následnému návratu zpět do české republiky se novým partnerem stal alkohol. Rodičům tvrdila, že ji bývalý partner pomluvil u známých firem a tak nemůže sehnat práci. Otec ji posílal měsíčně 10 000 na živobytí, netušil však, že většinu peněz dcera propije. Poslední rok byl pro pacientku noční můrou. V noci se budila s nucením napít se alkoholem, klepali se jí ruce, potila se, bylo jí nevolno. Z bytu vycházela pouze za účelem koupit si alkohol, častěji si ho však nechávala dovézt. Měla takové okna, že si z událostí posledního roku pamatuje velmi malý zlomek.

Nynější onemocnění:

F10. – akutní intoxikace při přijetí

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

F10.3 – Rozvoj odvykacího stavu

Současný stav:

Je velmi ráda, že je tady. Poslední rok pro ni byl ubíjející. Rodičům se bála svěřit se svým problémem. Bála se, že tentokrát už při ní nebudou stát, že pro ně přestane existovat. Je optimistická věří, že léčbu úspěšně dokončí a vrátí se ke svému oboru.

Moc se netěší na soužití s rodiči hlavně s otcem, který ji bude ještě více sledovat a kontrolovat. Ví, že po tomto nemůže čekat nic jiného. Chce rodičům vše vynahradiť.

8.1 Lékařská anamnéza

Dýchání 18/min. – pravidelné, tep 70/min. – pravidelný, krevní tlak 130/65, tělesná teplota 36,9 °C, hmotnost 60 kg, nehtová lůžka růžová, akrální části růžové a teplé.

Příjem tekutin: 1500 ml/den. Ráda pije černou kávu, džus a nerada pije sladké limonády. Stravuje se nepravidelně, jídelníček obsahuje málo ovoce a zeleniny.

Dutina ústní je čistá, chrup má svůj, sliznice vlhké. S močením nikdy problémy neměla, stolici má nepravidelnou.

Pokožka je na celém těle čistá, na obličeji jsou viditelné modřiny způsobené pádem, bez odřenin. Sprchuje se každý den.

Spát chodí kolem 10 hodiny a v noci se často budí.

Víra – je křesťanka a ráda by zašla do kostela.

Pacientka je velmi optimistická a těší se, až nebude na nikom závislá a bude zase stát na vlastních nohách.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: krevní vyšetření – biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, serologické vyšetření.

Výsledky:

Biochemické vyšetření	Referenční meze
S – CRP 0,5 mg/l	0,1 - 5
S – Močovina 2 mmol/l	2 - 6,7
S – Kreatinin 72 μ mol/l	53 - 97
S – Sodík 133 mmol/l	136 - 145
S - Kalium 3,2 mmol	3,8 - 5,4
S – Chloridy 94 mmol/l	98 - 107
S – Bilirubin 14,5 μ mol/l	3,4 - 17,1
S – ALT 2 μ kat/l	0,05 - 0,73
S – AST 3,26 μ kat/l	0,08 - 0,67
S – GMT 24,4 μ kat/l	0,14 - 0,63
S – Alkalická fosfatáza 1,46 μ kat/l	0,66 - 2,4
S – Celková bílkovina 83,2 g/l	64 - 85
S – Albumin 38,6 g/l	35 - 53
S – Beta – Lipoprotein 8,4 g/l	3,6 - 6,4
S – Glukoza 7,4 mmol/l	4,2 - 5,6
Hematologické vyšetření	
Hemoglobin 140 g/l	120 - 160
Hematokrit 0,394	0,35 - 0,47

Erytrocyty 4,55	3,9 - 5,1
Trombocyty 98 10	154 - 394
Leukocyty 8,44 10	4 - 10
P – Quick (INR) 0,86 l	2 - 4
P – APTT 0,9	0,8 - 1,2

Serologické vyšetření

S – Anti HAV IgM – Negativní

S – Anti HAV IgG – Negativní

S – HCV - Negativní

Zápis celkového stavu		Zápis celkového stavu	
Vědomí	Orientovaný	Zápis celkového stavu	
Dýchání	Čisté, bez vedlejších fenoménů	Krční páteř	pohyblivá, nebolestivá
Poloha	Klidná	Karotidy	Pulzace symetrická
Chůze	Bez obtíží	Štítná žláza	Nezvětšena
Výživa, BMI	Dostatečná, 24,3	Lymfatické uzliny	Nehmatné
Hrudník	Souměrný	Zápis celkového stavu	
Kůže	Čistá, na obličeji modřiny	Hrudník	Symetrický
Kožní turgor	V normě	Prsy	Souměrné, bez rezistence
Vlasy	Husté, tmavě hnědé	Akce srdeční	Srdce bez šelestů, akce pravidelná
Nehty	Čisté, upravené	Plíce-poklep	Plný jasný
Čití	V normě	Dýchání	Čisté, sklípkové
Motorika	V normě	Dechová vlna	V normě
Řeč	Bez problémů		
Zápis vyšetření hlavy		Zápis vyšetření břicha	
Hlava - poklep	Bolestivý	Břicho	Souměrné

Víčka	Bez nálezu	Břicho- poklep	Bubínkový
Oční bulby	Ve středním postavení	Břicho- poslech	V normě
Spojivky	Bez nálezu	Břicho- pohmat	Měkké, nebolestivé
Zornice	Izokorické, nystagmus není	Kůže	Hladká, modřiny
Boltec	Bez nálezu	Rezistence	Ne
Zvukovod	V normě	Játra	Mírně zvětšena
Sluch	Bez problémů	Uretra	Bez potíží
Nos	Bez výtoku		
Rty	Plné, souměrné		

8.2 Lékařské diagnózy:

F10.2 Syndrom závislosti na alkoholu

Farmakoterapie

Xanax	Per os	2-2-2	Anxiolytikum/ Proti úzkosti
Hypnogen	Per os	0-0-1	Hypnotikum/ Na spaní

Dietoterapie

Dieta číslo 3 racionální.

Fyzioterapie

Pacientka nemá omezený pohyb po oddělení.

8.3 MMSE

Mini Mental State Examination

MMSE je nejpoužívanější krátká screeningová škála pro demence. Byla vyvinuta pro zjednodušení diferenciální diagnózy psychiatrických pacientů. Pohlaví má zanedbatelný vliv na celkové skóre, ale ovlivňuje některé položky: Ženy častěji chybují v 7ovém testu a muži v hláskování odzadu a ostatních jazykových položkách.

Test obsahuje 30 otázek, za každou správnou odpověď bod, maximum bodů je 30.

5 pásem dle dosaženého skóre:

1. 30-27 značí normální kognitivní funkce
2. 26-25 hraniční nález (lehká porucha kognitivních funkcí, počínající demence)
3. 24-18 lehká demence
4. 17-6 středně těžká demence
5. Méně než 6 těžká demence

Orientace:

V čase: (5bodů)

- Kolikátého je dnes? Pátého
- Který je dnes měsíc? Únor
- Který je rok? 2014
- Který je den v týdnu? Středa
- Jaké je roční období? Zima

V místě: (5 bodů)

- Ve kterém jsme státu? V České republice
- Ve které části státu jsme? Praha
- Ve kterém městě jsme? Praha
- Můžete mi říct název nemocnice (zdravotnického zařízení) ve kterém jsme? Bohnice
- Ve kterém jsme poschodí? Přízemí

Bezprostřední vybavení: (3body)

- Opakujte a zapamatujte si slova: JABLKO, STŮL, KORUNA

Pozornost a počítání: (5bodů)

- Odečítejte od čísla 100 5x číslo 7. 93, 86, 79, 72, 65

Vybavení: (3body)

- Vybavte si 3 dříve sdělená slova: JABLKO, STŮL, KORUNA

Pojmenování předmětů: (2body)

- Pojmenování předmětů: Hodinky, tužka (ukážeme předmět)

Opakování: (1bod)

- Opakujte po mě následující větu: „*Žádné kdyby, nebo, ale*“

Pacientka větu bez problémů zopakovala.

Třístupňový příkaz: (1bod)

- Vezměte papír do pravé ruky
- Přeložte jej na půl
- Položte jej na stůl

Pacientka příkazy provedla.

Čtení: (1bod)

- Pacientce je podán arch papíru, na kterém je napsáno „*zavřete oči*“.
Pacientka je vyzvána, aby přečetla, a udělala, co je napsáno.

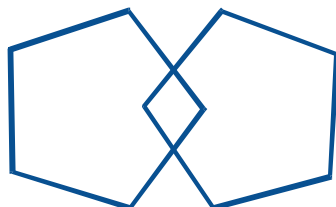
Pacientka úkol splnila.

Psaní: (1bod)

- Pacientka je vyzvána, aby napsala jakoukoli větu. (Věta musí mít podmět a přísudek a musí být smysluplná) Dnes je venku krásně.

Kopírování: (1bod)

- Pacientka má co nejpřesněji podle předlohy okopírovat obrázek dvou protínajících se shodných pětiúhelníků. Je třeba, aby bylo zachováno všech 10 úhlů obrazců, 2 úhly se musí protínat.



Poslední úkol pacientka splnila bez problému. V testu dosáhla plného počtu bodů.

<http://ose.zshk.cz/>

8.4 Ošetřovatelská anamnéza podle koncepčního modelu Dorothy E. Johnson

Podle Dorothy E. Johnson „Zdraví je prchavý dynamický stav ovlivňovaný biologickými, psychologickými a společenskými faktory. Zdraví se odráží v organizaci, interakci a vzájemnosti subsystémů behaviorálního systému. Lidé usilují o rovnováhu v jejich systému a ta vede k funkčnímu chování. Nerovnováha ve strukturálních a funkčních attributech subsystému vyvolává poruchy zdraví“ (JOHNSON, 1980)

I. Subsystém sdružování a příslušnosti

Subjektivně: „Jsem ráda, že mě rodiče odvezli do léčebny. Bála sem se jim zavolat, a říct jim, jaký mám problém, už jednou jsem je zklamala.“

Objektivně: Pacientka je rozvedená a žije sama. Rodiče poslední půl rok tušili, že se něco děje a tak pacientku navštívili doma, kde ji našli v bezvědomí. Její závislost si vyčítají, hlavně otec, který to dává za vinu jeho tvrdé výchově. Pacientka si velmi váží podpory rodičů a těší se, že jim tuto péči do budoucna vrátí. Po léčbě se přestěhuje zpět ke svým rodičům, kde ji budou mít na očích. Rodiče souhlasili s rodinnou terapií.

II. Subsystem závislosti

Subjektivně: *„Uvědomuji si, že jsem závislá a chci se léčit. Budu se snažit pro to udělat vše. Nechci žít jen pro alkohol, vím, jaké má negativní účinky na člověka. Modlila jsem se, aby naši přijeli a donutili mě jít se léčit.“*

Objektivně: Pacientka si svou závislost zcela uvědomuje. Poslední rok byla závislá nejen na alkoholu, ale také na finanční podpoře rodičů. Poslední rok obětovala pouze alkoholu a další dávce, kterou si musela dát, jinak měla abstinentní příznaky (třes rukou, nevolnost, pocení).

III. Subsystem příjmu potravy

Subjektivně: *„Nejsem vybíravá, sním vše kromě držkové polévky, těším se, až budu bydlet s rodiči, mamina kuchyň je skvělá.“*

Objektivně: Pacientka se stravuje v léčebně. Jídlo sní většinou celé, málo kdy se stane, že by nedojedla, ale to je spíše z velké porce, než že by jí nechutnalo. Alergii na potraviny nemá. Její hmotnost je 60 kg, výška 158 cm a BMI je 24,3.

IV. Subsystem vylučování

Subjektivně: *„Měla bych více pít, jinak žádné problémy nemám.“*

Objektivně: Pacientka vypije 1-1.5 litru vody za den. Je si vědoma toho, že by měla lépe dodržovat pitný režim. S močením problémy nemá, stolici má pravidelnou jednou za den.

V. Subsystem sexuality

Subjektivně: *„První pohlavní styk jsem měla v 18 letech.“*

Objektivně: Menstruaci měla pacientka poprvé ve 14 letech. Netrpí žádným gynekologickým onemocněním. Užívala antikoncepci, kterou na rok vysadila, jelikož nebyla schopna si dojít ke gynekologovi. První pohlavní styk měla v 18 letech, nerada mluví o tomto tématu.

VI. Subsystem výkonu/úspěchu

Subjektivně: *„V 18 letech jsem začala dělat kraviny a chytla se party, která užívala pervitin. Samozřejmě jsem taky začala brát. Po ukončení léčby jsem se rozhodla jít na vysokou. Táta si vždycky přál, aby měl doma inženýrku. Škola mě moc bavila, našla jsem nový okruh přátel a konečně se postavila na své nohy. Vše se začalo opět rozpadat ve Španělsku. Chtěla bych úspěšně dokončit i tuto léčbu a dokázat rodičům, že tentokrát to zvládnou.“*

Objektivně: Pacientka má vystudované České vysoké učení technické v Praze. V 22 letech se vdala. Manželství však trvalo pouze 2 roky. Zvládla se vyléčit ze závislosti na pervitinu, takže doufá, že to zvládne i tentokrát. Nepřipouští si, že by mohla nastat recidiva.

VII. Subsystem agresivně ochranný

Subjektivně: *„Ráda řeknu svůj názor, ale nerada se hádám. Proto někdy raději mlčím a myslím si své. Agresivních lidí se bojím, proto se jim vyhýbám.“*

Objektivně: Pacientka od dětského věku trpěla depresemi, se kterými se nikomu nesvěřila a uzavírala se do sebe. Při skupinových terapiích se ráda zapojuje, říká svůj názor i si poslechne zpětnou vazbu. V léčbě nikdy agresivní nebyla.

VIII. Subsystem odpočinku

Subjektivně: *„Tady v léčebně nemáme příliš prostor na odpočinek. Od 7 ráno máme program až do 8 do večera. Možná je to lepší, alespoň se nenudíme. V noci mám problémy se spánkem, často nemůžu usnout, a když už zaberu, probouzím se několikrát za noc.“*

Objektivně: Pacientka užívá 1 tabletu Hypnogenu na spaní.

Situační analýza:

Pacientka byla v prvních dnech přijata na detoxifikační oddělení kde strávila týden. Odvykací část pro ni byla nejhroší. Dne 31. 1. 2014 po podepsání souhlasu byla přeložena na oddělení následné péče. Zde probíhají terapeutická sezení, denní činnosti

jako pracovní terapie kde se pacientky mohou naučit nová řemesla, která jim pak mohou pomoci uplatnit se na trhu práce. Pacientky si také musí uklízet své pokoje, chodby, koupelny i záchody- tomu louží rozpis služeb, aby každá pacientka věděla, který den, co dělá. Plán ošetrovatelské péče je stanoven od 3. 2. 2014 do 7. 2. 2014. Pacientka je v rámci oddělení soběstačná. Dodržuje pitný režim a stravu. V noci má problémy s usínáním a často se v noci budí. Většina ostatních pacientek je v léčbě opakovaně má strach, zda zvládne léčbu napoprvé. Pokud by měla recidivu, je si vědoma, že by přišla o svou sebeúctu. Pacientka se velmi těší, až za ní přijdou na návštěvu rodiče.

Celkové hodnocení:

V průběhu hospitalizace na oddělení následné péče se stav pacientky výrazně zlepšil. Pacientka je seznámena se svým onemocněním a souhlasila s 3měsíční léčbou. Spolupracuje dobře, komunikace je příjemná. Ráda povídá o své práci, o rodičích, a o tom, jak moc se jí stýská. S pacientkami se ráda podělí o své zkušenosti se závislostí a je velmi ráda za zpětnou vazbu. Více jak polovina pacientek na oddělení se léčí opakovaně z čehož má pacientka strach.

8.5 Ošetrovatelské diagnózy u pacientky závislé na alkoholu dle NANDA International 2009 - 2011 taxonomie II. A seřazeno dle priorit

- 1) Nespavost (00095)**
- 2) Strach (00148)**
- 3) Riziko situačně snížené sebeúcty (00153)**

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci

Určující znaky:

- pacientka uvádí potíže s usínáním
- pacientka uvádí potíže se spaním
- pacientka uvádí nedostatečnou regeneraci spánkem

Související faktory:

- přerušovaný spánek
- strach
- environmentální faktory (např. okolní hluk, neznámé prostředí)

Cíl dlouhodobý: Pacientka uvádí dostatečnou regeneraci spánkem do propuštění

Cíl krátkodobý: Pacientka neudává potíže s usínáním do 14 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- pacientka ví, že si může při potřebě vyžádat lék na spaní do 30 minut
- pacientka je edukována o potřebě dostatečného spánku do 1 hodiny
- pacientka zná své spánkové rituály do 1 týdne

Plán intervencí:

1. pomocí rozhovoru nalezni příčiny přispívající k nespavosti do 1 dne,
2. pomocí rozhovoru zjisti, zda měla pacientka spánkové rituály do 2 hodin,
3. podávej hypnotika dle ordinace lékaře, po podání řádně dokumentuj denně,
4. edukuj pacientku o potřebě dostatečného spánku (7-8 hodin denně) ihned,
5. pozoruj projevy nespavosti (neklid, podrážděnost, únavu), při změně stavu vše oznam lékaři a řádně dokumentuj 1x denně.

Realizace od 3. 2. 2014 do 7. 2. 2014

S pacientkou jsme nejdříve v klidu probrali její problémy, které se týkaly nespavosti, strachu z budoucnosti. Domluvili jsme jí pohovor s lékařkou, která naordinovala Xanax na úzkost a Hypnogen na spaní. Pacientka udává, že dříve pokud nemohla usnout, četla si. Po dohodě s lékařkou byla pacientce nabídnuta kniha, kterou si s radostí vzala. Vše provádíme pod odborným dohledem personálu.

Hodnocení 7. 2. 2014

Efekt ošetrovatelské práce byl částečný.

Za týden jsme dosáhli bezproblémového usínání. Pacientka chápe důvody nočního probouzení, které vznikly dříve, když měla potřebu se napít. Ošetrovatelské intervence č.3 a č.5 dále pokračují.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- sděluje obavy
- sděluje strach

Cíl dlouhodobý: Užívá správných postupů při prevenci vzniku strachu do 2 týdnů

Cíl krátkodobý: Umí vyjádřit své pocity do 1 týdne

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- snaží se řešit své problémy do 3 dnů
- zná důvody strachu do 1 dne
- pacientka spolupracuje do 2 dnů

Plán intervencí:

1. sleduj projevy strachu (motorický neklid, agrese) -denně
2. umožni pacientce vyjádřit své pocity- denně
3. zapoj pacientku do různých denních aktivit (ranní cvičení, autogenní trénink, pracovní terapie), které by odvedli pozornost-denně
4. naslouchej pacientce-denně
5. podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky, odmítnutí oznam lékaři
6. vše řádně dokumentuj (podání léků, účinky léků)

Realizace od 3. 2. 2014 do 7. 2. 2014

S pacientkou jsme si povídali o jejích problémech a snažili jsme se je řešit. Sledovali jsme projevy strachu a naslouchali jsme se zájmem a úctou. Pacientka byla zapojena do denních aktivit. Před spaním si vždy přečetla pár stránek z knihy a usnula. Léky jsme připravovali a podávali vždy pod odborným dohledem personálu.

Efekt ošetrovatelské péče byl částečný.

Hodnocení 7. 2. 2014

Pacientka si začala uvědomovat své problémy, které vedli k pocitům strachu, a začala je řešit. Díky medikaci se pacientka zklidnila a také začala projevovat své pocity. Pokračujeme v intervencích č.1, č.3, č.5, č.6.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko situačně snížené sebeúcty (00153)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 2: Sebeúcta

Definice: Riziko vývoje negativního vnímání vlastní hodnoty v reakci na současnou situaci.

Rizikové faktory:

- neúspěchy
- změny sociální role

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá sníženou sebeúctu ve vybraných situacích

Cíl krátkodobý: Pacientka ví, že pokud vyhledá pomoc při vývoji negativního vnímání vlastní hodnoty, bude jí pomoc poskytnuta

Priorita: Střední

Plán intervencí:

1. dohlédni na pravidelnou účast na rodinné terapii- do 1týdne
2. zajisti dohled a pravidelně vše dokumentuj- denně
3. sleduj dodržování režimové léčby- denně
4. zajisti pravidelnou účast na psychoterapii

Realizace od 3. 2. 2014 do 7. 2. 2014

Každý den dohlížíme, zda pacientka dodržuje léčebný režim, zda včas dochází na terapie, zapojuje se do diskuzí. Pacienta má pravidelná sezení s lékařem i psychoterapeutem. Psychofarmaka podáváme dle ordinace lékaře a pod odborným dohledem personálu.

Efekt ošetrovatelské péče byl částečný.

Hodnocení:

Pacientka je seznámena s přísným zákazem požívání alkoholu. Je edukována o možnosti vzniku recidivy a jejích následků. Zná negativní účinky alkoholu. Dodržuje léčebný režim. Pokračujeme v intervencích č. 2, č. 3, č. 4.

Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče u pacientky závislé na alkoholu

Ošetrovatelská péče u pacientky závislé na alkoholu byla prováděna dle koncepčního modelu Dorothy E. Jonsonové.

Pacientka byla přeložena na oddělení následné péče dne 31.1.2014. Nejprve byla seznámena s oddělením, psychoterapeutickým týmem a v neposlední řadě s pacientkami, se kterými sdílí pokoj. Pacientka působila klidným, vyrovnaným stavem.

Po zpracování ošetřovatelské anamnézy jsme si vypracovali ošetřovatelské cíle, které jsme během našeho pobytu částečně splnili.

V prvních dnech léčby se u pacientky prohluboval strach z budoucnosti, zda léčbu zvládne a bude se moci vrátit do práce. Obavy měla, aby opět nezklamala své rodiče. Na terapeutických sezeních byla velmi otevřená, také do diskuzí se často se zájmem zapojovala.

Seznámením s pacientkou jsem si uvědomila, že do bludného kruhu alkoholové závislosti, se může dostat opravdu každý. Není to záležitost pouze sociálně slabších, dle vlastní zkušenosti dnes vím, že se do závislosti může dostat i velmi inteligentní vzdělaná žena.

Prognózu má pacientka dobrou. Už jednou se dokázala vyléčit z drogové závislosti a věřím, že to dokáže i nyní. Pacientka je velmi optimistická a rozhodnutá, že se s alkoholem léčí poprvé a naposledy. Udělá proto své maximum.

8.6 Doporučení pro praxi

Problematika alkoholové závislosti je velice specifická a proto vyžaduje od všech zúčastněných specifický přístup.

Doporučení pro pacienta:

- edukovat pacientku o možnosti vzniku recidivy
- informovat pacientku o důležitých kontaktech, na která se obrátit v případě recidivy
- dodržovat zdravý životní styl: Nepít alkohol, pravidelně docházet na doléčování, mluvit o svých problémech, vyvarovat se rizikovým situacím.

Doporučení pro rodinu:

- aktivně povzbuzovat pacientku v léčbě
- odstranit z blízkosti pacientky veškerý alkohol (neskladovat doma alkohol, vyprázdnit bar, zvolit jiný dárek k narozeninám než láhev, uvědomit si, že i v čokoládě může být alkohol)
- docházet společně na rodinnou terapii

- zapojit rodinu do léčby
- informovat rodinu o možnosti recidivy (rizikové situace, skryté bažení)

Doporučení pro všeobecné sestry:

- naslouchat pacientkám s úctou
- pořádání pravidelných seminářů pro psychiatrické sestry na téma alkoholismus
- nepovyšovat se nad pacientky
- důležitá je vždy empatie
- podporovat pacientky v léčbě, i pokud jsou zde opakovaně

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla komplexní ošetrovatelská péče u pacientky závislé na alkoholu. Konzumace alkoholu má v České republice dlouholetou tradici a společnost je k této legální droze velmi tolerantní. Toto téma je stále aktuálnější, v posledních letech přibývá počet mladších pacientů závislých na alkoholu nebo jiných drogách. Léčba této nemoci nevede k vyléčení chorobného stavu, ale pouze k úzdavě (potlačení nebo úplné vymizení příznaků choroby). Vzhledem k společenským předsudkům, zůstává většinou na rodině přesvědčit nemocného k léčbě.

Cílem práce bylo zmapovat medicínskou, ošetrovatelskou a psychosociální problematiku pacientek se závislostí na alkoholu. V teoretické části jsme se zaměřili nejdříve na historii, vývoj alkoholismu a specifika závislostí u žen. Zmínili jsme se také o negativních účincích alkoholu na zdravý lidského organismu. V závěru teoretické části jsme uvedli možnosti efektivní léčby a organizace, které se zabývají doléčováním. Popsali jsme také možné prevence závislosti. Praktická část se skládá z ošetrovatelského procesu dle Johnsonové, který byl aplikován na pacientku hospitalizovanou v Bohnicích. Je zde popsána kazuistika pacientky od přijetí na oddělení závislostí. Důležitou náplní ošetrovatelského procesu bylo získat důvěru pacienta.

Cílem ošetrovatelské péče bylo postupovat v ošetrovatelských diagnózách u pacientky závislé na alkoholu dle NANDA taxonomie II. Cíl byl částečně splněn.

Přínosem naší práce by mělo být srozumitelné seznámení se s nemocí zvanou alkoholismus a uvědomění si, jak optimálně pomoci pacientkám. Po absolvování praxe v psychiatrické léčebně jsme se přesvědčili, že léčba v České republice je kvalitní a má svůj smysl. Větší důraz by se měl klást na prevenci vzniku závislosti již u mládeže a více informovat společnost o tomto onemocnění.

Praktické využití naší bakalářské práce by mohlo být prospěšné jak pro práci všeobecných sester, tak i porodních asistentek nebo jiných oborů v rámci adaptačního procesu. Zároveň může posloužit jako informativní zdroj pro laickou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARCHALOUSOVÁ, A., *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus, ISBN 80 – 86225 – 33 – X.

BUDINSKÝ, Václav. *.Ať žije alkohol*. Praha : Agentura Lucie, 2010. ISBN 978-80-87138-24-3.

EHRMANN, Jiří. *.Alkohol a játra*. Praha : GradaPublishing, 2006. ISBN 80-247-1048-X.

HELLER, Jiří. *.Pavučina závislosti*. Praha : Togga, 2011. ISBN 987-80-87258-62-0.

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

KALINA, K. et al. *.Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a. s., 2008, ISBN 978 – 80 – 247 – 1411 – 0.

KUČEROVÁ, Helena. *.Psychiatrické minimum*. Praha : GradaPublishing, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.

LINDENMEYER, Johannes. *.Závislost' od alkoholu*. Z něm. orig. přel. Zuzana Doktorová. Trenčín : F, 2009. ISBN 978-80-88952-54-1.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *.Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : GradaPublishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

NANDA INTERNATIONAL. *.Ošetrovatelské diagnózy*. Praha : Gradapublishing, 2009-2011. ISBN 978-80-247-3423-1

NECHANSKÁ, Blanka et al. *.Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha : Národní monitorovací středisko, 2011. ISBN 978-80-7440-048-3

NEŠPOR, Karel. Kolik je v České republice alkoholiků?. *.Sestra* [online]. 2009, č. 3 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kolik-je-v-ceske-republice-alkoholiku-415956>

NEŠPOR, Karel. *.Návykové chování a závislost*. 4.aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

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

NĚMCOVÁ, Jitka, a kol. *Skripta k předmětům: Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň : Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí*. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-820-9.

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987. ISBN nevedeno

SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III*. Praha : GradaPublishing, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.

ŠAMÁNEK, Milan a Zuzana URBANOVÁ. *Když víno léčí*. Praha : Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-972-5

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Průvodce partnerským vztahem*. Praha : GradaPublishing, 2008. ISBN 978-80-247-2054-8.

Internetové zdroje: dostupné na WWW:

<http://www.alkoholik.cz/zavislost/historie/index.html>

Internetové zdroje: dostupné na WWW: <http://mzcr.cz>

PŘÍLOHA A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacientky závislé na alkoholu v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Podpis