

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KLÁRA ŠOLAROVÁ**

**Praha 2014**

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU**

Bakalářská práce

KLÁRA ŠOLAROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2014



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

**Šolarová Klára**  
**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 pacienta se závislostí na alkoholu

*Comprehensive Nursing Care Addicted for Patients 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 ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, PhDr. Janě Hlinovské, Ph.D., za svou ochotu, znalosti, typy a zkušenosti, díky kterým mi pomohla zpracovat tuto bakalářskou práci.

## ABSTRAKT

ŠOLAROVÁ Klára. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta se závislostí na alkoholu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. Praha. 2014. 44 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta se závislostí na alkoholu. V úvodu je obsažen celkový pohled na alkohol a jeho problematiku, která vede k mnohým negativům. Je zmíněna i léčba, zejména kde a jakým způsobem se závislý může léčit. V dalších kapitolách navazujeme na historii, vztah člověka k alkoholu a samozřejmě v práci nechybí ani závislost jako taková, diagnostika, léčba a celkové negativní účinky alkoholu na zdraví. Ve druhé části naší bakalářské práce je popsán ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na alkoholu. V této části se seznámíme s určitým pacientem, u kterého následně sestavíme ošetrovatelský proces podle koncepčního modelu Johnsonové. Teoretická část byla vypracována především z odborných publikací.

Klíčová slova

Abúzus. Alkohol. Pacient.

## ABSTRACT

ŠOLAROVÁ, Klára. *Comprehensive Nursing Care for Addicted Patients to Alcohol*. Medical Collage, o. p. s. Prague 5. Degree: Bachelor (Bc). The supervisor: Dr. Trainer. Jana Hlinovská, PhD. Prague 2014. 44 Pages.

The topic of the bachelor's thesis is a complex care for an addicted patient to alcohol. The introduction of the bachelor thesis includes a general view of alcohol and its problem, which leads to many disadvantages. It also mentions treatment, especially where and how to treat addicted people. At the end of this part contains the history, man's relationship to alcohol at work, addiction, diagnosis, treatment and overall negative impact of alcohol on health. The second part of the bachelor's thesis describes the nursing process for addicted patients to alcohol. This part introduces the nursing process for a particular patient according to the conceptual model of Johnson. The theoretical part was drawn primarily from professional publications.

Key words:

Abuse. Alcohol. Patient.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1 ALKOHOLISMUS</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 ČLOVĚK A ALKOHOL</b> .....	<b>11</b>
1.1.1 STADIA OPILOSTÍ .....	11
1.1.2 ZDRAVOTNÍ RIZIKA.....	11
<b>2 ZÁVISLOST</b> .....	<b>12</b>
2.1 VZNIK ZÁVISLOSTI.....	13
2.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI A JEJÍ PROJEVY .....	13
2.3 PREVENCE ZÁVISLOSTI .....	16
<b>3 KLASIFIKACE ALKOHOLISMU</b> .....	<b>17</b>
<b>4 ALKOHOL A JEHO NEGATIVNÍ ÚČINKY NA ZDRAVÍ</b> .....	<b>19</b>
4.1 INTOXIKACE .....	19
4.2 SOMATICKÉ NÁSLEDKY ALKOHOLISMU .....	20
4.3 PSYCHICKÉ KOMPLIKACE.....	21
<b>5 DIAGNOSTIKA</b> .....	<b>23</b>
<b>6 LÉČBA</b> .....	<b>24</b>
<b>7 KONCEPČNÍ MODEL DOROTHY E. JOHNSON</b> ..	<b>27</b>
<b>8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU</b> .....	<b>28</b>
8.1 KAZUISTIKA .....	28



<b>8.2 HODNOCENÍ PACIENTA PŘI PRVNÍM KONTAKTU..</b>	<b>29</b>
.....	
<b>8.3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....</b>	<b>32</b>
<b>8.4 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY.....</b>	<b>32</b>
<b>8.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MODELU DOROTHY E. JOHNSON ZE DNE 28.1.2014.....</b>	<b>36</b>
<b>8.6 SITUAČNÍ ANALÝZA.....</b>	<b>41</b>
<b>8.7 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU.....</b>	<b>41</b>
<b>8.8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>48</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

# ÚVOD

V České republice (dále jen ČR) se počet lidí, kteří rizikově pijí, odhaduje zhruba na více než půl miliónu a patříme k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu v Evropě. Alkohol je obrovský problém a je dost často bohužel podceňován. Tento problém na sebe váže mnoho negativ a to zejména značnou kriminalitu, násilí, rozvodovost a může vyvrcholit až do chronických i smrtelných onemocnění.

V protialkoholních léčebnách, psychiatrických klinikách a poradnách probíhá léčba s terapií. Závislý se může léčit ambulantně, nebo být hospitalizován. Hlavní problém a překážkou pro úspěšnou léčbu je odhodlání samotného jedince, ale i fakt že, na léčbu může dlouhou dobu čekat. Doživotní abstinence je velmi důležitá po protialkoholní léčbě, pokud ji jedinec nedodrží, je velmi pravděpodobná recidiva.

Cílem práce je informovat společnost a seznámit ji s touto problematikou a celkovým ošetrovatelským procesem. Toto téma bylo zvoleno z toho důvodu, že s alkoholem se setkáváme každý den a je to problém skoro každé věkové skupiny obyvatelstva. Údaje, které jsou nebo byly k dispozici, svědčí o tom, že hranice 18 let, kdy je v ČR povoleno konzumovat alkohol, se nedodrží a to ve většině případů ani rodiči dětí. Tyto fakta, které vyplynuly z průzkumu o alkoholu a jiných drogách v ČR z roku 2007 dokázaly, že zkušenosti s alkoholem má skoro polovina dotázaných 16 letých studentů v ČR.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje historii, charakteristiku závislosti, prevenci alkoholismu, dále negativní účiny alkoholu na zdraví jak somatické, tak i psychické, diagnostiku a léčbu.

V praktické části je u vybraného pacienta popsána ošetrovatelská anamnéza, jeho ošetrovatelský plán a diagnózy. Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen koncepční model Dorothy E. Johnson.

„Nic nezavinilo tolik starostí, tolik chorob a bídy jako požívání alkoholu.“  
Charles Darwin

# 1 ALKOHOLISMUS

## HISTORIE

V této části bakalářské práce se seznámíme s tresty za užívání alkoholu a také s jeho dalším využitím. I tady platí pravidlo, co kraj to jiný mrav. Někde alkohol považují za elixír života a léčí jim třeba nespavost, někde je naopak považován spíše za zkázu lidstva. Účinky kvašených nápojů lidé objevili před mnoha tisíci lety a postoje lidské společnosti k alkoholu se měnily dle doby, kultury a soudobých názorů. První surovinou, pro výrobu požitelného etanolu byl med. Poté přišlo na řadu víno, kdy Řekové začínali pěstovat vinnou révu. U Řeků je považován za boha vína Dionýsos, u Římanů tuto roli zaujímá Bakchus.

- V Mezopotámii kolem roku 1700 před Kristem (dále jen př. Kr.) bylo v paragrafu 110 popsáno: Kněžka, která nebydlí v chrámu a otevřela by datlové víno a pila by, má být tato žena upálena.
- V Číně roku 1220 př. Kr. byla určena smrt každému, kdo byl přistižen opilý.
- V Indii byla vyhnána žena, která byla přistižena v opilosti a do kůže ji byla vypálena žhavým tělesem podoba nádoby, z níž alkohol vypila.
- Za vlády Karla Velikého byli opilci trestáni, pokud v pití pokračovali dále, byli popraveni.
- Nezapomínalo se ani na otroky. Byli nuceni pít alkohol a poté sloužili jako odstrašující případ pro mládež: tímto stylem a na účet otroků si měli vytvořit mládežníci k alkoholu odpor.
- Islámský prorok Mohamed konzumaci alkoholických nápojů zakázal úplně.
- Ten, kdo byl v Athénách přistižen opilý, byl odsouzen k smrti.

Na bitevních polích se víno často využívalo jako lék pro čištění ran. Alkohol se používal i jako lék na nespavost, pročištění střev a k mírnění bolesti při menších

operací a trhání zubů. Měl zlepšovat plodnost žen a sloužil jako protijed po hadím uštknutí ([www.alkoholik.cz/zavislost](http://www.alkoholik.cz/zavislost)).

## **1.1 ČLOVĚK A ALKOHOL**

Pro zdravého a dospělého člověka je bezpečné množství podle expertů Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) asi do 20 miligramů 100% lihu za den. To znamená 16 gramů pro ženu a 24 gramů pro muže, což je do půl litru piva, 200 mililitrů vína, nebo 50 mililitrů destilátu.

Obsah alkoholu v nápojích: 10° pivo obsahuje asi 2 %, 12° pivo něco kolem 3 až 4 %. Víno obsahuje většinou 10 – 18 % alkoholu a destiláty 40 % i více.

### **1.1.1 STADIA OPILOSTÍ:**

- Excitační - po menších dávkách alkohol způsobuje tendenci k prosazování se, větší hovornost, oslabení opatrnosti, slovní nebo fyzickou agresi.
- Somnolentní - útlum a spavost.
- Komatózní - stav bezvědomí.
- Asfyktické - dušení z důsledku zástavy dechového centra, které se nachází v prodloužené míše.

### **1.1.2 ZDRAVOTNÍ RIZIKA**

„Vlivem alkoholu roste např. riziko úrazů, dopravních nehod, po vyšších dlouhodobě přijímaných dávkách je oslabena imunita (roste riziko infekce a nádorů). Časté jsou jaterní nemoci a další choroby trávicího systému, po dlouhodobě přijímaných vysokých dávkách se mohou objevovat duševní poruchy a poruchy paměti“ (NEŠPOR, PROVAZNÍKOVÁ, 1999, s 8 - 9).

## 2 ZÁVISLOST

Definici vytvořila WHO a závislost je to, co odpovídá definici závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí.

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, kognitivních a behaviorálních jevů, v nichž užívané nějaké látky, nebo třídy látek má u daného jedince daleko větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je často silná až přemáhající touha užívat psychoaktivní látky, (ať už se jedná o látky volně dostupné, nebo o ty, co jsou pouze na lékařský předpis), alkohol nebo i tabák. Po období abstinence a k opětovnému návratu užívání látky, vede často k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje. Pro vznik recidivy, stačí pouhý týden opětovného abúzu návykové látky. „Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek“ (NEŠPOR, 2011, s 10). U mladých lidí a dětí se alkohol odbourává pomaleji. Dospívající lidé a děti mají menší tělesnou hmotnost a podstatně rychleji si tato skupina lidí vytváří závislost. Obvykle by se měla definitivní diagnóza stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo i více z následujících znaků:

- Silná touha nebo pocit puzení užít látku.
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky.
- Tělesný odvykací stav: látka je užita s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním stejné látky, eventuálně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tuto látku. K zmírnění odvykacího stavu se také někdy užívá příbuzná látka s podobnými účinky.
- Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.

- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího působení.
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků jako je poškození jater nadměrným pitím, depresivními stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.

## 2.1 VZNIK ZÁVISLOSTI

Vzniká vzájemným působením různých systémů, které se mohou týkat jednotlivce a jeho vrstevníků, celé rodiny, školy, sdělovacích prostředků i životního prostředí. V těchto systémech lze vysledovat faktory, které toto riziko zvyšují, ale i faktory ochranné.

„Psychická i fyzická závislost se rozvíjí většinou simultánně, i když se jednotlivé látky navzájem liší kvantitativní mírou svého potencionálu k vyvolání obou závislostních složek“ (KALINA, et al., 2008, s 55).

## 2.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI A JEJÍ PROJEVY

Craving, bažení- silná touha nebo pocit puzení užívat látku.

Některé objektivní projevy při psychickém bažení:

- Oslabení paměti.
- Snížení kožního galvanického odporu. Vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty.
- Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku.
- Vyšší salivace u závislých na alkoholu.
- Zhoršení postřehu, prodlužuje se reakční stav.

Některé uvedené změny se kryjí s příznaky stresu. Nepříjemné je to, že bažení zhoršuje kognitivní funkce a to i schopnost správně se rozhodovat. Bažení je spíše

subjektivní příznak, kdežto zhoršené sebeovládání se týká chování a to se dá poměrně dobře objektivně sledovat.

### **Zhoršené sebeovládání**

Lidé trpící silným bažením, mohou mít zachované sebeovládání, ale to platí i bohužel naopak. Lidé, kteří si bažení přímo neuvědomují, se mohou přestat ve vztahu k návykové látce ovládat, i když nepocítují silné bažení. Špatné sebeovládání se typicky projevuje v následujících znacích:

- Pacient si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce.
- Malé sebeuvědomění může souviset s nadměrnou únavou a dlouhodobým vyčerpáním.
- Někteří jedinci mohou sklon k bažení popírat a potlačovat jej. Tady vzniká úzkost, která bažení ještě zesílí a dále oslabí sebeovládání.
- Zhoršit sebeuvědomění může návyková látka a to i jiná, na které není člověk závislý.
- Odvykací stav.

### **Odvykací stav**

Ten představuje skupinu různých projevů, které jsou vyvolány sníženým užíváním návykové látky, nebo úplným přerušением její spotřeby. Projevy se u každé návykové látky liší. Rozlišujeme je na psychické a somatické. Mezi psychické řadíme např. celkovou emoční labilitu, podrážděnost s možnou agresí, která se může projevovat např. nadávkami, vulgarismy, nonverbálními projevy, rozbíjením předmětů i napadáním jiných osob. Dále se může projevit deprese, mohou se vyskytnout i bludy a halucinace. Somatické příznaky zahrnují: pocení, třes, epileptický záchvat, průjem, celkovou nevolnost se zvracením a poruchy spánku, třes víček, jazyka nebo prstů. Proto, aby mohl být odvykací stav diagnostikován, musí splňovat alespoň 3 projevy, které jsme si nyní vyjmenovali.

## **Růst tolerance**

Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je potřeba vyšších dávek látky, nebo že stejná dávka má nižší účinek.

## **Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů**

Je to velmi důležitá a často se vyskytující známka závislosti. Tento jev zabírá desítky hodin týdně pro sehnání, aplikaci a zotavení se z dané látky a tudíž z nedostatku času věnovat se jiným činnostem a povinnostem. Po skončení léčby je tento čas nutný vhodně vyplnit, ale ne jen prací, musíme dbát na regeneraci sil a udržování celkové odolnosti organismu vůči vnějším vlivům.

## **Pokračování užívání přes jasný důkaz škodlivých následků**

Aby byl tento příznak diagnosticky platný, musí být pacient o škodlivých následcích informován.

Nyní si předzvíme statistické kódy, které jsou dané a charakterizují závislost na určité návykové látce:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 závislost na opioidech
- F12.2. závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích
- F14.2. Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na jiných stimulantcích 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.



## **2.3 PREVENCE ZÁVISLOSTI**

### **Primární prevence**

Bere si za cíl odradit nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Primární prevence má podpořit zdraví jedince. Měla by rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální celistvosti člověka, na celou společnost by měla působit rozlišně, hlavně se zaměřením na cílové skupiny, jako jsou děti alkoholiků a těm, co nadměrně pijí alkoholické nápoje. Patří sem několik předpokladů, které se rozdělují do biologických předpokladů, psychologických, sociálních a spirituálních předpokladů. Mezi biologické patří: pohyb, zdravý životní styl, prevence úrazů, včasná léčba nemocí a jiné. Psychologické předpoklady: otevřená komunikace, asertivita, zvládání volného času. Sociální předpoklady zahrnují starost a péče o společenskou integritu, předávání zkušeností a poznatků dětem a další. Spirituálním předpokladem je zejména daný smysl života a uznávání duchovní autority i hodnoty.

### **Sekundární prevence**

Zaměřuje se na předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo jsou na ní závislí. Do této skupiny se řadí také předpoklady biologické, psychologické, sociální a spirituální. Aby léčba dosáhla úplné údravy jedince, je potřeba aby obsahovala nástroje a celkové techniky na všech čtyřech předpokladech. Jako velkou podporou celého léčebného procesu je považována jóga a jiné meditační cvičení.

### **Terciální prevence**

Terciální prevence předchází vážnému nebo trvalému a sociálnímu poškození z užívání drogy. Patří sem resocializace nebo sociální rehabilitace u pacientů, kteří prošli léčbou k abstinenci či se zapojili do substituční léčby. U osob, kteří látku stále užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, se terciální prevence zaměřuje na snížení zdravotních rizik. Mezi biologické předpoklady hlavně patří péče o své zdraví. Psychologická pomoc se zaměřuje především na prevenci recidivy, rodinnou terapii a další individuální nebo skupinové terapie. (KALINA, et al, 2008)

### 3 KLASIFIKACE ALKOHOLISMU

„Dlouhotrvající nadměrné pití způsobuje adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu. Důsledkem této adaptace je snížená odpověď na původně účinnou dávku - vzrůst tolerance, což vede ke stupňování dávek a později k rozvoji syndromu odnětí drogy“ (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011, s 14).

Nyní si představíme stádia závislosti, které sestavil Dr. Jellinek:

#### 1. Iniciální, počáteční stádium

Od svého okolí se pitím budoucí pacient neliší navenek a nijak zvláště neporušuje dané společenské normy. Jen on sám by mohl předpokládat, že kvůli psychotropním účinkům alkoholu pije a díky tomu se cítí daleko lépe, než kdyby byl střízlivý. Po požití alkoholu, dokáže zvládat bolestné až neřešitelné situace a na déle pije proto, že pro vyřešení svého problému nedokáže najít jinou cestu.

#### 2. Prodromální, varovné stádium

Pro vyvolání úlevného až příjemného pocitu je nutná vyšší hladina alkoholu, která se projevuje zjevnou opilostí. Jedinec vyhledává příležitosti k pití, protože se poté cítí ve formě. Proto, aby dosáhl žádoucí hladiny, musí pít daleko rychleji, než jeho okolí a také si uvědomuje, že jeho chování vůči alkoholu může být nápadné a tak začíná s pitím potajnu a za své činění pocituje stud. Může vzniknout okénko, kdy si jedinec nepamatuje průběh intoxikace. Okénka jsou známky konce stádia druhého a začátky třetího stádia. V prvním a druhém stádiu se nejedná o chorobu, ale řadíme je do předchorobí.

#### 3. Krucální, rozhodné stádium

Tolerance nadále roste a bez patrné intoxikace pacient snese vysoké dávky alkoholu. Hladina vnímána pacientem za příjemnou, splývá s hladinou, kdy je viditelně opilý. V tuto chvíli se alkohol stal součástí metabolických dějů a reakce na jeho určitou dávku se v organismu změnila. Jedinec se snaží krátkodobě abstinovat, ale bezúspěšně. Osobnost pacienta se začíná měnit a negativní stránky osobnosti vyplouvají čím dál více na povrch a zesilují. Do dnes čestný a spolehlivý člověk lže, podvádí a je zlý. Kvůli

jeho vztahovačnosti se stupňují i konflikty s okolím. Následuje i zhoršování zdravotního stavu, protože většina pacientů zanedbává správnou výživu.

„Většina pacientů v tomto stádiu léčbu nevyhledává a pije dál. Stoupající frekvence opilostí dosáhne stavu, kdy pacient je více dnů v týdnu opilý, než střízlivý. Tímto také končí třetí stadium a přichází stádium poslední, konečné“ (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011, s 18).

#### **4. Terminální, konečné stádium**

Po vystřízlivění je patrný nepříjemný stav a tak pacient tento pocit léčí další dávkou drogy. V tuto chvíli nemusí zůstat u pití jen alkoholických nápojů, ale pije i jiné chemické prostředky, které obsahují etanol. V tomto stádiu klesá tolerance a to z důvodu vyčerpání organismu a poškození jater, ale ty nejsou jediným poškozeným orgánem, objevuje se poškození slinivky břišní, trávicího systému, oběhového i nervového systému. V této fázi nastává úpadek osobnosti a jediným požadavkem v životě je obstarání si drogy. Třetí a čtvrté stádium může být příčinou chronifikace chorob, vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu.

## **4 ALKOHOL A JEHO NEGATIVNÍ ÚČINKY NA ZDRAVÍ**

Jak je všeobecně známo, alkohol je pro lidský organismus škodlivý. Způsobuje mnoho zdravotních komplikací, ať už se jedná o komplikace somatické, nebo psychické. I když se je volně prodejný, patří mezi legální drogy a je rozšířen po celém světě. Nejčastěji se aplikuje ústy a jeho účinek se odvíjí na dávce, ale i tělesné zdatnosti. V následujících podkapitolách si představíme intoxikaci, její rozdělení a léčbu, budeme se zabývat i somatickými a psychickými poruchami, které si také podrobněji vysvětlíme.

### **4.1 INTOXIKACE**

Intoxikace je velmi rozsáhlá problematika, které rozumíme jako škodlivému působení látek na lidský organismus působením chemických, živočišných, bakteriálních nebo i jiných jedů. Suicidální intoxikace je nejběžnější intoxikací u dospělých a je způsobená více prostředky, a to těmi, které jsou běžně dostupné. Zpravidla jsou způsobeny léky a v polovině případů se podílí již námi zmiňovaný alkohol.

#### **Rozdělení intoxikace:**

- Časový průběh- akutní, subakutní a chronická.
- Endogenní, exogenní.
- Podle příčin- suicidální, náhodné, kriminální a profesionální.

#### **Léčba intoxikace**

K resuscitační péči jsou indikována postižení, kdy škodlivina způsobila, nebo může způsobit selhání vitálních funkcí. Důležitá je také délka expozity a toxikace látky, nebo eliminace postupu.

#### **Přednemocniční fáze**

Tato fáze je velmi důležitá a někdy rozhodující pro včasnou terapii. Při bezvědomí nejasného původu je při diagnostice potřeba pomýšlet na intoxikaci a od začátku hledat o jakou jde látku, nebo jaké množství intoxikaci

způsobilo a jakou cestou k intoxikaci došlo. Důležité je také především vyloučit traumatické poranění mozku. V první fázi zabráníme dalšímu přijímání jedu a to co nejdříve, dále se budeme věnovat stabilizaci vitálních funkcí. Při této přednemocniční fázi je možné podat antidota - protijedy. Ty u intoxikovaného působí proti látce, která intoxifikaci způsobila. Poté se pacient převezí na pracoviště, které je schopno zajistit a léčit jeho akutní stav a to v celém rozsahu intoxikačního traumatu.

### **Nemocniční fáze**

Probíhá dokončení diferenciální diagnostiky. Zajistí se toxikologické vyšetření. Invazivní zajištění se provede podle stavu postižení. O způsobu eliminace se rozhodne podle typu intoxikace a klinické symptomatologie (BRUNNEROVÁ, 2006).

## **4.2 SOMATICKÉ NÁSLEDKY ALKOHOLISMU**

V této kapitole se zaměříme na přehled těch nejčastějších komplikací. Alkohol je hlavní příčinou předčasné smrti a morbidity. Zneužívání alkoholu je spojeno jak fyzickými tak i s psychickými problémy. Jaterní, neurologické, gastrointestinální a dermatologické problémy patří mezi nejčastější.

Nemoci, které jsou vyvolané alkoholem, mají některé zvláštnosti od těch, které jsou způsobeny jinými faktory. Tyto somatické následky mohou být daleko vážnějším problémem, než závislost sama. Během vysazení alkoholu může dojít k úpravě vážných somatických poruch a to i bez zahájené medikace. Míra poškození se odvíjí od množství užívaného alkoholu, frekvence a celkového trvání abúzu, ale také od genetické dispozice a již prodělaných onemocnění.

Jako prvním poškozeným orgánem bývají játra. Poškození hepatocytů, způsobuje acetaldehyd, který vzniká oxidací alkoholu. Při abúzu alkoholu se setkáváme s jaterní steatózou, která je způsobena hromaděním lipidů v hepatocytech. Játra jsou zvětšená, ale pokud nedojde k nadměrnému zvětšení jaterního pouzdra, pacient nemusí pociťovat žádné obtíže. Při správné životosprávě a abstinenci se steatóza sama od sebe vyhojí. Pokud abúzus stále přetrvává, dochází k jaterní fibróze.

Zvracení, žloutenka, bolesti v nadbřišku a horečka jsou známky akutní alkoholické hepatitis, která se může rozvinout po alkoholovém excesu a dále může

způsobit krvácivé projevy, otoky a ascites. Je třeba včas zahájit léčbu, jelikož může vyvrcholit v jaterní selhání a úmrtí. Dalším onemocněním jater je jaterní cirhóza. Je charakteristická uzlovou přestavbou jater a následnou dysfunkcí. Sama může mít za následek karcinom jater, jaterní selhání a smrt. Závažnou komplikací bývá krvácení z jícnových varixů.

Dalším orgánem, který trpí nadměrným užíváním alkoholu je pankreas. Setkáváme se s chronickou nebo akutní pankreatitidou a s poruchami sekrece inzulinu.

Není ušetřen ani trávicí systém a to od úst až po konečník. Alkohol způsobuje překrvení sliznic a tím i větší riziko vzniku infekce, zánětů, ztenčení sliznice a může vést ke vzniku zhoubných nádorů.

### **4.3 PSYCHICKÉ KOMPLIKACE**

„Psychické onemocnění s užíváním drog se velmi často vyskytují společně a negativně se ovlivňují. „Každá alkoholická psychóza je důsledkem dlouhodobého zneužívání alkoholu a musíme ji považovat za vážnou chorobu, která zpravidla zanechává na psychice postiženého trvalé stopy“ (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011, s 82).

#### **Delirium tremens**

Patří k nejznámějšímu zástupci ve skupině poruch deliria. U pacientů mezi 30. a 50. rokem se vyskytuje nejčastěji, ale není ani výjimkou u mladších pacientů. Rozvoj deliria tremens je typický po 48-72 hodinách od přerušení nebo redukci příjmu alkoholu, ale může nastat i později a to až po 7-10 dnech po jeho vysazení. Několik hodin po přerušení pití mohou nastat projevy, které předcházejí rozvoji deliria a jsou to: tachykardie, nervozita, pocení, úzkost, třes končetin, podrážděnost, neklid, nespavost i děsivé sny. Po těchto příznacích a to nejčastěji v noci se objevují zrakové halucinace, pacient je dezorientován časem i místem, ale orientace osobou bývá zachována. Velmi nepříjemné mohou být i sluchové halucinace a iluze, ale ty jsou méně časté. Pacient je v průběhu ohrožen pádem a následnými úrazy, edémem mozku, oběhovým nebo i respiračním selháním a dalšími riziky. Delirium trvá většinou 3 až 6 dní a je zakončeno spánkem.

### **Alkoholická Halucinóza**

Sluchové halucinace a pocit pronásledování jsou typickými znaky alkoholické halucinózy. „Halucinóza často nasedá na noční děsy, nebo je uváděna hrůznými sny přetrvávajícími do doby probuzení na rozhraní mezi spánkem a bděním“ (HELLER, PECINOVSKÁ, 2001, s 80). S porovnáním s delíriem jsou somatické projevy daleko mírnější. Akutní halucinóza může trvat 3-10 dní, ale několik měsíců mohou doznívat.

### **Alkoholická paranoidní psychóza**

Je provázena bludy pronásledování, nevěry, vztahovačností i žárlivostí. U mužů je výskyt častější. Poruchy vnímání a myšlení jsou klinicky přítomny. Terapie této psychózy musí být dlouhodobá, farmakoterapie se ukazuje být prospěšná společně s psychoterapií, samotná nebývá dostatečně úspěšná.

### **Korzakova psychóza**

Objevuje se kolem 50. roku věku a zpravidla po abúzu destilátů. U žen se vyskytuje daleko častěji. Porucha krátkodobé paměti bývá typickým příznakem a výmysly, které si pacient sám vymyslí a věří jim, vyplňují mezery v paměti.

### **Alkoholická demence**

Dostavuje se kolem 50. roku věku i dříve, je způsobena abúzem alkoholu a tím se liší od demence stařecké.

## 5 DIAGNOSTIKA

Tento proces je velice obtížný a nelze stanovit diagnózu pouze jedním vyšetřením. Ženy se více stydí za své problémy než muži a udávají jen své duševní potíže, bez toho, aby přiznaly, že zneužívají návykové látky. Hlavní roli především hraje sociální postavení a tak psychiatrická diagnóza je vhodnější, než diagnóza závislosti. Pro úspěšnou diagnostiku existuje několik základních požadavků. To vše je důležité pro navození odpovídajícího a realistického léčebného postupu.

- Psychologické vyšetření, které se zaměřuje na osobnost pacienta a na jeho schopnosti.
- Sociální a sociálně – právní zhodnocení stavu a situace, ve které se pacient nachází.
- Anamnestické údaje, ve kterých nesmí chybět rodinná anamnéza a celkový průběh dané nemoci.
- Toxikologické, biochemické vyšetření krve i moče a celkové vyšetření tělesného stavu.
- Kontrola doby abstinence a přehled o časovém odstupu poslední intoxikace
- Spolupráce a ochota pacienta.

Kvalitní diagnostika je časově a finančně náročná, ale bez ní však není možné zahájit kvalitní léčbu (KALINA, et al., 2008).



## 6 LÉČBA

Některé postupy se osvědčily při léčení závislosti na alkoholu, ať léčba probíhá jakkoliv. Následující prvky může léčba zahrnovat:

- Tělesné vyšetření a léčbu tělesných i duševních obtíží.
- Psychoterapie- probíhá individuálně, nebo ve skupině. Cílem je pomoci psychologickými prostředky a překonat jak problémy duševní, tak i životní a napomoci sebezpoznání i pochopení druhých.
- Léčebný klub - „V jeho rámci se setkávají lidé, které spojuje snaha překonat problémy s alkoholem. Odborník na léčbu závislostí zde bývá obvykle přítomen. Účastí na klubu se člověk utvrzuje ve zdravém způsobu života a zároveň pomáhá druhým. Spolupráce a spoluúčast členů rodiny je většinou vítána“ (NEŠPOR, 2006).
- Relaxační techniky a jóga - pomáhají při zvládání stresu, únavy a zátěže.
- Antabus - byl v roce 1948 zaveden do léčby dánskými vědci. Zarudnutí spojivek, bušení srdce, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, změny krevního tlaku a mdloby jsou typickými reakcemi po požití alkoholu při dostatečném množství látky v těle. Antabus pomáhá těm, co chtějí s pitím přestat, nebyl stvořen proto, aby lidi za jejich činnost trestal. Při léčbě tímto lékem si jedinec vytvoří zdravější návyky a způsoby, jak překonat obtížné situace.
- Rodinná nebo manželská terapie - tato terapie je velmi důležitá, dokáže motivovat pacienta k samotné léčbě, ale hlavně celou léčbu úspěšně dokončit. Pokud má rodina pocity studu, výčitky ze selhání rodinné role nebo se členové rodiny sebeobviňují, má tato terapie významnou roli i pro ně.
- Terapeutická komunita - zde je aktivní podíl všech pacientů. Každodenně spolu komunita spolupracuje a předává si různé informace nebo i zkušenosti. U závislých pacientů se ale musí dbát na kázeň.

- Cvičení, běh, turistika apod. Dostatečná tělesná aktivita zlepšuje náladu, kondici a zároveň si jedinec vytváří zdravější způsob života.
- Arteterapie – zde se využívá výtvarná činnost. Mělo by docházet k celkovému posílení vědomí osobní identity a osobnostních sil. Je k dispozici mnoho metod, které mají za úkol např. aktivovat tvořivý potenciál osobnosti, harmonizovat lidskou psychiku a třeba i zdokonalovat komunikativní schopnosti.

Ambulantní léčba - tato léčba nevyžaduje pracovní neschopnost a probíhá ve specializovaných zařízeních. Ordinační hodiny těchto poraden jsou většinou přizpůsobeny tak, aby je lidé mohli navštěvovat i po jejich pracovní době. Je velice praktická ale s omezeními. V ambulantních zařízeních nabízejí individuální terapii, ale umožňují i psychoterapeutické skupiny, někdy pracují i s rodinami nebo organizují socioterapeutický klub.

Ústavní léčba - je nutná u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu. S léčbou důsledků pití do jisté míry může pomoci i oddělení interní, neurologické a psychiatrické. V některých zařízeních bývá délka léčby pevně stanovena, jinde se tím a pacient dohodnou individuálně. Následující kritéria jsou užitečná při stanovení délky léčby:

- Stav při přijetí- čím horší, tím delší léčba
- Životní situace- čím horší, tím delší léčba
- Délka předchozí abstinence a trvání recidivy
- Duševní a tělesná kondice
- Schopnost využívat možností ambulantního léčení

Zdravotní komplikace, které mohou při léčbě nastat, se v ústavní léčbě daří zvládat bezpečněji a i samotná léčba bývá úspěšnější, protože se paralelně využívá více postupů jako je třeba skupinová terapie, principy terapeutické komunity, rodinná terapie, relaxační techniky a dále.

## **Role zdravotní sestry**

Zdravotní sestry ve všech zdravotnických zařízeních by měly mít natolik informací o daném problému, aby byly schopny zajistit jasné a přesné informace a podporovat pacienty k udržení bezpečné spotřeby alkoholu. Sestry mohou hrát hlavní roli při zlepšování zdraví a pohody veřejnosti.

Sestra na oddělení závislostí by měla mít schopnost především navodit a udržet optimismus, který je pro léčbu důležitý. Ten lze navodit pomocí komunikačních dovedností a dává jednotlivcům důvěru a motivaci pro tuto těžkou životní situaci a změnu životního stylu (LITTLEJOHN, et al., 2008).

Dále by se měla sestra zaměřit na řádně sepsané a realizované plány péče, které usnadňují celkovou komunikaci mezi celým týmem, který léčebný plán realizuje. Nesmí se podceňovat nebo zanedbávat subjektivní informace pacienta, do kterých zahrnujeme stížnosti pacienta a jeho blízkých. Objektivní údaje sem také patří. Po ukončení léčby je povinností naplánovat se samotným pacientem i jeho rodinou následující terapii, která je nezbytná pro dosažení optimálního stavu a cíle.

## 7 KONCEPČNÍ MODEL DOROTHY E. JOHNSON

V této poslední kapitole teoretické části si představíme koncepční model, který sestavila Dorothy E. Johnson.

Jedná se o behaviorální model, kde ošetrovatelským cílem je rovnováha a dynamická stabilita daného pacienta. Hlavním cílem a rolí zdravotní sestry je dohlížet a zajistit stabilitu s vyvážeností behaviorálního systému pacienta, který je tvořený následujícími subsystemy: shromažďování, úspěch, závislost, agresivity, vylučování, příjem potravy a sexualita.

Všechny tyto subsystemy spolu musí navzájem souviset a každý z nich musí být chráněný, podporovaný a stimulovaný. Pokud v nějakém z uvedených subsystemů je patrná nerovnováha, jsou vyvolány poruchy zdraví.

„Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na zaměření zavedených vnějších regulačních mechanismů, na změně strukturálních jednotek organismu, na splnění funkčních potřeb, na pomoci při regulaci subsystemů rovnováhy organismu“ (ARCHALOUSOVÁ, 2003, s 27).

Cílem ošetrovatelské péče je opětovná rovnováha, odstranění stresorů a především podpora pacienta a jeho obranných schopností, kdy výsledkem ošetrovatelské činnosti je změna dosavadního chování pacienta k lepšímu.

Tento model se aplikuje především u pacientů s drogovou závislostí, kuřáků, poruch příjmu potravy a dalších psychiatrických onemocnění (ARCHALOUSOVÁ, 2003).

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

Sběr dat pro praktickou část byl uskutečněn od 28.1.2014 v Psychiatrické nemocnici Bohnice (dále jen PNB) v Praze. Pro vypracování práce bylo nutné oslovit a požádat Etickou komisi PNB. Žádost obsahovala název instituce, pro kterou práce vznikala, obsah bakalářské práce a základní metody práce. Pro vypracování ošetřovatelského procesu bylo nutné oslovit pacienta s potřebnou diagnózou a dále byly použity metody: rozhovor s pacientem a ošetřujícím personálem, náhledem do dokumentace a pozorováním nemocného.

Informace byly zaznamenávány pomocí poznámek a pro dodržení dokonalého soukromí probíhaly rozhovory v terapeutických místnostech. Pacient byl předem informován o účelu rozhovoru.

Po zaslání žádosti tajemníkovi etické komise Mgr. Janu Pomykaczovi, bylo toto svolení povoleno.

### **8.1 KAZUISTIKA**

Pacient D. W. nastoupil na oddělení závislostí překladem z detoxikačního oddělení, kam nastoupil dobrovolně v doprovodu manželky, která ho přivezla po dalším pijáckém tahu. Tato pacientova hospitalizace je jeho první, dříve žádnou ambulantní léčbou neprošel. Párkrát byl u svého praktického lékaře, který mu léčbu doporučil, ale nikdy se nikam nedostavil. Na detoxikačním oddělení strávil 6 dní, od 22.1.2014.

Rodinný stav: ženatý, 2 děti

Zaměstnání: pracuje jako mechanik pro armádu ČR

Sociální zázemí: bydlí v rodinném domě, nyní jen s jeho matkou, manželka a syn se nedávno odstěhovali.

Příjem na oddělení: 28.1.2014

Čas: 9:30

## 8.2 HODNOCENÍ PACIENTA PŘI PRVNÍM KONTAKTU

Dieta: 4, šetřící

Pulz: 70´

Krevní tlak: 130/70 mm/Hg

Hmotnost: 90 kg

Výška: 185 cm

TT: 36, 9°C

Psychoterapie byla naordinovaná individuální a skupinová.

Při příjmu byl klidný, spolupracoval, byl orientovaný časem i místem. Se základními principy Léčebny byl seznámen a souhlasil se zařazením do léčby a s odběrem na HIV. Souhlasil s pozváním rodiny na rodinnou terapii. Souhlasil s tím, že do jeho dokumentace mohou nahlížet osoby v rámci PNB, které zde získávají způsobilost k zdravotnickému povolání. Při příjmu byly pacientovi změřeny fyziologické funkce a odebrán biologický materiál k laboratornímu vyšetření.

Pracuje jako mechanik u armády ČR. S alkoholem měl problémy už dříve, ale nikdy nepodstoupil žádnou léčbu, chtěl to zvládnout sám. Většinou pil jen o víkendech a to především pivo. Později k tomu začal přibývat i tvrdý alkohol. Nikdy nepil v týdnu, nebo v pracovní době. To by si nedovolil. Nyní pije pivo ve velkém množství spolu s tvrdým alkoholem poměrně každý den, ne jen o víkendech.

Udávané dávky: pivo- ve všední den asi 6, o víkendech až 12 piv, tvrdý alkohol - ve všední den 4-5 panáků, o víkendech vypije i klidně celou lahev.

V pracovní době nikdy alkohol neužil. Vždy až po skončení pracovní doby. V týdnu šel domů a pár lahví si otevřel, když byl pátek, šel za kamarády do hospody a tam pil až 12 piv za večer a k tomu tvrdý alkohol. Domů přicházel nad ránem, kolikrát pro něj musela přijet manželka a odvést ho domu. Tak se to opakovalo v sobotu a většinou i v neděli, ale ve slabší míře, věděl, že v pondělí musí jít do práce. Při příchodu domů byl několikrát i agresivní a napadl jak svou ženu, tak i matku, která

se mu snažila promlouvat do duše. Hádky s manželkou se stupňovaly, až odešla bydlet se synem k jejím rodičům.

**Rodinná anamnéza:** Otec zemřel v 82 letech, léčil se s Alzheimerovou chorobou. Měl střední vzdělání a pracoval jako starosta obce. Matce je 85 let, má základní vzdělání a celý život pracovala na statku. Loni podstoupila katetrizaci srdce. Má dva sourozence a přiznává, že všichni mají problém s alkoholem. Jeho mladší sestra podstoupila léčbu po té, co se snažila spáchat sebevraždu, neunesla smrt syna. Dnes již nepije. Starší bratr s alkoholem také bojuje, ale léčbu nikdy nepodstoupil. Pacient se domnívá, že za tyto problémy může z části jeho otec, který vedl až příliš přísnou výchovu a fakt, že pocházejí z dobrých poměrů a v okolí jsou uznávaní a pokaždé když někam společně přišli, alkohol nesměl chybět. Oba rodiče měl rád, s matkou však vycházel lépe. Ta dnes žije pod jeho střechou.

**Osobní anamnéza:** V dětství prodělal běžná dětská onemocnění bez jakýchkoliv komplikací. V pubertě prodělal zlomeninu stehenní kosti po tom, co měl ve vesnici autonehodu se svými sourozenci. Jinak nikdy vážněji nestonal. V dnešní době ho často pálí žába, má dyspeptické potíže, ale u lékaře s tím nebyl. Povahou je temperamentní, občas když je opilý vyvolá nějaký konflikt. Vystudoval střední odbornou školu, obor mechanik. Ve škole byl průměrný žák, se spolužáky vycházel dobře. Rád hrál míčové hry jako je volejbal, basketbal, fotbal. Dále se zajímal o auta, letadla a další vojenské stroje. S ženami vycházel dobře, vystřídal několik partnerek a dvakrát byl ženatý. S první manželkou se rozvedli po 5 letech a mají spolu již dnes dospělou dceru. S ní ale v kontaktu není. S nynější manželkou je 17 let a mají spolu syna, na kterém je velice upnutý. Manželka s jeho matkou vychází velice dobře, kolikrát matka stojí za jeho ženou. Mezi jeho nynější zájmy patří syn s celou rodinou, auta, fotbal ale hlavně posezení s přáteli ať už v hospodě nebo na zahradě u grilu. Pacient je ateista a návštěvu duchovního nevyžaduje.

**Pracovní anamnéza:** má střední odborné učiliště, je vyučen mechanikem. Po škole pracoval u malých firem jako mechanik. U armády ČR pracuje přes 25 let. V zaměstnání je spokojený, nikdy by práci nevyměnil. I když se nyní cítí unaven, počítá, že u armády zůstane i nějaký čas po odchodu do důchodu.

Soudně trestán nikdy nebyl.

**Rodinný život:** je již po druhé ženatý, s manželkou mají syna. Z předešlého manželství má jednu dospělou dceru, s tou v kontaktu není. Jeho matka má manželku velmi ráda a při konfliktech stojí většinou při ní. On sám manželku velmi miluje a léčbu podstoupil především kvůli ní, aby zachránil manželství. Manželka do práce nechodila, starala se o syna a o domácnost, on je zajištěný dost. V poslední době byla situace neúnosná, manželka nesnášela, když chodil do hospody, bála se, co bude po příchodu domu. Kolikrát už ho musela omlouvat i z práce, protože přišel tak opilý, že nebyl schopen vstát ani z postele. Stále se manželkou hádali, až jednou přišel domu a manželka byla se synem přestěhovaná u jejich rodičů. To byla pro pacienta obrovská rána. První řešení a kroky vedly k alkoholu.

**Abúzus:** První kontakt s alkoholem asi v 16 letech, kdy si se sourozenci obstarali pár piv. V dnešní době je to s pitím dost špatné, tvrdí. Manželka kvůli tomu odešla i se synem. Ani neví hlavní důvod těch pijáckých excesů, žádné jiné problémy neměl. V práci se vše daří, finančně s manželkou nestrádají, spíše naopak, možná i to, že je dost zajištěný tomu moc nepomáhá. Hlavní vinu ale dává slabé vůli a trávení víkendů v hospodě s přáteli místo toho, aby se věnoval své rodině. Současné hádky s manželkou tomu do jisté míry také dost napomohly. Velice lituje agresivního chování vůči členům rodiny. Kouří v průměru 20 cigaret denně. Léky nikdy nezneužil. Patologické hráčství popírá. Černá káva 2x denně. Jiné drogy nikdy nezkoušel, na záchytce též nikdy nebyl.

### **Nynější onemocnění:**

F 10.2 Syndrom závislosti na alkoholu

F 60.7 závislá porucha osobnosti

Občas si stěžuje na pálení žáhy a dyspeptické potíže. S ničím jiným se neléčí a jiné problémy nemá.

**Současný stav:** Je rád, že má příležitost s alkoholem nadobro skoncovat. Hlavní motivací je jeho žena se synem. I když přesně neví, jestli se po léčbě k němu žena se synem vrátí. Ta mu při převozu do PNB sdělila, že to nedělá kvůli ní a synovi, ale především kvůli sobě. Z těchto slov je patrně nervózní. V zaměstnání ho podporují, nyní je v pracovní neschopnosti. Bere to jako jedinečnou příležitost dát vše zase dohromady.



### **8.3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA**

Dýchání 19/min pravidelné, tep 70/min pravidelný, krevní tlak 130/70 mmHg, tělesná teplota 36,9 °C, výška 185 cm, váha 90 kg. Ethanol dechová zkouška 3, 94 promile (při příjmu na detoxikační oddělení), orientován, mobilní, spolupracuje. Přiměřená výživa i hydratace, bez ikteru a cyanózy. Kůže je čistá, lehce suchá.

Hlava a krk: nebolestivá, výstupy V. nebolestivé, VII. Inervuje správně.

Oči: bulvy ve středním postavení volně pohyblivé, bez nystagmu. Zornice izokorické, skléry anikterické, spojivky růžové, na čele ošetřena odřenina.

Hrdlo: klidné, jazyk vlhký a růžový. Chrup má vlastní, dutina ústní čistá a sliznice vlhké. Náplň krčních žil není zvýšená, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny.

Hrudník: symetrický, plíce- dýchání čisté, sklípkové, poklep plný, jasný. Srdce - AS pravidelná, dvě ohraničené ozvy.

Břícho: klidné, prohmatné, nebolestivé, poklep diferencovaný bubínkový, játra a slezina nezvětšeny, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk. Israeli negativní, tapottement negativní, peristaltika +. Stolice pravidelná, nyní kašovitého vzhledu. S močením problémy nemá, uretra bez výtoků.

Dolní končetiny: bez otoků, pulzace hmatné, bez známek zánětu nebo trombózy.

Alergie neguje.

### **8.4 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY**

F 10.2 Syndrom závislosti na alkoholu

F 60.7 Závislá porucha osobnosti

**Farmakoterapie:**

<b>Název</b>	<b>Způsob podání</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Indikační skupina</b>
Helicid 20mg	Per os	1-0-0	Antacidum, antiulcerotikum
Paralen 500mg	Per os	Při tělesně teplotě nad 37°C	Antipyretikum, analgetikum
Diazepam 5mg	Per os	1-0-0-1	Anxiolytikum

**Fyzioterapie:** bez omezeného pohybu v rámci oddělení.

**Naordinovaná vyšetření:** Sonografie jater a gastroskopie

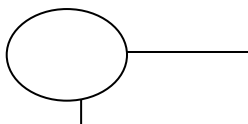
**Laboratorní vyšetření:**

<b>Vyšetření</b>	<b>Výsledek</b>
HIV	Negativní
Krevní obraz	V normě
Moč + sediment	V normě
Minerály	V normě
Jaterní testy	V normě

## MINI VYHODNOCENÍ DEŠEVNÍHO STAVU

ÚKOL	INSTRUKCE	ZPŮSOB VYHODNOCENÍ	BODY
<b>Orientace v čase</b>	„Kolikátého je dnes?“	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezónu	5
<b>Orientace v prostoru</b>	„Kde jste?“	Jeden bod za: stát, okres, město, budovu a poschodí	5
<b>Zapamatování 3 předmětů</b>	Pojmenuj 3 předměty a požádej, aby je pacient opakoval	Jeden bod za každý správný předmět	3
<b>Série 7</b>	Pacient hláskuje pozpátku slovo „koláč“ (3 pokusy)	Jeden bod za každé správné písmeno	5
<b>Vybavení 3 předmětů</b>	Požádej o zopakování předmětů, které se vyskytly ve třetím úkolu	Bod za každý správný předmět	3
<b>Pojmenování předmětů</b>	Ukaž pacientovi hodinky a hrnek a požádej ho, aby je pojmenoval	Bod za správnou odpověď	2

<b>Opakování fráze</b>	Požádej pacienta, aby opakoval větu „Dnes je krásné počasí. Ano. Snad se nezkazí.“	Při splnění úkolu na první pokus jeden bod	1
<b>Verbální příkaz</b>	Řekněte pacientovi: „Vezměte si papír do pravé ruky, přeložte jej na půl a položte ho na stůl.“	Jeden bod za každý splněný příkaz	3
<b>Psaný příkaz</b>	Ukažte pacientovi kartu s úkolem „prosím nakloňte hlavu doprava.“	Jeden bod za naklonění hlavy doprava	1
<b>Psaní</b>	Požádejte pacienta, aby na papír napsal krátkou větu.	Jeden bod jestliže věta obsahuje předmět, sloveso a dává smysl	1
<b>Kreslení</b>	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek:	Jeden bod za shodu obrázku	1



**Skóre: 30**

**Vyhodnocení:** skóre 24 a vyšší je považováno za normální. Pacient limit splnil.

## **8.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MODELU DOROTHY E. JOHNSON ZE DNE 28.1.2014**

### **Subsystémy shromažďování**

Pacient je muž, ve věku 55 let, ženatý, má dvě děti. Syna ve věku 15 let a dceru ve věku 23 let, s tou se ale nestýká. Nyní bydlí s matkou v jeho rodinném domě. Manželka se nedávno odstěhovala i se synem ke svým rodičům. Jinou přítelkyni nemá. Otec zemřel před 10 lety. S matkou má dobrý vztah i přes to, co všechno se stalo. S manželkou v kontaktu je. Se synem se vídá, manželka návštěvy podporuje. S dcerou v kontaktu není, není zájem z obou stran, naposledy se viděli po rozvodu se svou první ženou. Se synem má hezký vztah, je na něj upnutý a nechtěl by o něho přijít. O rodinu se vždy dobře postaral, manželka do práce chodit nemusela. Občas šla vypomocť do místní restaurace, aby se doma nenudila, když byl syn ve škole, ale potřeba to rozhodně nebyla. Mají velký majetek. Manželka je vyučena v oboru číšník, pro Inter Hotely Praha. Syn chodí na základní školu, učí se dobře. Velmi ho trápí situace, která vznikla kvůli alkoholu. Po návratu z léčebny by chtěl vše dát zase do pořádku a žít klidný, harmonický život se svou rodinou. Velkou motivací je i jeho vyléčená sestra a pracovní pozice.

V práci by řekl, že je docela oblíbený, šéf ho velice podporuje a místo mu drží. Tento verdikt ho velice překvapil. Než nastoupil na detoxikační léčbu, bál se, že jeho nadřizený bude mít problém s jeho dlouhou pracovní neschopností. To že se bude léčit 3 měsíce, vůbec nečekal a celkově ho tato doba děsí. Myslel si, že to půjde vše daleko rychleji. Přesto ale věří, že to vše rychle uteče a vše se vrátí zase do starých kolejí, ale bez závislosti. Je velice rád za všechnu podporu, která se mu dostává jak ze strany rodiny, tak ze strany zaměstnání.

Pacient svou závislost přímo přiznává a je si vědom všech příčin, které k tomu vedly. Vinu svaluje sám na sebe, říkal, že kdyby se po práci neodebíral rovnou do hospody a tam netrávil pomalu celý víkend, bylo by všechno jinak. Dále si myslí, že je v tom i určitý problém v jeho rodině, hlavně kvůli tomu, že s alkoholem měla problém i jeho sestra, která také podstoupila léčbu a jeho bratr s alkoholem bojuje stále.

## Subsystém závislosti

Svou závislost si naprosto uvědomuje. Přiznává, že v posledních měsících pil neúnosně každý víkend a v týdnu bylo málo dní, kdy by byl večer střízlivý. Je si vědom toho, že problémy s alkoholem má už delší dobu, ale vždy si myslel, že to má pod kontrolou a rozhodně se nejedná o závislost jako takovou. V pubertě alkohol ochutnal, několikrát si se sourozenci i něco obstarali, nebo si vzali pivo od otce. Alkoholu v té době nikdy moc neholdoval, chuťově se mu moc nezamlouval. Na zábavu moc nechodili, matka s otcem je drželi zkrátka. Když už někam šli, do půlnoci museli být vždy doma. V plnoletosti už to bylo benevolentnější. Většinu volného času trávil sportem, chodil hrát míčové hry, nebo se sourozenci museli pomáhat rodičům na statku. Když už někam šel, tak na chvíli, ale moc se neprojevoval. Rozhodně nepatřil mezi vyvolené. S holkami nikdy problémy neměl. Díky časové kompresi na ně neměl ani dostatek času. První známost měl v 17 letech. Tento vztah vydržel rok a půl. Potom měl 3 partnerky, ale spíše jen chvilkové. Se svou první ženou se vzali po roční známosti. Myslel si, že to ona je ta pravá a krátce po svatbě přišla do jiného stavu. Před otěhotněním manželky spolu chodili každý týden s přáteli někam za zábavou. Nevzpomíná si, že by domů přicházeli zcela opilý. Manželka pila víno, on většinou pivo. Po porodu se ale změnila a pacient udává, že to s ní bylo k nevydržení. Po třech letech se rozvedli. Ten den se večer opil tak, že ho kamarád musel odvést i domu. S dcerou se nevidá, manželka si to po rozvodu nepřála. Dceru se snažil i kontaktovat, ale bez odezvy. S nynější manželkou je 17 let. Na zábavu chodili poměrně často. Manželka pila většinou míchané drinky. On zůstával věrný pivu, sem tam si dal něco tvrdšího. Přiznává, že díky alkoholu se dokázal bavit daleko lépe. Často také zvali přátele na zahradní party, kde grilovali a alkohol samozřejmě nesměl chybět. Manželka po porodu syna už moc nepila, ale partnera nijak neomezovala.

V posledních dvou letech, se to ale začalo vymykat kontrole. Doslova se těšil, až nastane pátek a vyrazí po práci za přáteli do hospody. Dávky alkoholu se postupně zvyšovaly. V pracovní době se nikdy nenapil. Ale jak přišel domu, hned si otevřel aspoň pár piv. Manželka z toho bylo zoufalá. Kolikrát byl agresivní a to i na svou matku. Manželka ho kolikrát musela odvést i domu. V posledních měsících ho omlouvala i z práce. Z důvodu opilosti, nebyl schopen odejít v pondělí ráno do zaměstnání. V hospodě strávil poměrně celý víkend. Domů se o víkendech chodil spíše jen vyspat,

najíst a umýt. To jeho žena nevydržela a se svým synem se odstěhovala ke svým rodičům. To už pil ve velkém i v týdnu. Začaly velké hádky s matkou. Ta má jeho ženu velice ráda. Stále mu opakovala, že je to jen a jen jeho vina a je na čase s tím něco udělat. Pod vlivem alkoholu jí i na tento popud napadl se slovy, že žije pod jeho střechou a nic jí do toho není. To ho velice mrzí. Nevolnost, pocení a třesy rukou poslední měsíc přiřazoval spíše úzkosti a stesku po rodině, dříve tyto problémy také míval, ale nijak se tím nezabýval. Přiřazoval to k celkové únavě a k tomu, že už taky není nejmladší. Že by to bylo ze závislosti, si nepřipouštěl. K léčbě ho přivedla jeho žena, která se na to všechno už nemohla dívat.

U pacienta jsou stále znát doznívající abstinenční příznaky, které se projevují neklidem, třesem rukou, je znatelná i porucha soustředění a stěžuje si na větší únavu.

### **Subsystém vylučování**

S vyprazdňováním žádné problémy nemá. Na stolici chodí pravidelně i několikrát denně, ale to dává za vinu alkoholu, který na něj působí projímavým účinkem. Na stolici chodí především ráno po snídani. Po alkoholových dýcháncích je stolice spíš kašovitá, barva normální. Jinak má stolici formovanou bez jakýchkoliv příměsí.

S močením problémy také nemá. Nevšiml si, že by moč neodpovídala normě a diuretika také neužívá.

Pocení pociťuje, ale nijak zvlášť tomu nevěnoval pozornost. Nedával to za vinu alkoholu. Během léčby se pocení usměrnilo.

### **Subsystém příjmu potravy**

V týdnu se stravoval pravidelně, asi tak 5 krát denně v přiměřených porcích. Snídal a večeřel doma s rodinou, obědval a svačil v zaměstnání. K snídani většinou jedl nějaký koláč, sladké pečivo a jogurt. Manželka velice dobře a ráda pekla. Do práce si nosil svačinu. Svačina obsahovala pečivo, šunku, sýr, nechyběla ani zelenina nebo ovoce. Obědy si dával v zaměstnání, kde mají k dispozici bufet. Tam si dával především polévku a nějakou omáčku, nebo kus masa a přílohu sem tam něco sladkého na zub. Má velice rád zeleninové saláty. Odpolední svačiny většinou vynechával, občas si dal něco po příchodu domu. Večeře měl většinou teplé. S ženou preferovali těstoviny,

libové maso a ryby v jídelníčku také nechyběly. S chutí si dá ale také párek, nebo klobásu.

O víkendech kolikrát vynechával snídaně i večeře. Po pijáckém tahu neměl na snídani chuť ani pomyslení a večeře taky vynechával. Občas si dal něco v hospodě, ale to jen velmi zřídka. Hlad zapil pivem a ostatním alkoholem. Po odstěhování jeho ženy neměl v týdnu teplé večeře a svačiny do práce si také moc nedělal. Obědy teplé měl právě díky zaměstnání. K večeři měl spíše něco studeného. Většinou právě nějaký ten párek, klobásu nebo si zajel cestou z práce do fast foodu. Jeho matka je starší paní a tak ji nechtěl zatěžovat vařením.

Nyní se stravuje 4x denně. Dietu má číslo 4 - šetřící

Pro výpočet stavu tělesné hmotnosti byla použita technika: Body Mass Index (BMI). U pacienta byla naměřena hodnota 26,3 (nadváha).

### **Subsystém sexuality**

Otázky s tímto zaměřením pacient moc nemá rád. Je to jeho soukromá věc. Samozřejmě sex má rád a aktivně ho vyhledává. První styk měl v 17 letech, se svou tehdejší první partnerkou. Sex na jednu noc měl asi dvakrát za život, preferuje spíše sex s partnerkou. V manželství byl sexuálně uspokojen. Manželka sex také aktivně a pravidelně vyhledávala. Sexuální styk měli v poslední době jen ve všední den. O víkendu toho nebyl schopen.

### **Subsystém agresivity**

Pacient má agresivní sklony. Jeho agrese je zaměřena především na svou rodinu a to po příchodu domu v podnapilém stavu. Několikrát napadl manželku, která chtěla zabránit probuzení syna, když pacient přišel domu. Má tendenci rozsvěcet světla a budit lidi kolem sebe. To se manželce několikrát nelíbilo a tak jí uhodil. Toho následně litoval. Svému synovi nikdy fyzicky neublížil. Napadl i svou matku, která se mu snažila především domluvit, aby alkoholu nechal a dal svou rodinu opět dohromady a manželku se synem přivedl domu. V tom okamžiku ji uhodil se slovy, že žije pod jeho střechem a nebude mu nakazovat s čím má skončit a s čím začít.



V dětství agresivní nebýval. Se spolužáky ve škole se většinou hádat nechtěl a pokud vznikl nějaký konflikt, snažil se ustoupit. S rodiči v období puberty si párkrát vyměnili ostré názory, ale to mu přijde v tomto věku zcela normální. Se sourozenci se občas poprali, hlavně on s bratrem. Ale těmto konfliktům se snažili oba vyhýbat, otec byl velice přísný a tyto spory nerad viděl a řešil je různými tresty.

V dospělosti konflikty také aktivně nevyhledával. Vše se snažil řešit s klidem. Pamatuje si, že se jednou popral kvůli holce na zábavě. Občas se zapojil do slovních hádek, ale to většinou ve chvíli, kdy se někdo špatně vyjadřoval o jeho blízcích. Na toto je velice háklivý. Nesnáší, když někdo uráží jeho rodinu nebo přátele. Manželku ani svou matku by za střízlika nikdy nenapadl. Tyto konflikty dává za vinu alkoholu. Syna nikdy fyzicky nepotrestal. Je proti fyzickým trestům. Občas mu dal nějaký zákaz nebo tzv. domácí vězení, zvýšil hlas, ale nikdy ho neuhodil.

Nyní je na pacientovi znát lehký psychický neklid. V některých momentech zvýší hlas, aniž by si to uvědomil, je patrný lehký třes rukou. Nedokáže udržet přímý oční kontakt. V rozhovoru se občas zadrhává, vyhledává vhodná slova, občas použije nějaký vulgarismus. Bez upozornění si toho vědom není.

### **Subsystém úspěchu**

Pacient působí inteligentním dojmem, má středoškolské vzdělání a neustále se ve svém oboru zdokonaluje a vzdělává. Podle slov má svou práci velice rád a hodně mu na ní záleží. Vojenské stroje ho podle jeho slov nikdy nepřestanou fascinovat. Měl několik nabídek na změnu povolání i povýšení. Ale vždy vše odmítl. Finančně je zajištěný dost, práce ho baví a nevidí důvod ji měnit. Práce je jedna z motivací dokončit úspěšně léčbu a závislosti se zbavit. V léčbě bude potřebovat celkovou podporu své ženy i celé rodiny. Pravidla léčby ho dosti zaskočily. Netušil že léčba bude tak psychicky ale i fyzicky náročná. Nejvíce je zaskočený z denního režimu a všech terapeutických programů. Určitě by nechtěl léčbu jen tak pro nic vzdát a odejít domů. Je si vědom toho, že by sám neabstinoval a bez odborné pomoci by se z toho nikdy nedostal. Na léčbě mu nejvíce vadí, že nebude mít skoro žádné osobní volno a soukromí. Na otázku, po čem toužím a reálně můžu změnit, odpověděl až po chvilkovém zamyšlení. Momentálně touží vrátit se zpět a co nejdříve do reálného života a změnit svůj kladný vztah k alkoholu a dále nepřipouštět aby ovládal jeho život.

Chce se vrátit zpět ke krásnému a klidnému životu se svou rodinou. Je přesvědčen, že vše je reálné a splnitelné. Věří, že pobyt v léčebně a další životní osudy pacientů pro něj budou dostatečnou výstrahou. Život po léčbě si představuje jasně. Chce vrátit manželství zpět do pořádku, více se rodině věnovat. Plánuje návrat k některým svým starým koníčkům. Doufá, že mu celá rodina odpustí za všechny škody, které napáchal svým chováním.

Pacient jeví známky psychického neklidu. Citové pouto k jeho ženě ho velice ovlivňuje při rozhodování a kromě své rodiny a pár přátel z hospody nemá žádné společenské vazby. Manželka potvrdila spolupráci při léčbě. Pacient je vůči léčbě dostatečně aktivní.

## **8.6 SITUAČNÍ ANALÝZA**

Pacient byl plánovaně přijat na detoxikační oddělení PNB 22.1.2014. V prvních dnech měl naordinovaný klidový režim a zpočátku intravenózní léčbu. Byl nespolupracující, jevil těžké abstinенční příznaky a několikrát byl připoután k lůžku. V dalších dnech pacient začínal spolupracovat a po týdnu, 28.1.2014 byl přeložen na oddělení následné péče pro nemocné trpící závislostí na návykových látkách. Tady byl seznámen s dalšími pacienty a režimem oddělení. Účastní se různých denních činností jako je arteterapie a přes to, že nevyznává žádné náboženství, se zúčastnil i biblioterapie. Dále byl zařazen do rozpisu služeb, kde má určitý den na starosti úklid pokoje, chodby, koupelny i toalety, ale také rozcvičku a další náplně programu. Plán ošetrovatelské péče je stanoven od 28.1.2014 do 30.1.2014. Pacient režim dodržuje a byla mu dovolena návštěva i jeho ženy, která souhlasila s rodinnou terapií. Stravu a pitný režim se pacient snaží dodržovat.

## **8.7 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU**

Ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry.

**Neznalost** z důvodu nedostatku zkušeností a informovaností projevující se verbální žádostí o informace a mírnou nervozitou.

**Strach** (z hospitalizace) související s nedostatkem znalostí, zkušeností, projevující se subjektivní ustaraností a objektivní nervozitou, zvýšeným napětím.

**Únava** z důvodu odnětí drogy a zvýšenou fyzickou námahou projevující se subjektivní stížností na neustálý nedostatek energie a objektivní ospalostí.

**Život rodiny porušený** (alkoholismus) v souvislosti s osobností se sklonem k drogovému návyku, projevující se narušením rodinných vztahů a porušením dynamiky rodinného života.

### **Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče**

1. Neznalos z důvodu nedostatku zkušeností a informovaností projevující se verbální žádostí o informace a mírnou nervozitou.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je plně informován o průběhu a zásadách celé léčby a spolupracuje s ošetřujícím týmem do 7 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacient má dostatek informací o léčbě a je si vědom všech denních aktivit do 3 dnů.

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacient zná denní režim oddělení, jehož náplní je budíček, naplánované terapie, odpočinek i večerka do 1 hodiny.
- Pacient ví, že si může vyžádat režimový řád oddělení, který se skládá z celodenního programu do 30 minut.
- Pacient je plně orientován na svém oddělení do 6 hodin.
- Pacient je seznámen s důvody, které vedly k přijetí na oddělení závislosti do 12 hodin.

#### **Plán intervencí od 28.1.2014 do 30.1.2014**

1. Seznam pacienta s denním režimem (do 2 hodin) – sestra ve službě.

2. Obstarej pacientovi edukační materiál, např. řád oddělení, režim léčby (do 30 minut) – sestra ve službě.
3. Proved' pacienta po oddělení a ukaž mu všechny místnosti, které má k dispozici (do 6 hodin) – sestra ve službě.
4. Naslouchej pacientovi a případně mu odpovídej na jeho dotazy (ihned) -sestra ve službě.
5. Proved' ústní zkoušku vždy po rozhovoru, abys zjistila, zda pacient všemu dostatečně porozuměl (ihned) – sestra ve službě.

### **Realizace od 28.1.2014 do 30.1.2014**

Pacient nastoupil na oddělení 28.1.2014 v 9:30. Seznámili jsme ho s léčebným režimem a harmonogramem dne. Dále jsme mu ukázali jeho pokoj s lůžkem a také všechny prostory oddělení. Pacient obdržel harmonogram povinných aktivit. Dále jsme s pacientem konverzovali a odpovídali mu na jeho dotazy. Byl seznámen s ostatními pacienty ale i terapeutickým týmem. Sdělili jsme mu, že v případě nutnosti nás má vyhledat a daný problém vyřešit. Pacient se na oddělení plně orientuje.

Dne 29.1.2014 pacient občas vyhledává ošetřovatelský tým a klade otázky týkající se denního režimu. Není si vždy úplně jistý svou rolí a plnění některých úkolů. Podáním přesných informací, jsme dosáhli odstranění problému. Dne 30.1.2014 je pacient plně informován a nejeví známky neznalosti léčebného režimu.

### **Hodnocení: 30.1.2014**

Cíl byl splněn částečně.

Pacient je informován jak se chovat při jakékoliv neznalosti během léčebného pobytu.

Ošetřovatelské intervence číslo 4 a 5 nadále pokračují.

**2.** Strach (z hospitalizace) související s nedostatkem znalostí, zkušeností, projevující se subjektivní ustaraností, úzkostí a objektivní nervozitou, zvýšeným napětím.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je bez známek strachu a vždy bude plně informován o celém průběhu hospitalizace do 7 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacient bude schopen plně konzultovat své obavy a využívat informační zdroje pro zmírnění jeho strachu do 2 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient zná příčiny strachu do 24 hodin.
- Pacient je schopen plně komunikovat o svých emocích do 12 hodin.
- Pacient ví, že v případě obav a nedostatků znalostí vyhledá ošetřující personál do 24 hodin.
- Pacient zná a je schopen využít relaxační metody (cvičení, relaxační hudba, autogenní trénink) do 2 hodin.

**Plán intervencí od 28.1.2014 do 30.1.2014**

1. Pozoruj verbální i neverbální projevy pacienta (např. držení těla, třes rukou, komunikaci a výraz v obličeji) – (2x denně) – sestra ve službě.
2. Informuj pacienta o možnosti využití relaxačních technik (do 2 hodin) – sestra ve službě.
3. Sleduj intenzitu a projevy strachu pomocí verbální a neverbální komunikace (3x denně) – sestra ve službě.
4. Buď pacientovi nablízku a aktivně naslouchej jeho obavám (denně) – sestra ve službě.
5. Zajisti prostor pro otázky a upřímně odpovídej, nezlehčuj vnímání situace (průběžně) – sestra ve službě.

**Realizace od 28.1.2014 do 30.1.2014**

Dne 28.1.2014 při přijetí pacienta na oddělení jsme s pacientem provedli rozhovor, který se týkal možných stresových situací, které by mohly vést, nebo vedou

ke strachu k hospitalizaci. Pacient plně naslouchal a spolupracoval s týmem. S pacientem jsme vedli rozhovor o možných relaxačních metodách a dalších možnostech na oddělení. Po celkovém zorientování se na oddělení zjišťujeme charakter a příčiny strachu. Pozorujeme chování i verbální a neverbální projevy. Aktivně s pacientem komunikujeme. Noc pacient prospal klidně, jen zprvu měl problém s usínáním.

Dne 29.1.2014 pacient udává mírný strach. Aktivním rozhovorem a podporou jsme zčásti dosáhli velkého zmírnění strachu. Večer byla na pacientovi znát mírná nervozita.

Dne 30.1.2014 pacienta provázela jen mírná nervozita, která po rozhovoru a dodání motivace téměř vymizela.

### **Hodnocení: 30.1.2014**

Cíl byl splněn částečně.

Pacient stále projevuje známky strachu. Má dostatek informací a možností jak proti tomu bojovat.

Všechny ošetrovatelské intervence dále pokračují.

**3. Únava** z důvodu odnětí drogy a zvýšenou fyzickou námahou projevující se subjektivní stížností na neustálý nedostatek energie a objektivní ospalostí a sníženou výkonností.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient se necítí unaven při vykonávání léčebných a volnočasových aktivit do 7 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacient zná příčiny únavy a ví jak proti ní bojovat do 3 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient zná původ únavy do 12 hodin.
- Pacient si je vědom svých silových možností a aktivit, které je schopen vykonat do 24 hodin.

- Pacient dodržuje večerku, která je stanovena na 22: 00 a spí minimálně 7 hodin denně.
- Pacient si zaznamenává úkony a situace, které ho vyčerpávají denně.

#### **Plán intervencí od 28.1.2014 do 30.1.2014**

1. Sleduj intenzitu, výskyt a projevy únavy (během celého dne) – sestra ve službě.
2. Sleduj, zda pacient nejeví poruchy spánku (denně) – sestra ve službě.
3. Plánuj péči tak, aby měl pacient dostatek prostoru na odpočinek (denně) – sestra ve službě.
4. Vyslechni pacienta, co podle něj únavu vyvolává a co ji naopak zmírňuje (denně) – sestra ve službě.
5. Prodiskutuj s pacientem změny v jeho životním stylu, které povedou ke zlepšení únavy (průběžně) – sestra ve službě.

#### **Realizace 28.1.2014 do 30.1.2014**

Při přijetí na oddělení, 28.1.2014 zjišťujeme charakter a intenzitu únavy. Pacient si na větší únavu stěžuje. S pacientem jsme vedli rozhovor týkající se aktuální únavy. Pacient plně spolupracoval a zpětná vazba byla přítomna. Edukovali jsme pacienta o všech relaxačních metodách, které může na oddělení využívat a byl seznámen s dostatečným spánkovým režimem. V noci jsme monitorovali průběh spánku, kde byl patrný problém s usínáním. Pacient noc prospal klidně, jen si stěžoval na rušivé elementy.

Dne 29.1.2014 si pacient stále stěžuje na únavu. Aktivně se ale zapojuje do léčebného režimu a snaží se vykonávat všechny denní aktivity. Sám jeví zájem a diskutuje o své únavě a možnostech jak ji zlepšit s ošetřujícím personálem.

Dne 30.1.2014 je na pacientovi znatelná únava. Pacient se stále cítí unavený, spánek je ale nyní kvalitnější, pacient si jen vzácně stěžuje na rušivé elementy a problém s usínáním. Každou noc spí minimálně 6 hodin. Pacientovi byly zopakovány možnosti relaxačních technik. Je si vědom, že musí dodržovat jak pitný režim, tak

i stravu a rozvrhnout si svůj denní režim tak, aby naplňoval léčebný postup, ale aby ho zároveň zbytečně nepřetěžoval. Odstranění všech problémů nyní nelze v tuto chvíli plně dosáhnout, z důvodu celkového vyčerpání organismu a s nedostatečnou fyzickou kondicí.

**Hodnocení:** 30.1.2014

Cíl byl splněn částečně.

Pacient stále projevuje známky únavy a vyčerpání.

Je nutné dále pokračovat ve všech intervencích.

**4. Život rodiny porušený (alkoholismus) v souvislosti s osobností se sklonem k drogovému návyku, projevující se narušením rodinných vztahů a porušením dynamiky rodinného života.**

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** život rodiny funguje podle nastavených pravidel, které si rodina stanovila na rodinné terapii do konce léčby.

**Cíl krátkodobý:** pacient zná a je ochotný změnit své chování vůči členům rodiny do 7 dnů

**Výsledná kritéria:**

- Pacient je schopen rozeznat neadekvátní chování a příčiny vedoucí k sebedestruktivnímu chování do 7 dnů .
- Pacient zná příčiny, které vedly k narušení rodinných vztahů do 2 dnů.
- Pacient se aktivně zapojuje do rodinné terapie do 7 dnů.

**Plán intervencí od 28.1.2014 do 30.1.2014**

1. Odeber rodinnou anamnézu a prozkoumej každého jednotlivce a jeho vztah k užívání alkoholu (do 24 hodin) – sestra ve službě.
2. Posuď současné fungování rodiny (při každé rodinné terapii) – sestra ve službě.



3. Poskytni rodině i pacientovi informace o dopadech na rodinu při abúzu alkoholu a co lze očekávat po propuštění pacienta domu (do 7 dnů) – sestra ve službě.
4. Podporuj členy rodiny a jejich spolupráci s pacientem (při každé rodinné terapii) – sestra ve službě.
5. Doporuč rodině i pacientovi změnit způsob oslav a všech volnočasových aktivit (průběžně) – sestra ve službě.

#### **Realizace od 28.1.2014 do 30.1.2014**

Dne 28.1.2014 jsme při přijetí odebrali rodinnou anamnézu a vedli jsme s ním rozhovor o aktuálních rodinných vztazích. Pacientovi jsme nabídli pomoc pro řešení mezilidských vztahů. Bude se aktivně účastnit psychoterapeutických programů a nabídli jsme mu rodinnou terapii, se kterou souhlasil. Pacienta jsme do značné míry motivovali a nechali mu prostor pro jeho dotazy.

Dne 29.1.2014 jsme kontaktovali a přizvali jeho manželku do zapojení léčby. Seznámili jsme jí s jejími možnostmi a hlavně s její spoluprací v PNB. Souhlasila a bude se aktivně účastnit rodinné terapie.

Dne 30.1.2014 pacient plně spolupracuje s ošetřujícím personálem i se svou manželkou. Pacienta jsme my i jeho žena motivovali. Při rodinné terapii byl pacient velmi aktivní a bez známek stresu. V rodinné terapii budeme nadále pokračovat.

#### **Hodnocení: 30.1.2014**

Cíl byl splněn částečně.

Pacient chápe příčiny rodinných konfliktů a aktivně se zapojuje do rodinné terapie. Je informován jak rozeznat neadekvátní chování a jak ho případně odstranit.

Všechny ošetřovatelské intervence dále pokračují.

### **8.8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

K vytvoření ošetřovatelské péče byl zvolen behaviorální proces, který je tvořen několika subsystemy. Ten vytvořila Dorothy E. Johnson a je navržený právě pro pacienty s psychiatrickými poruchami.

Celková ošetrovatelská péče u pacienta D. W. byla monitorována od prvního dne, kdy nastoupil na léčbu. Zaměřili jsme se právě na zlepšení psychického, fyzického ale i rodinného stavu. Při nástupu byl seznámen s celým oddělením, ošetřujícím personálem i dalšími pacienty. Byly mu sděleny informace týkající se jeho léčby, povinností spojených s léčbou a celkovým programem oddělení. V prvních dnech byl pacient značně nejistý a byla znatelná únava. Právě díky únavě měl v prvních dnech volnější režim především ve sportovních a dalších aktivitách. Stravovací i pitný režim dodržoval podle doporučení.

Po celou dobu léčby, kdy jsem byla s pacientem v kontaktu, se aktivně zapojoval do psychoterapie a nechyběly zpětné vazby. V léčbě měla důležitou roli i jeho manželka, která se zapojila do rodinné terapie.

Pacient si uvědomil, jaký měl alkohol dopad na jeho rodinný i celkový život a co by rád v budoucnu změnil. Jeho motivace je veliká a sám pacient věří, že vše dokáže.

Cílem celé jeho terapie je absolutní abstinence a vyvarování se dalšímu sebedestruktivnímu chování. Návrat do běžného života je rizikový, pokud pacient nebude mít dostatek volnočasových aktivit, nezmění skupinu lidí, kteří ho obklopují a jestli především neurovná rodinné vztahy. Hodnocení pacienta vůči léčbě je pozitivní a sám si je vědom, že po ukončení léčby bude muset navštěvovat doporučené doléčování.

## **Doporučení pro praxi**

### **Doporučení pro všeobecné sestry**

- Vzhledem k tomu, že počet pacientů se závislostí na alkoholu neustále narůstá, bylo by vhodné daleko častěji organizovat semináře na toto téma.
- Každá sestra by měla svému pacientovi dostatečně naslouchat a být mu oporou.
- Zachovat si empatický přístup vůči pacientovi.
- Fungovat jako edukátorka pro pacienta, jeho rodinu ale i pro širokou veřejnost.
- Doživotní vzdělávání se v oblasti psychiatrie.
- Dodržovat správný životní styl, pečovat o sebe sama jak po fyzické tak i psychické stránce.

### **Doporučení pro pacienta**

- Doživotní abstinence.
- Najít si dostatek volnočasových aktivit.
- Dodržovat spánkový režim, regenerace organismu je důležitou součástí pro dobrý fyzický i psychický stav.
- Zdravý životní styl, vyvarovat se stresujícím situacím a pokud už nějaké nastanou, osvojit si metody, které napomůžou tyto situace v klidu zvládat.
- Vyhledat odbornou pomoc, nebo požádat o pomoc své blízké, vždy při nejistotě, nebo myšlenkách na alkohol.
- Přerušit kontakty s těmi, kteří se rizikově chovají a najít si nový okruh přátel.
- Seznámit rodinu s daným problémem a najít jiný a vhodný způsob oslav.

### **Doporučení pro rodinu**

- Zapojit se aktivně do rodinné terapie.

- Být oporou pacientovi a dostatečně ho podporovat.
- Nekonzumovat v přítomnosti abstinenta žádné alkoholické nápoje ani potraviny s obsahem alkoholu.
- Dostatečně pacientovi naslouchat a nepodceňovat jeho stížnosti nebo problémy, vyvarovat se konfliktům.
- Najít si společné volnočasové aktivity.
- Při podezření recidivy vyhledat odbornou pomoc.

## ZÁVĚR

Naše práce se alkoholu věnuje už od samé historie, kde jsme poukázali na to, jak lidé postupně objevovali účinky kvašených nápojů a jaká byla jeho první surovina. Seznámili jsme se i s tresty, které následovali právě za konzumaci alkoholu. V další části jsme si představili, jak alkohol na člověka působí a jaké zdravotní komplikace s sebou přináší. Vysvětlili jsme si pojem závislost, uvedli jsme i statistické kódy jednotlivých druhů závislostí a nezapomněli jsme ani na to, jak závislosti předcházet. Nebyla opomenuta ani diagnostika s léčbou.

V závěru teoretické části jsme si představili koncepční model Dorothy E. Johnson, který jsme aplikovali na pacienta s touto závislostí. Všechny poznatky vycházejí ze soudobé odborné literatury.

Ve druhé, praktické části, je vypracována kazuistika a to od prvního dne přijetí pacienta na oddělení závislostí. Prognóza u toho pacienta byla pozitivní a to díky dobrému somatickému stavu, pozitivnímu věku a podpory jeho manželky, která mu byla oporou a hlavně kvůli které celou léčbu podstoupil.

Ze získaných informací a pozorování byly stanoveny čtyři ošetrovatelské diagnózy, které byly následně vypracovány pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry. Celý plán byl realizován v rozmezí tří dnů. Stanovili jsme cíle, kterých bylo částečně dosaženo a je nadále nutné v nastavených intervencích pokračovat. Pacient dále obdržel mnoho doporučení o následné péči.

Alkoholismus je jeden z velkých problémů současnosti, který stále narůstá a taky byl vyprán jako hlavní téma bakalářské práce. V práci chceme celkově poukázat na tuto problematiku a představit ji společnosti, která tento problém dosti podceňuje. Doufáme, že bude přínosem a zároveň varováním pro všechny, kteří s prací přijdou do styku.

Alkohol je sice legální, společností tolerovaný a sehnat ho není vůbec složité a právě o to složitější je boj s ním.

## SEZNAM LITERATURY

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

BRUNNEROVÁ, R., 2006. *Ošetrování pacientů s intoxikacemi*. Multidisciplinární péče. 7 – 10. ISSN 1801 - 0199

CSÉMY, L., CHOMYNOVA, P., *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)* Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, ISBN 978 – 80 – 87041 – 94 – 9

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a. s., 2001, ISBN 80 – 242 – 8.

EHRMANN, J. jr., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J., *Alkohol a játra*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 978 – 80 – 247 – 1048 – X.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., *Pavučina závislosti*. Praha: Togga, 2011, ISBN 978 – 80 – 87258 – 62 – 0.

*Hodnoticí škály* [online]. VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA. [cit.2014-03-04]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

HOSÁKOVÁ, J., et al. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: X – Media servis, s. r. o., 2007. ISBN 978 – 80 – 7248 – 442 – 3.

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

LITTLEJOHN, C., HOLLOWAY, A. 2008. *Nursing interventions for preventing alcohol – related harm*. British Journal of Nursing. ISSN 0966 - 0461

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BIBIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006, ISBN 80 – 247 – 1151 – 6.

NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011, ISBN 978 – 80 – 7376 – 908 – 8.

*Historie*, [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H., *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: Besip MV, 199-?, ISBN neuvedeno.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H., *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: SZÚ, 1999, ISBN 80 – 7071 – 123 – X.

NEŠPOR, K., *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006, ISBN 80 – 7294 – 206 – 9.

NĚMCOVÁ, J., et al., *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, s. r. o., 2013, ISBN – 978 – 80 – 902876 – 9 – 3.

PHARMINDEX BREVÍŘ. Praha: MediMedia Information, spol. s. r. o., 2001.

*Psychiatrická péče 2011*, [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

SOURNIA, J. CH., *Dějiny pijáctví*. Gramond, 1999, ISBN 80 – 86379 – 01 – 9.

ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ, Z., *Když víno léčí*. Praha: Galén, 2013, ISBN 978 – 80 – 7262 – 972 – 5.

ŠEVELA, K., WIMĚTALOVÁ, M., et al., *Toxikologie pro zdravotní sestry*. Brno: Neptun, 2002, ISBN 80 – 902896 – 3 – 0.

ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V., *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. Hradec Králové: Nucleus, 2004, ISBN 80 – 86225 – 51 – 8.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	I
Příloha B – Schválení etické komise	II



## **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 pacienta se závislostí 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

## Příloha B

### Schválení etické komise

#### **Etická komise**

[ekomise@plbohnice.cz](mailto:ekomise@plbohnice.cz)

Psychiatrická nemocnice Bohnice  
státní příspěvková organizace  
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220  
181 02 Praha 8, Ústavní 91  
ředitel organizace: MUDr. Martin Holý

#### **Klára Šolarová**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze 5  
150 00 Praha 5, Dušková 7  
[klarasolarova@seznam.cz](mailto:klarasolarova@seznam.cz)

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne 24.3.2014

#### **Souhlas s dotazníkovým šetřením**

Etická komise PN Bohnice vyslovila souhlas s dotazníkovým šetřením v rámci bakalářské práce na téma - **Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta se závislostí na alkoholu** v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. v Praze 5, Dušková 7, 150 00 Praha 5.

Etická komise žádost schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz  
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.  
tajemník etické komise



Psychiatrická nemocnice Bohnice  
Ústavní 91  
181 02 Praha 8 – Bohnice

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595  
[pomykacz@bohnice.cz](mailto:pomykacz@bohnice.cz), [www.bohnice.cz](http://www.bohnice.cz)