

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Olomouc 2020

Pavla Zieglerová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Pavla Zieglerová

**Role sestry a diagnostika nadměrného požívání alkoholu u pacientů
s neurologickým onemocněním**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 7.5.2020

.....

podpis

Děkuji panu Prof. MUDr. Davidu Školoudíkovi, Ph.D. za ochotu, vstřícnost, podnětné rady, metodickou a odbornou pomoc při zpracování mé práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče a diagnostika nadměrného požívání alkoholu u pacientů s neurologickým onemocněním

Název práce: Role sestry a diagnostika nadměrného požívání alkoholu u pacientů s neurologickým onemocněním

Název práce v AJ: Nursing care and diagnostics of excessive consumption of alcohol in patients with neurological diseases.

Datum zadání:

Datum odevzdání:

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Pavla Zieglerová

Vedoucí práce: prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO, FEAN

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči a diagnostiku nadměrného požívání alkoholu u pacientů s neurologickým onemocněním. První cíl této práce se zabýval dle dostupných literárních zdrojů zjištěním neurologických onemocnění v souvislosti nadměrného užívání alkoholu. V druhém cíli byly zjišťovány nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů s neurologickým onemocněním vzhledem k závislosti na alkoholu a poslední cíl mapoval možnosti léčby u pacientů závislých na alkoholu. Z výsledků dohledaných zdrojů vyplývá, že podpora celého zdravotnického týmu, ale převážně lidí, kteří jsou nejbliže člověku závislém na alkoholu, je velmi důležitá. Alkoholismus je velmi závažný celospolečenský problém. Naše společnost pítí alkoholu toleruje. Podle studií konzumace alkoholu stoupá, proto by měla být větší osvěta v boji proti alkoholismu.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis is focused on nursing care and diagnosis of excessive uptake of alcohol by patients with neurological diseases. The first goal of this thesis concerns identifying neurological diseases connected to the excessive uptake of alcohol according to the available scientific literature sources.

The second goal was to find the most common nursing diagnosis in cases of patients with neurological diseases, regarding their addiction to alcohol. And the final goal maps the many possibilities of treatment for the patients who are addicted. The results from the found scientific sources imply that the support of the healthcare system and especially people surrounding the addicted patients is vital. Alcoholism is a major, all society problem. The community tolerates the consumption of alcohol and according to the national surveys the consumption increases. Therefore, the caution against alcoholism should be increased as well.

Klíčová slova v ČJ: alkohol, neurologické onemocnění, závislost, mozek, ošetrovatelství

Klíčová slova v AJ: alcohol, neurological diseases, addiction, brain, nursing

Rozsah: 48 stran/ 14 příloh

Obsah

Úvod	9
1 Popis rešeršní činnosti	12
2 Základní pojmy a principy nervové soustavy.....	15
2.1. Mechanismus poškození nervových buněk alkoholem.....	16
3 Alkohol	17
3.1. Alkohol a jeho metabolismus.....	17
3.2. Alkohol a jeho vliv na nervovou soustavu.....	17
4 Neurologické komplikace požívání alkoholu	19
4.1. Neurologické projevy organismu u pacientů závislých na alkoholu	19
5 Ošetřovatelství u pacientů závislých na alkoholu.....	24
5.1. Ošetřovatelství v neurologii	24
5.2. Ošetřovatelský proces v ošetřovatelství v neurologii	25
5.3. Ošetřovatelské diagnózy v neurologii u pacientů závislých na alkoholu	28
6 Možnosti léčby u pacientů závislých na alkoholu	31
6.1. Role všeobecné sestry v péči o pacienta	34
6.2. Prevence nadměrného požívání alkoholu	35
7 Shrnutí získaných informací a jejich význam pro ošetřovatelství.....	37
Závěr.....	39
Referenční zdroje.....	40

Seznam zkratek.....	47
Seznam příloh.....	48

Úvod

Nadměrné požívání alkoholu představuje celosvětový problém. Mezi rizikové faktory patří úmrtí pacientů a velmi závažná zdravotní postižení. Konzumace alkoholu je nedílnou součástí životního stylu populace (Ferrauguti a kol., 2015, s. 670). Alkohol na organismus působí komplexně. Převážně má vliv na tzv. systém odměn. Pokud se alkohol požije, dochází k aktivaci systému odměn, při dlouhodobém užívání dochází k změnám jeho citlivosti a organismus již nereaguje na běžné stimuly spojené s alkoholem. Při pravidelném užívání alkoholu se organismus adaptuje na pravidelné dodání této inhibiční látky a následně vzniká jeho neurotoxické poškozování. (Kašpárek, 2014, s. 154).

Podle závěrečné zprávy z Úřadu vlády České republiky (Autorský kolektiv, 2019, s. 3) je **alkohol** odpovědný za **3,3 miliónu úmrtí**. To představuje 5,9 % všech úmrtí celosvětově, tedy každému dvacátému úmrtí. U nadměrného požívání alkoholu stoupá riziko vzniku velkého množství onemocnění. Díky tomu představuje nadužívání alkoholu pro zdravotnictví zvýšení nákladů a pro pacienty kratší život, ale také sníženou kvalitu života. Nejnovější studie ukazují, že rizika spojená s konzumací alkoholu jsou daleko vyšší, než se předpokládalo, a jakékoli množství vypitého alkoholu může představovat pro lidský organismus zdravotní nebezpečí.

Nicméně výsledky dosud publikovaných studií nejsou jednotné a mnohdy rozporuplné. Převážně se jedná o maximální možnou denní dávku alkoholu, která je svým způsobem bezpečná. Heinrich (2015, s. 86-87) poukazuje na epidemiologické studie užívání alkoholu, které poukazují, že alkohol je velmi prospěšný u srdečních onemocnění, pokud se nepřekračuje denní dávka alkoholu 10 – 30 g. Další studie ukazují na ochranný vliv při pravidelném požívání vína, kdy denní dávka v tomto případě představuje 0,1 – 0,3 l vína. Alkohol v těchto minimálních dávkách snižuje riziko srdečního infarktu i cévní mozkové příhody. Nicméně jaterní poškození vzniká u chronických pijáků. V důsledku steatózy jater u nich dochází k menší či větší hepatomegalii, která bývá u následné abstinence reverzibilní. U 8 – 20 % chronických konzumentů alkoholu se rozvine jaterní fibróza nebo cirhóza (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 350).

K velkému riziku různých onemocnění dochází při postupnému zvyšování denních dávek alkoholu. Ženy většinou své pijáctví skrývají, pijí tajně. Naopak muži často užívají alkohol ve společnosti. Alkohol má také odlišný efekt u různých ras. Například asiátům chybí enzym štěpící alkohol.

V současné době mnoho výzkumů a důkazů poukazuje na to, že uživatelé alkoholu, kteří pijí maximálně 1 drink týdně, mají nižší riziko mortality než ostatní lidé. Některá doporučení pití

alkoholu, která vedou k prevenci určitého onemocnění, zároveň ignorují fakt, že dojde k výraznému zvýšení rizika onemocnění jiného. Přesto tato tvrzení jsou velmi nejednoznačná a záleží na mnoha faktorech. Musí se kriticky uvažovat a interpretovat správně dostupné vědecké údaje (Miovský, 2017, s. 158).

V České republice v roce **2016** se průměrná spotřeba čistého alkoholu pohybovala okolo **11 až 12 litrů na osobu** (to je 0,75l 10° piva, resp. 32 g alkoholu denně), a to nás řadí dlouhodobě na neslavné první příčky ve srovnání s ostatními státy. Tento vývoj průběžně sleduje Světová zdravotnická organizace (WHO) a současně Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), (Kolektiv autorů, 2019, s. 3). V roce **2000** byla odhadovaná spotřeba čistého alkoholu v České republice **8,3 litrů na osobu** (Popov, 2003, s. 29).

Podle studie Úřadu vlády České republiky (Kolektiv autorů, 2019 s. 6-7) byly vypočteny celospolečenské náklady nadměrné konzumace alkoholu v České republice v roce 2016. Celkový finanční dopad konzumace alkoholu na společnost se rovná **56,57 mld. Kč**, což představuje 1,2 % HDP.

Kromě somatických následků má alkoholismus vliv i na psychickou a sociální sféru jedinců, což se projevuje rozvratem osobnosti, depresemi, poruchou mentálního zdraví, rozpadem rodiny a dalších sociálních vazeb člověka (Mülerová a kol., 2014, s. 126).

Definice WHO z roku 1952 závislosti na alkoholu zní: *„Alkoholici jsou excesivní pijáci, jejichž závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že se v nich vyvinuly zřetelné poruchy a konflikty týkající se jejich tělesného a duševního zdraví, jejich mezilidských vztahů, jejich sociálních a hospodářských funkcí, anebo že se ukazují prodromy takového vývoje“* (Heinrich, 2015, s. 81).

S nadměrným požíváním alkoholu jsou úzce spojeny nemoci nervového systému. Alkohol, který proniká do mozku, má vliv na neurony podobně jako celková anestetika. Působí na membránové děje (ovlivňuje receptory neuronální membrány). Při vyšší dávce ethanolu převažuje tlumivý vliv (Orel, 2015, s. 180-181).

Dále se následující kapitoly bakalářské práce budou zaměřovat na ošetrovatelskou péči a diagnostiku nadměrného požívání alkoholu u pacientů s neurologickým onemocněním.

Pro přehled byly v této bakalářské práci stanoveny tři cíle:

Cíl 1.

Vyhledat a popsat nejčastější neurologické onemocnění v souvislosti nadměrného požívání alkoholu.

Cíl 2.

Zjistit nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů s neurologickým onemocněním vzhledem k závislosti na alkoholu.

Cíl 3.

Zmapovat možnosti léčby u pacientů, závislých na alkoholu

Vstupní literatura

HERLE, Petr, a kol. 2015. *Diferenciální diagnostika v neurologii*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o. 200s. ISBN 978-80-7496-171-7.

JUNKEROVÁ, Jana, CZERNÝ, Daniel. 2010. Chronická intoxikace alkoholem. *Neurologie pro praxi* [online]. 11(4), 236-238 [cit. 2019-25-11]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2010/04/08.pdf>

KULIŠŤÁK, Petr. 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 902 s.ISBN 978-80-246-3068-7.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přep. a dopl.vyd.. Praha: Grada Publishing s.r.o. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

TYRLÍKOVÁ, Ivana, BAREŠ, Martin, a kol. 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. roz. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

1 Popis rešeršní činnosti

V této části je popsán algoritmus rešeršní činnosti, na jehož základě byly dohledány odborné články a studie použité v této bakalářské práci.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVAJÍCÍ KRITÉRIA


Klíčová slova v ČJ: alkohol, neurologické onemocnění, závislost, mozek, ošetrovatelství

Klíčová slova v AJ: alcohol, neurological diseases, addiction, brain, nursing

Jazyk: český, anglický

Období: 2010 - 2019

Další kritéria: dostupnost plných textů, recenzovaná periodika



DATABÁZE

EBSKOhost, BMČ, PubMed, GOOGLE Scholar



NALEZENO: 94 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Vyřazeno bylo 66 článků. Články nevztahující se k tématu, duplicitní články a kvalifikační práce.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO - 2 články

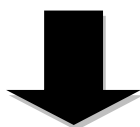
BMČ - 3 články

PubMED - 6 článků

GOOGLE Scholar - 18 článků



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 28 dohledaných článků a 21 knih, které jsou uvedeny v odkazech referenčních zdrojů.



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

International Journal of Nursing Education - 1 článek
Acta neuropathologica - 1 článek
Journal of addiction medicine - 1 článek
Journal of addiction medicine - 1 článek
Current Medicinal Chemistry - 1 článek
Neurologie pro praxi - 4 články
The American Journal of the Medical Sciences - 1 článek
Alkohol and Alcoholism - 1 článek
Praktické lékarenství - 1 článek
Adiktologie - 2 články
Clinical Psychofarmacology and Neuroscience - 1 článek
Pharmacopsychiatry - 1 článek
Medicína pro praxi - 1 článek
Psychiatrie pro praxi - 1 článek
Česká a Slovenská psychiatrie - 1 článek
Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie - 1 článek
PLoS ONE - 1 článek
Praktický lékař - 1 článek
Harvard review of psychiatry - 1 článek
Journal of Neuroscience Nursing - 1 článek
Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a porodnej asistencie - 1 článek
ResearchGate - 1 článek
Úřad vlády České republiky. iHeta - 1 článek
Kontakt - 1 článek
Postragudální nefrologie - 1 článek

2 Základní pojmy a principy nervové soustavy

Centrální nervová soustava je nejvýše postaveným řídicím systémem v organismu. Dělí se na **centrální** (mozek a mícha) a **periferní** (periferní nervy hlavové, míšní a útrobní).

Nervová buňka - **neuron**, je základní morfologickou a funkční jednotkou nervové soustavy. Funkční celek s neurony tvoří buňky glie a cévní systém. Neuron je kryt buněčnou membránou a obsahuje jádro, jadérko a další buněčné organely. Z těla buňky vedou dva výběžky. Jeden je **axon**, který vede vzruchy odstředivě a druhý je **dentrit**. Dentritů je víc a vedou vzruchy dostředivě. Axony, kromě vegetativních, mají myelinovou pochvu s Ranvierovými zářezy významně podílejících se na vedení vzruchů. Mezi hlavní a základní vlastností nervové buňky patří **tvorba a vedení vzruchů** (Seidl, 2015, s. 17).

Neurony nejsou jediné prvky nervové soustavy. Patří k nim **gliální buňky**, které se dělí na **astrocyty** (podílejí se na hematoencefalické bariéře), **mikroglie** (podílejí se na obranných mechanismech) a **oligodendroglie**, které spolu se Schwanovými buňkami se účastní tvorby myelinových pochev axonálních výběžků neuronů a společně s astrocyty zajišťují nezbytnou potřebu výživných látek pro neurony a jejich obnovu. Výstelku dutin centrálního nervového systému tvoří **ependym**, který společně s cévami tvoří plexus chorioideus ve kterém se vytváří mozkomíšní mok. Bez těchto gliálních částic by fungování centrálního nervového systému nebylo schopno funkce (Mourek, 2012, s. 151).

Regenerace nervového systému je velmi ohraničená. Neurony neregenují, přesto mají readaptující činnost kvůli velkému množství spojů. Gliové buňky se obnovují často (Seidl, 2015, s. 58)

Velmi důležitou součástí pro vznik a vedení vzruchů je diferencovanost potenciálu a složení iontů vně a uvnitř buňky. Propustnost buněčné membrány je pro K^+ a Cl^- , menší propustnost je pro Na^+ a vůbec není propustná pro organické anionty. Záporné napětí uvnitř buňky tvoří **klidový potenciál**. **Koncentrační gradient** vzniká pro ionty K^+ , které mají větší koncentraci intracelulárně, proto je směrem ven z buňky. Směrem do buňky je **elektrický gradient**.

Naopak ionty Na^+ mají větší koncentraci extracelulárně, z toho vyplývá, že koncentrace směřuje do buňky a zároveň stejným směrem působí gradient elektrický. Pro zajištění stimulace neuronu dojde k propustnosti buněčné membrány pro Na^+ , které proudí do buňky a vně z buňky proudí K^+ . (Seidl, 2015, s. 55).

Reflexní děj patří mezi základní činnost nervové soustavy. Je to přenos vzruchu z receptoru na efektor za pomoci nervových vláken a synapsí (Seidl, 2008, s. 21).

Periferní nervový systém obstarává anatomické a funkční propojení mozku s ostatními periferními tkáněmi za pomoci axonů a dendritů obalené Schwannovou a myelinovou pochvou. Míšní nerv je tvořen vlákny **aferentními**, které jsou **senzitivní** (bolest, teplo, chlad) a **senzorickými** (smyslové orgány jako je zrak, čich, sluch, chuť) a **eferentními** vlákny. Spoje těchto vláken utvářejí motorická vlákna předních rohů míšních, vlákna vegetativní a alfa a gama vlákna ke svalovým vřeténkům (Seidl, 2015 s. 61).

2.1. Mechanismus poškození nervových buněk alkoholem

Jelikož je ethanol dobře mísitelný s vodou a velmi dobře rozpustný v tucích, dokáže v těle velmi snadno překonat všechny překážky. Jeho účinek se nejprve rozvíjí v mozku, kdy anulují zábrany a působí povzbudivě. Pokud se alkohol pije v mírném množství. Při dávkách, které jsou vyšší, dochází k ztrátě sebekontroly, motoriky aj. Chronické užívání alkoholu škodí především játrům a **mozku**. U mozku je porušena funkceschopnost. K tomuto jevu přispívá snížení počtu neuronů (Lüllmann, Mohr, Hein 2012, s. 304).

U konzumentů alkoholu je zhoršena komunikace mezi buňkami mozku. K přerušení komunikace dochází především na úrovni receptorů a poté dochází ke změnám struktury, kde jsou spojeny neurony na obou stranách synapsí. Ethanolem je poškozena zejména bílá hmota mozková, kde jsou mezi neurony obalené spoje myelinem. Nedostatek mozkové tkáně se projevuje především v čelním laloku, mozečku a limbickém systému. (Preiss, Kučerová, 2006, s. 149).

3 Alkohol

Alkohol je organická látka, která obsahuje jednu nebo více hydroxylových skupin (OH-). Z toxikologického pohledu jsou nejdůležitější dva primární alkoholy. **Metanol** (metylalkohol) a **etanol** (etylalkohol). Jako výsledek fermentace cukrů se v přírodě běžně vyskytuje etanol, jehož procesu se hojně využívá při výrobě alkoholových výrobků a etanolu. V destilátech je výskyt metanolu dán hydrolýzou pektinů ovoce, jež se používá ke kvašení. **Metanol** se vyskytne **nechtěně** během **výroby** etanolu. **Metanol** přináší pro konzumenty řadu **zdravotních rizik** (Adamovský, 2016, s. 1).

3.1. Alkohol a jeho metabolismus

Působení alkoholu na organismus se odvíjí od tělesné hmotnosti a pohlaví konzumenta. Alkohol se po požití absorbuje ze žaludku do tenkého střeva ve stejné podobě. Lidské tělo nedokáže skladovat alkohol, proto je všechn metabolizován. Významný vliv na psychiku a lidské tělo má jeho metabolit acetaldehyd vznikající působením enzymu alkoholdehydrogenázy a ten napadá především proteiny, které obsahují thiolovou skupinu (-SH). Tímto působením se acetaldehyddehydrogenázy se acetaldehyd v těle odbourává až na neškodnou kyselinu octovou (Šmídová, Fiala, 2013, s. 27).

Přes enzym alkohol dehydrogenázu (ADH) vede hlavní cesta metabolického zpracování alkoholu. Enzym zpracování alkoholu je konstantní, a to asi 4mmol/h. U chronického užívání alkoholu je metabolickou cestou mikrozomální etanol oxidující systém (MEOS), kdy jde o adaptivní mechanismus. Metabolické dráhy oxidují alkohol na acetaldehyd, který je zodpovědný za poškození buněk a tkání, které jsou způsobeny požíváním alkoholu a následně jeho metabolismem (Šmídová, Fiala, 2013, s. 28).

3.2. Alkohol a jeho vliv na nervovou soustavu

Alkohol výrazně zasahuje do celé řady neurotransmitterových systému v mozku. Podobně jako řada návykových látek se alkohol vměšuje do tzv. systému odměn. Tento systém je spjat funkčně s dopaminergním systémem, který je zodpovědný za velmi krásné a příjemné pocity po požití jakékoli návykové látky. Po požití dochází k uvolnění noradrenalinu, který přispívá k "oživení organismu". Po požití alkoholu dojde k aktivaci endogenních opioidů. Tyto opioidy

redukuje stres, působí analgeticky a jsou velmi odpovědné za vnímání příjemných pocitů. Vývoj nežádoucích efektů jako je sedace, amnézie a ataxie má za následek aktivace gabaergního systému. Po požití alkoholu na vznik amnézie má vliv inhibice excitačních NMDA (*N-metyl-D-aspartát*) receptorů. Alkoholem se aktivuje i serotoninový systém, který způsobuje nevolnost, vyvolává i některé příjemné prožitky a zároveň může způsobit úzkost a agresivitu (Tyrlíková, 2014, s. 198).

Nejvýznamnější cíl CNS, na které působí alkohol, jsou neurony, jež mají na povrchové membráně GABA receptory, které jsou součástí buněčného iontového kanálu pro chloridové ionty. Endogenní neurotransmitter kyselina gama-aminomáselná (GABA) je jeho přirozený aktivátor. Jako přirozený inhibiční neurotransmitter působí látky, které mají stejně jako GABA schopnost vazby na GABA receptor. Řadíme mezi ně benzodiazepiny, barbituráty a alkohol. K ovlivnění CNS a snížení kognitivních funkcí vede interakce alkoholu s GABA receptorem (Adamovský, 2016, s. 2).

Dílčí transmitterové systémy působí odlišně podle toho, zda je alkohol užíván chronicky nebo akutně. Zvýšená regulace NMDA receptorů a snížená regulace GABA-A receptorů je důsledek u chronického užívání alkoholu (Tyrlíková, 2014, s. 198).

Pro jednodušší přirovnání při požití alkoholu je zhoršena komunikace mezi mozkovými buňkami. Nejdříve dojde ke změnám, které se týkají receptorů a po-té jsou změny i ve strukturách spojení neuronů, týkající se obou stran synapsí. Alkohol poškozuje zejména bílou hmotu mozkovou, ve které jsou myelinem obalené spoje obklopeny mozkovými buňkami (neurony). Narušeny jsou i neurony v šedé hmotě mozkové. Ztráta mozkové tkáně je především patrná v čelním laloku, mozečku a limbickém systému (emočním), (Preiss, Kučerová, 2006, s. 149).

Agresivní a násilné chování u jedinců lze pozorovat při akutní opilosti nebo dlouhodobé závislosti užívání alkoholu. Na začátku opojení z alkoholu u člověka vzniká pocit sebevědomí, konzument je sdílný a v krásném rozpoložení. Při dalším opíjení alkohol postihuje činnost mozečku, podkorových systémů a kortexu. Toto vyvolává u člověka křik, netaktnost, bezohlednost, impulzivní chování, které je málo korigovatelné (Látalová, 2013, s. 122).

4 Neurologické komplikace požívání alkoholu

Neurologická onemocnění, která jsou způsobená nadměrným požíváním alkoholu, způsobující nutriční nebo vitamínové nedostatky. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k nepřiměřené ztrátě bílé mozkové hmoty a vede k zhoršení výkonné funkce. Chronické užívání alkoholu vede k oslabení centrálního a periferního nervového systému a kosterních svalů. Všechny typy buněk v nervovém systému jsou citlivé na metabolické, toxické a degenerativní účinky alkoholu, kdy hlavními cíli alkoholu jsou astrocyty, oligodendrocyty a synaptické terminály, podílející se na atrofii bílé hmoty, nervového zánětu, toxicitě a poruchách synaptogeneze. Mimo degenerativní chronické neuropatologie mají chroničtí uživatelé alkoholu predispozici k rozvoji potencionálně závažného život ohrožujícího akutního nebo subakutního symetrického hemoragického poškození v diencephalonu a mozkovém kmeni v důsledném nedostatku thiaminu, jenž má metabolické a toxické účinky na glii, myelin a mikrovaskulaturu. Alkohol má také velmi ničující účinky na vyvíjející se mozek tzv. syndrom fetálního alkoholu. Ethanol poškozuje funkci neuronů a glií, narušuje široké spektrum funkcí, včetně životnosti neuronů, buněčné migrace a diferenciaci gliových buněk astrocytů a oligodendrocytů (DeLaMonte, Krill, 2014, s. 71).

4.1. Neurologické projevy organismu u pacientů závislých na alkoholu

Neurologické projevy u chronické intoxikace alkoholem jsou ničující. Nedostatek je projevem v mnoha variantách a etážích nervového systému. Je způsoben mnoha kombinacemi. Převážně neurotoxického efektu etylalkoholu a jeho metabolitů, genetického vybavení člověka konzumující alkohol, nutriční a vitamínové karence. Jedna z hlavních preferencí u konzumentů alkoholu je poškození mozku (Junkerová, Czerný, 2010, s. 236).

Vybrané příznaky u lidí ne zcela závislých na alkoholu

- **Akutní otrava alkoholem**

Kritickou hodnotu představuje 4-5 promile alkoholu v krvi. U takové otravy dochází často k útlumu dechového centra. Pokud je pacient nalezen včas dojde k výplachu žaludku a provedeme forsírovanou diurézu. Pokud je Glasgow Coma Scale menší než 8 u pacienta provedeme intubaci a upravujeme životní prostředí (Ehrmann, Hůlek a kol. 2014, s. 347).

- **Škodlivé užívání alkoholu**

Převážně jde o interakci alkoholu a užívání léků. Pokud se alkohol zkombinuje s benzodiazepiny, dochází k agresivitě a impulzivnímu jednání. U kombinace s antipsychotiky dochází k zvyšování náhlé příhody srdeční. I u zdravých jedinců při alkoholovém excessu mohou vznikat arytmie. Rizikový faktor u škodlivého užívání alkoholu v kombinaci s antipsychotiky je **maligní neuroleptický syndrom**. Antidepresiva mohou v kombinaci s alkoholem vyvolat těžký útlum (Nešpor, 2012, s. 8).

- **Psychotická porucha vyvolaná alkoholem**

Tyto příznaky trvají déle než 48 hodin. Patří mezi ně alkoholová halucinóza a alkoholová paranoia. Po abstinenci musí plně odeznít do šesti měsíců, jinak se jedná o psychotickou poruchu, jejímž spouštěčem byl alkohol. Léčí se antipsychotiky, většinou haloperidolem (Hůlek, Urbánek a kol. 2018, s. 368).

- **Intoxikace metylalkoholem**

V medicíně je to velmi urgentní stav, kdy se musí co nejdříve poskytnout pomoc. Co nejrychleji se eliminuje metanol a jeho metabolity, jinak dojde k těžkému poškození orgánů a následně k smrti. Metanol, se v těle nemocného metabolizuje na formaldehyd a poté na kyselinu mravenčí. Tyto dvě látky mají vysokou toxicitu v organismu a následně dochází k poruše buněčného dýchání v mitochondriích. Metabolit metanolu kyselina mravenčí je velmi toxická. Přesto v organismu nekumuluje a má krátký biologický poločas. Nahromaděním této kyseliny mravenčí v těle vzniká metabolická acidóza, poškození zraku a bazálních ganglií (Zakharov, Pelcova, Navratil a kol., 2014, s. 39).

Vybrané alkoholem navozené poruchy kognitivních funkcí:

- **Wernickeova encefalopatie**

Patří mezi neuropsychiatrické syndromy, které způsobuje deficit thiaminu. Často tento deficit bývá vznikem deliria u hospitalizovaných pacientů. Příznaky typické pro onemocnění jsou oftalmoplegie (slabost, nebo ochrnutí očních svalů), ataxie (nedostatek svalové hmoty k ovlivnění pohybů) a delirium (Junkerová, Czerný, 2010, s. 236).

- **Korsakovova amnestická psychóza**

Psychické onemocnění neurologického charakteru, kdy hlavní příčinou je poškození mozku (alkoholem nebo nedostatkem vitamínu B1) a jeho některých struktur, mezi něž řadíme mamilární tělíska a thalamus. Projevy Korsakovy psychózy: závažná porucha krátkodobé paměti, dezorientace, fabulace, halucinace, netečnost, trvalé poškození intelektu, záněty nervů (Režnáková, 2018, s. 207).

- **Alkoholová demence**

K atrofii mozku vede neurotoxický efekt alkoholu. Dochází k úbytku bílé hmoty mozkové, ke snížení počtu neuronů v mozečku, a tím ke snížení synapsí. U této demence je výrazná degradace osobnosti (Fišar a kol., 2009, s. 330).

- **Centrální pontinní myelinolýza**

Jedná se o demyelinizující onemocnění pontu, které vyvolává rychlá korekce hyponatrémie. Mezi největší rizikové faktory patří hyponatrémie, která je běžná u alkoholiků. Zvýšená diuréza je spojena s alkoholem, který blokuje antidiuretický hormon (Vodička, 2017, s. 90). U této poruchy jsou psychické a neurologické potíže. Mezi neurologické řadíme dysartrii, dysfagii, různé pseudobulbární symptomy, parkinsonské příznaky, tremor, okulomotorické poruchy, dystonii, rigiditu, ataxii a jiné poruchy hybnosti (King, Rosner, 2010, s. 563).

Vybrané alkoholem navozené poruchy na periferních nervech:

- **Alkoholická polyneuropatie**

Onemocnění se vyskytuje asi u 20 % chronických alkoholiků. Je způsobena především nedostatkem vitamínu B1 (thiaminu) a nedostatečnou nutriční vyvážeností. Vyskytuje se v akutní fázi s velkou motorickou slabostí dolních končetin (Otruba, 2011, s. 286).

- **Alkoholická myopatie**

Projevuje se bolestí dolních končetin s následnou slabostí až myoglobinurií. Převážně její akutní forma (alkoholická rhabdomyolýza) postihuje až 10 % alkoholiků, kteří jsou přijati k hospitalizaci (Lukáš, Žák a kol., 2015, s. 135).

Vybrané nejčastější neurologické komplikace vlivem alkoholu:

- **Alkoholický tremor**

Vznikající třesy jsou propojením toxického poškození mozečku a zároveň akcentovaného fyziologického třesu, který je rychlý, jemný posturálně kinetický, ustupující po dávce alkoholu (Herle a kol., 2015, s. 139).

- **Marchiafava – Bignami syndrom**

U chronických uživatelů alkoholu je to velmi vzácná komplikace. Zpočátku dochází k edému centrální části corpus callosum, v pozdější části k atrofii, léze bílé hmoty frontálních a temporálních laloků, které lze pozorovat na Magnetické rezonanci. Nemoc má tři formy: akutní, kdy pacient umírá během několika dnů, subakutní a chronickou, kdy pacient umírá během několika let. Alterace vědomí dominuje u akutní formy. U chronické formy je to demence, dysartrie a mimovolné pohyby (Seidl, 2015, s. 320).

- **Alkoholová mozečková atrofie**

Vzniká u chronických uživatelů alkoholu, kdy u nich dochází ke ztrátě Purkyňových buněk v mozečku, je samostatná, nebo v rámci Wernickeovy encefalopatie (Seidl, Vaněčková, 2014, s. 215).

- **Fetální alkoholický syndrom**

Pozorován je u dětí, kdy jejich matky během těhotenství požívaly alkohol.

U těchto dětí bývá konstatována větší úmrtnost až 15 %. Novorozenci rodící se s menší porodní váhou mají často diagnostikovan v pozdějším věku hyperaktivní syndrom. Pokud děti přežijí, jsou u nich v hojné míře pozorovány poruchy chování a mentální retardace (Seidl, 2015, s. 321).

- **Abstinenční syndrom**

Projevuje se v prvních hodinách a dnech u chronických uživatelů alkoholu. Lze pozorovat tremor, epileptické záchvaty, alteraci vědomí, halucinace, které jsou velmi často doprovázené tachykardií, zvýšeným pocením a zvýšenou teplotou (Seidl, 2015, s. 321).

Delirium tremens

Je vyústění abstinenčního syndromu. Dochází k dezorientaci, zastřenému vědomí, paranoidním myšlenkám. U nemocných je těžká psychomotorická agitace, vizuální a sluchová halucinace, zvýšená sugestibilita, euforie či dysforie, těžká vegetativní reakce (Pecinová, 2011, s. 311). Pokud se onemocnění neléčí je u nemocných až 15% úmrtnost. Vždy je nutné sledovat vnitřní prostředí, hladinu glukózy, aplikuje se vitamín B (Seidl, 2015, s. 321).

- **Alkoholová epilepsie**

Lidé při časté konzumaci alkoholu mají 3x větší riziko vzniku epilepsie. Riziko vzniku epilepsie jako chronického onemocnění je závislé na dávce konzumovaného alkoholu především u lidí, kteří pijí 51 – 100 g alkoholu denně (Tyrliková, 2013, s. 197).

Jakmile se náhle vysadí alkohol, dochází k poruše rovnováhy se vznikem epileptických záchvatů. Epileptický syndrom způsobený alkoholovou epilepsií má tři vývojová stádia:

1. stádium - záchvaty při náhlém vysazení alkoholu tzv. „withdrawal seizures“.

2. stádium - záchvaty se vyskytují i mimo abstinenci.

3. stádium - výskyt záchvatů i při plné a dlouhodobé abstinenci. U prvního stádia se neindikuje léčba antiepileptiky, ale u druhého a třetího již indikována je (Bartolomei, 2006, in Tyrliková, 2013, s. 197).

- **Chronická intoxikace alkoholem**

Dochází k toxickému poškození nervové soustavy při nutričním a vitamínovém nedostatku. Dochází ke kombinaci postižení různých stupňů nervové soustavy, k vícesystémovým poruchám. Současně může mít pacient např. Wernickeovu encefalopatii, cerebelární degeneraci a těžkou alkoholickou polyneuropatii (Junkerová, Czerný, 2010, s. 236 - 238).

5 Ošetřovatelství u pacientů závislých na alkoholu

Alkoholismus je nemoc. Mnoho lidí zastává názor, že pokud je člověk závislý na alkoholu, může přestat s požíváním alkoholu kdykoli bude chtít. Samotní konzumenti si neuvědomují, že jde o nemoc, která velmi poškozuje jejich psychické tělesné a především sociální zdraví. Sestra při stanovení ošetřovatelských diagnóz musí být velmi zdatná v pozorování a při komunikaci s pacientem. Ošetřovatelská péče, která je poskytována pacientům se závislostí na alkoholu, je individuálně nastavená podle stadia, v kterém se momentálně pacient nachází (Vicáňová, Rovná, 2010, s. 51).

Sestra je důležitá součást zdravotnického týmu, pečujícího o nemocného člověka. Je velmi důležité, aby ve své profesi dokázala pečovat jak o fyzickou, tak i psychickou stránku nemocného a uměla komunikovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 255). Na každého pacienta musí sestra nahlížet jako na lidskou bytost bez předsudků v celém jeho bio-psycho-sociálním a duchovním rozměru, měla by uplatňovat holistický přístup a plně respektovat jeho lidskou důstojnost (Wichsová, 2011, s. 10-11).

5.1. Ošetřovatelství v neurologii

Sestry, které poskytují ošetřovatelskou péči pacientům s neurologickým onemocněním, si musí uvědomovat jak primární, tak behaviorální příznaky emoční dysregulace, které mohou ovlivnit sekundární příznaky kognitivního fungování, např. dodržování léčebných plánů a zapojení do sociálního a pracovního prostředí, navodit dobrou strategii životního stylu, jako jsou: intelektuální cvičení, správná výživa, fyzické cvičení, správná hygiena spánku a absence drog a **alkoholu**. Převážně alkohol vede k výraznému zhoršení kognitivních funkcí (Vance, 2014, s. 82-84).

Z koncepce oboru ošetřovatelství vycházejí cíle ošetřovatelství v neurologii, která jsou zaměřena na ošetřovatelskou péči zahrnující prevenci, podporu a udržení zdraví, pomoc pacientům k nezávislosti a soběstačnosti s neurologickým onemocněním v nejkratším možném časovém úseku (Slezáková, 2014, s. 8).

Neurologické ošetřovatelství má tyto cíle:

- Holistický přístup k pacientům s neurologickým onemocněním.
- Zajišťovat ošetřovatelskou péči preventivní, dále potom primární, sekundární a následnou, zároveň i rehabilitační a edukační péči.
- Aktivně zapojovat pacienta a jeho nejbližší okolí do postupu k uzdravování a k podpoře zdraví.
- Efektivně sledovat ošetřovatelskou péči s požadavky pacienta a důsledně dodržovat efektivnost a bezpečnost ošetřovatelského procesu.
- Uplatňovat ošetřovatelství založené na důkazech.
- Zajistit řádnou edukaci pacientů dle jejich aktuálních potřeb (Slezáková, 2014, s. 8).

5.2. Ošetřovatelský proces v ošetřovatelství v neurologii

První fáze ošetřovatelského procesu je **posuzování**. Sestra s kritickým myšlením tento proces provádí ve všech svých činnostech během péče o pacienta, doplněný o vhodně zvolenou správnou komunikaci. Touto fází získá objektivní i subjektivní údaje o pacientovi. Všechny získané informace tvoří **ošetřovatelskou anamnézu**. Mezi posuzování tedy zahrnujeme pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření (převážně zaměřený na nervový systém). Pro získávání informací je pro sestru velmi důležité vytvořit mezi ní a pacientem příjemné přátelské prostředí bez předsudků. Pro posuzování pacienta je velmi zásadní kritické myšlení, vzdělanost a délka praxe v oboru sestry (Slezáková, 2014, s. 2).

Ošetřovatelská anamnéza se zjišťuje před fyzikálním vyšetřením a měla by obsahovat u neurologického pacienta tato data: identifikační údaje, potíže důvodné k návštěvě lékaře, anamnéza vzniklého onemocnění (trvání, druh apod.), anamnézu předešlého neurologického onemocnění (poruchy paměti, psychické změny, druh porodu (klešťový, spontánní), předcházející hospitalizace, úrazy, užívané léky, rodinnou anamnézu (dědičná onemocnění, cévní nemoci, nervově svalové poruchy, rizikové faktory nemoci), životní styl (stravování, aktivity, spánek, návyky, záliby), sociální údaje (vzdělání, zaměstnání, sociální interakce, působení rizikových faktorů prostředí), psychologické údaje (stres, zvládání běžných situací, nálada, seberealizace a duchovní anamnézu (vyznání), (Slezáková, 2014, s. 11).

Nedílnou součástí ošetřovatelské anamnézy je **fyzikální vyšetření**, při kterém sestra používá základní metody: pohled, pohmat, poslech a poklep, kdy klade převážně důraz

na nervový systém: stupeň vědomí, duševní stav, hlavové nervy, reflexy, motorické a senzorické funkce (Slezáková, 2014, s. 12).

Velmi důležité je posuzování **aktivit denního života**: stravování a příjem tekutin, spánek, vylučování, aktivita a odpočinek, hygiena, samostatnost při úpravě (Slezáková, 2014, s. 17).

V **ošetřovatelském procesu** jsou **nezastupitelné škály, hodnotící techniky a testy** v oblasti stavu vědomí, soběstačnosti, rizika vzniku komplikací, bolesti a závislosti.

Hodnocení stavu vědomí

- **Glasgow Coma Scale** – zjištění kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých (příloha č. 2)
- **Mini vyhodnocení duševního stavu** (příloha č. 3)
- **Odhad zmatenosti – Zkrácený mentální bodovací test** (příloha č. 4)

Hodnocení soběstačnosti

- **Barthelové test základních všedních činností ADL** (příloha č. 5)
- **Test instrumentálních všedních činností IADL** (příloha č. 6)
- **Klasifikace funkční úrovně sebeděče Gordonové**
- **Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)**, (příloha č. 7)

Hodnocení rizika vzniku komplikací

- **Hodnocení nutričního stavu MNA** (příloha č. 8)
- **Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu pacienta** (příloha č. 9)
- **Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu** (příloha č. 10)
- **Gaitův funkční test – určení rovnováhy/prevence pádů** (příloha č. 11)

Hodnocení bolesti

- **Melzackova škála bolesti** (příloha č. 12)
- **Numerická škála bolesti** (příloha č. 13)
- **Vizuální analogová škála bolesti** (příloha č. 14)

Hodnocení závislosti na alkoholu

- **The Alcohol Use Disorders Identifikation Test (AUDIT)**, (příloha č. 1)

Následně je provedena **ošetřovatelská diagnostika**, která zahrnuje jen stavy, které spadají do kompetence sestry. Klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz vypracovala NANDA, podle funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. Tento systém se neustále mění a je doplňován, podle nových poznatků v ošetřovatelství (Slezáková, 2014, s. 18).

Druhy ošetřovatelských diagnóz: **aktuální ošetřovatelská diagnóza** (na základě objektivních a subjektivních příznaků popisuje aktuální změny), **potencionální ošetřovatelská diagnóza** (určuje problémy, které se mohou projevit – riziková), **syndromová ošetřovatelská diagnóza** (zaznamenává skupinu aktuálních nebo potencionálních ošetřovatelských diagnóz), **ošetřovatelská diagnóza na podporu zdraví** (sestra posiluje pacienta v péči o jeho vlastní zdraví), (Slezáková, 2014, s. 18).

Mezi další fázi ošetřovatelského procesu patří **plánování**, které má dvě části: **stanovení cílů** (předpokládaných výsledků), který vede k dosažení potřebného tělesného, psychického a sociálního stavu pacienta, kterého chceme docílit. Následuje plán **ošetřovatelských činností** (výkony, intervence), pomocí kterých dosáhneme **dosažení cílů**. Cíl bývá **krátkodobý**, který se věnuje bezprostředně následujících dnů nebo hodin. K tomu se vztahuje cíl **dlouhodobý**, kdy se pacienti v následném časovém horizontu mohou v rámci možností svého dosavadního onemocnění vrátit do normálního života. Sestra při plánování by měla rozeznat správně problémy a rizika pacienta, které vyplývají následně z lékařských diagnóz. Musí plánovat dle svých odborných znalostí a zdravého úsudku ve prospěch pacienta. Plán může být v průběhu péče přehodnocen a změněn ve prospěch pacienta. **Hodnocení plánů** provádíme dle stanovených cílů. Při nedosažení výsledků diskutujeme s ostatními členy týmu o problematice nemocného (Mastiliaková, 2014, s. 37-44).

5.3. Ošetrovatelské diagnózy v neurologii u pacientů závislých na alkoholu

Sestra musí být zodpovědná za správnou diagnostiku ošetrovatelské diagnózy. Velmi jí k tomu pomáhá kritické myšlení, logické uvažování, intelekt, kdy je schopna rozpoznat problém, vyhodnotit situaci a určit správné řešení problému. Velmi úzce s kritickým myšlením je důležitá její ošetrovatelská zkušenost a vzdělání (Vörösová a kol., 2015, s. 7).

Vybrané ošetrovatelské diagnózy u poruch kognitivních funkcí:

Do kognitivních funkcí jsou zahrnuty všechny myšlenkové procesy jako je paměť, rozpoznávání, učení se a přizpůsobování se měnícím podmínkám prostředí, ve kterém se člověk neustále nachází. Tzv. vyšší kognitivní funkce nám umožňují plánovat, schopnost řešit problémy, organizovat a mít správný náhled a úsudek. Kognitivní funkce se nacházejí v různých místech v mozku a z toho vyplývá, že poškození mozku může velmi ovlivnit některé, nebo všechny z těchto funkcí (Válková, 2015, s. 13).

- **Akutní zmatenost (00128)**
- **Chronická zmatenost (00129)**
- **Zhoršená paměť (00131)**
- **Labilní ovládání emocí (00251)**

(Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017, Hedrman a kol.)

Vybrané ošetrovatelské diagnózy navozené poruchou na periferních nervech:

Velmi často se setkáváme s projevy periferního nervového systému. Toto onemocnění je ovlivněno velkou řadou exogenních nebo endogenních vlivů. Asi u 20 % alkoholiků se vyskytuje alkoholová polyneuropatie, která je charakterizována především nedostatkem nutričních hodnot a thiaminu (Otruba, 2011, s. 285-286).

- **Chronická bolest (00133)**
- **Akutní bolest (00132)**
- **Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00163)**
- **Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)**
- **Zhoršená chůze (00088)**

(Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017, Hedrman a kol.)

Doplňující ošetrovatelské diagnózy, u pacientů závislých na alkoholu:

Sestry mají jedinečnou možnost provádět intervence u pacientů závislých na alkoholu (Baskaran, 2012, s. 40). Ošetrovatelské diagnózy se určují dle stavu pacienta, jeho potřeb a problémů. Mění se tak, jak se mění pacientovy potřeby (Vörösová a kol., 2015, s. 11).

- **Neefektivní péče o zdraví (00078)**
- **Chování náchylné ke zdravotním rizikům (00188)**
- **Zanedbávání sebe sama (00193)**
- **Úzkost (00149)**
- **Narušený vzorec spánku (00198)**
- **Riziko zhoršení funkce jater (00178)**
- **Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174)**
- **Riziko aspirace (00039)**
- **Riziko pádů (00155)**
- **Riziko poškození (00035)**
- **Riziko sebepoškození (00139)**
- **Sociální izolace (00053)**
- **Dysfunkční život rodiny s alkoholizmem - 00063**

(Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017, Hedrman a kol.)

Vybrané intervence všeobecné sestry ošetrovatelských diagnóz v neurologii u pacientů závislých na alkoholu:

- dbát na hydrataci pacienta, zabezpečit úpravu stravování,
- zajistit pravidelné vyprazdňování,
- provádět nácvik chůze, aktivit denního života,
- snažit se zajistit a dohlédnout na pravidelný spánek,
- zjistit lokalizaci bolesti, její vyzařování, změny v průběhu dne v závislosti na poloze a charakteru bolesti,
- zhodnotit intenzitu bolesti graficky a průběžně ji vyhodnocovat
- odbourat negativní emoce,

- dbát na bezpečnost pacienta (naučit ho dodržovat bezpečnostní opatření, úpravu prostředí, v němž se pohybuje),
- naučit pacienta podílet se na sebeběči,
- podpořit pacienta při nedostatečných výsledcích léčby,
- podporovat a motivovat pacienta k rehabilitaci,
- pomáhat pacientovi v přehodnocení změn v životním stylu,
- určovat projevy úzkosti,
- snižovat pocity napětí u pacientů trpělivým a milým chováním zdravotnického personálu,
- optimálně pacientovi organizovat den,
- snažit se přispět k usměrnění pacienta k řešení vlastních konfliktů,
- využívat efektivně psychoterapii,
- souvisle pacienta podporovat a povzbuzovat,
- podporovat pacienta k léčbě alkoholismu,
- snažit se u pacienta objevit sílu, která mu pomůže dosáhnout cíle (Slezáková, 2014, s. 131 - 180).

6 Možnosti léčby u pacientů závislých na alkoholu

Již na začátku 20. století představoval alkoholismus v českých zemích velmi vážný sociální a zdravotní problém. Český zemský sněm se s tímto problémem často zabýval. V této době velmi sílilo protialkoholní opatření, v jehož důsledku docházelo k založení několika abstinčních spolků a následně dochází k vzniku zařízení pro léčbu alkoholu. MUDr. Jan Šimsa byl jednou z prvních osobností zabývajících se touto problematikou. V roce 1901 začal budovat jedno z prvních sanatorií s pozdějším názvem VITA NOVA (Nový život). Tento lékař především kladl důraz v sanatoriu na fyzioterapii, dietoterapii, elektroléčbu, léčebný tělocvik a psychoterapii. Pobyt v sanatoriu byl charakterizován srdečným pobytem rodinného charakteru (Popov, 2017, s. 168-170).

Alkoholismus je chronické onemocnění. Jeho léčba má několik stádií. Mezi první stadium je zařazen abstinční syndrom. Následně je snaha o abstinenci pomocí farmakoterapie a psychoterapie (Láznička, 2011, s. 262).

Léčba abstinčního syndromu

Mezi léky první volby jsou používány benzodiazepiny a clometiazol. Karbamazepin a haloperidol jsou použity jako zajišťovací terapie. Dále je kladen důraz na dostatečnou hydrataci, úpravu homeostázy a další léčbu somatických obtíží jako jsou: arytmie, epileptické paroxysmy, aspirace s následnou bronchopneumonií, hepatorenální selhání aj. (Láznička, 2011, s. 262).

Farmakoterapie léčby alkoholismu

Pro podporu abstinence byly použity dvě terapie. **Averzní** terapie a **senzitivace**. Od prvního způsobu léčby se upustilo, neboť u této léčby byla řada nežádoucích účinků. Pokud pacient požil alkohol po podání léků **apomorfinu** nebo **emetinu** došlo k silnému zvracení. Druhá terapie **senzitivace** má vyvolat po požití alkoholu nepříjemné pocity. Podává se disulfiram (**Antabus**). Reakce na podání této látky jsou následující: kolísání krevního tlaku, tachykardie, zrudnutí obličeje, kolaps, nauzea, zvracení. Disulfiram se odbourává z organismu pomalu a podává se pouze dvakrát týdně. Disulfiram má mnoho nepříznivých nežádoucích účinků, jako jsou: psychózy, poškození ledvin a jater, srdeční selhání. Nesmí být podáván s řadou psychofarmak a při antikoagulační léčbě, u níž dochází k zvýšení účinku (Láznička 2011, s. 262).

Francouzská studie (Skinner a kol, 2014, s. 2-15) zkoumala účinek disulfiramu v souvislosti s podporou abstinence. Hledala v databázích EMBASE, PubMed, a Cochrane Central Register pro RCT pro disulfiram užívání s alkoholiky ve srovnání s jakoukoli kontrolní skupinou s alkoholem. Výsledky poukázaly, že léčba **disulfiramem** je bezpečná a účinná.

Pro léčbu závislosti na alkoholu je **disulfiram** jako averzní droga používán od počátku 50. let. Velké diskuze o jeho užívání vyvolaly zprávy týkajících se úmrtí závislých lidí na alkoholu z Dánska a USA v 50. a 60. letech. Na základě těchto zpráv došlo k velkému poklesu užívání léku v těchto dvou státech. Výrobce disulfiramu **Nycomed** v roce **2011** se vzdal obnovení povolení výroby v Německu. V tomto státě není účinná látka schválena. Dle potřeb pacienta ji lze objednat v mezinárodních lékárnách. Přesto je ve velké části evropských zemí lék **disulfiram** používán. Tento lék má jednu z nejdelších historií jeho klinického použití v souvislosti s léčbou závislostí, ale současně je nejkontroverznější látkou. Vedou se velké diskuze o jeho bezpečnosti a účinnosti (Mutschler a kol., 2016, s. 137-141).

Indická studie (Mohapatra, Rath, 2017, s. 68-69) poukazuje na požívání **disulfiramu** v nejnižší možné účinné látce, vzhledem k osobní a rodinné anamnéze. Po podání vyšší dávky, může dojít k rozvoji **psychózy**.

Disulfiram i přes mnoho nepříznivých účinků je užitečnou léčbou pro pacienty, kterým tato léčba nezpůsobuje větší problémy. Některé nedávné studie poukazují, že pokud je dodržována disulfiramová léčba, je dosažena účinnost léku. Při šestiměsíční randomizované kontrolované studii v USA, která se týkala 126 respondentů, byla zjišťována účinnost disulfiramu u alkoholiků. Polovina respondentů užívala 200 mg disulfiramu a další polovina respondentů užívala placebo 100mg vitamínu C. U respondentů ve skupině s disulfiramem došlo k snížení pití alkoholu. Disulfiram inhibuje dopamin-beta-hydroxylázu a tímto procesem dochází k zvýšení hladiny dopaminu a tím se snižuje chuť na alkohol (Swift, Aston, 2015, s. 122-133).

Mezi další látky, které zmírní chuť na alkohol, patří **acamprosát (Campral)**. Tento lék má agonistický vliv na GABA receptory a aktivitu excitační aminokyseliny glutamátu inhibuje. Dochází k obnovení homeostázy, která je porušena při abstinenci po chronickém nadměrném užívání alkoholu. Lék acamprosát mohou užívat i pacienti, kteří mají potíže respirační, kardiovaskulární nebo gastrointestinální, vzniklé z nadměrného chronického abúzu alkoholu, jelikož lék neovlivňuje tyto systémy. Nemůže se užívat pouze při renální insuficienci. Pokud se lék užívá, spolu s disulfiramem dochází ke zvýšené efektivitě léčby (Láznička 2011, s. 3).

Mezi další léky, pro léčbu alkoholismu patří **Naltrexon**. Je antagonistou opiátových μ -receptorů. Lék je přísně kontraindikován při poruše jater nebo ledvin. Ani jeden z výše

uvedených léků není hrazen zdravotní pojišťovnou, proto se pro spoustu závislých pacientů na alkoholu může stát farmakologická léčba limitujícím faktorem (Láznička, 2011, s. 3).

Americká studie (Falk, a kol. 2015, s. 296 - 303) zkoumala, zda lék vareniklin (Chantix) má účinnost na pití alkoholu u kuřáků. Tento lék se používá k léčbě nikotinismu. Studie poukazuje na pacienty, kteří omezili kouření a snížili i pití alkoholu. Randomizovaná studie probíhala 13 týdnů.

Nefarmakologické léčby alkoholismu

Ústavní protialkoholní léčba

Léčba ústavního typu v České republice trvá tři měsíce. Pacient je odtržen z prostředí, které vyvolávalo jeho problémy se závislostí. Nemá zde přístup k žádným návykovým látkám (Hůlek, Urbánek, 2018, s. 372).

Vybrané protialkoholní léčebny v České republice: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Psychiatrická léčebna v Opavě, Šternberku, Brně, Kroměříži, Bílé Vodě aj.

Ambulantní léčba

Navazuje na léčbu ústavní, která je dlouhodobá až celoživotní, která spočívá v individuální a skupinové terapii (Hůlek, Urbánek, 2018, s. 372).

Pro pacienta závislého na alkoholu je farmakologická léčba nejúčinnější spolu s **psychoterapií**, nejlépe s kombinací **rodinné terapie**. Účinnost obou terapií musí především vycházet ze změny vnitřních potřeb a motivů, které vedly k závislosti (Kalina a kol, 2015, s. 119-120). Psychoterapie je léčebná metoda, která se snaží pacientům odkrýt příčinu obtíží a uvědomit si své neefektivní povahové vlastnosti, které vedou k ovlivnění jejich vztahů s lidmi (Kalvach a kol, 2015, s. 237).

Hlavní psychoterapii vykonává kvalifikovaný pracovník. Podpůrnou psychoterapii mohou poskytovat i ostatní členové zdravotnického týmu. Psychoterapii máme individuální nebo skupinovou (Kalvach a kol, 2015, s. 237).

Individuální psychoterapie je vzájemná komunikační výměna, kdy odpovědnost za konečný účinek má psychoterapeut. Mezi vzájemnými členy terapie vzniká intenzivní vztah. Na terapeutovi je velmi důležitá jeho osobnost, chování a způsob práce s klientem (Vymětal, 2010, s. 75).

Skupinová psychoterapie je charakteristická vzájemnou interakcí mezi členy. Hlavním středem zájmů terapie bývá rozhovor na dané téma. Do skupinové terapie se také řadí terapie rodinná či partnerská (Vymětal, 2010, s. 76).

Anonymní alkoholici (AA) je to komunita nabízející vzájemnou pomoc. Dozor nad skupinou má odborník, který řeší případné relapsy za pomoci členů. Členství je podmíněno trvalou abstinencí (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 179).

Německá studie (Kohler, Hofmann 2015, s. 107-110) uvádí, že motivační pohovor s psychoterapeutem a krátké intervence u mladých lidí přijatých do nemocnice za účelem intoxikace alkoholem je účinnější než podpůrná psychoterapie vedená zdravotnickým personálem.

6.1. Role všeobecné sestry v péči o pacienta

Zvládání nemocí a těžkých životních situací je dynamický proces. Pro sestru je velmi důležité sledovat psychické změny pacienta, aby mohla zaujmout ten nejlepší a nejvhodnější postoj k pacientovi. Velmi důležité k výkonu funkce povolání všeobecné sestry jsou osobnostní předpoklady, jako je **porozumění**, dávka **empatie**, klidné, nepovýšené vystupování, **hodnotová orientace**, **vyrovnaná** osobnost s **humánním vztahem k nemocnému** (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 155-157).

Zdravotník se s nemocným setkává v různých životních situacích a vyhraněných sociálních rolích, proto vzájemný kontakt podmiňuje umění správně psychologicky jednat s nemocným. Je prokázáno, že vhodná komunikace a dobrý osobní kontakt mezi pacientem a zdravotníkem dokáže zabránit mnoha konfliktním situacím. Nemocný vnímá sestru jako součást zdravotnického týmu, se kterou je v úzkém kontaktu. Role sestry vyžaduje hodně pochopení a porozumění, neboť u pacientů musí budít důvěru a je zasvěcena do jeho problémů, nálad, starostí a osobních problémů (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 156-159).

Nezbytná a každodenní součást chování sestry k pacientům je tzv. **produktivní chování sestry**, které je pojímáno jako psychoterapeutické chování sestry. Mezi nejdůležitější pravidla produktivního chování sestry vůči pacientům patří:

- Uvést pacienta do **prostředí léčebného zařízení**, které mu pomůže k celkové orientaci a vysvětlí mu neznámé věci,
- snažit se o **redukci různých záporných reakcí** jako je úzkost, stud, strach, beznaděj,
- **varovat a upozorňovat** ho na to, aby se vyhýbal různým nepříjemnostem,

- **projevovat zájem, vcítění**, zainteresovaný vztah k nemocnému,
- **pomoc a podporu**,
- **dodávat odvalu**, výzvu k spolupráci, projevit aktivní úsilí o spolupráci,
- **udržovat průběžně vzájemný kontakt**, výměnu informací,
- **vytvářet dobré ovzduší optimismu**,
- mít velkou **trpělivost** a **zájem** o pacientův monolog (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 165).

6.2. Prevence nadměrného požívání alkoholu

Světovou zdravotnickou organizací byla vypracována **Strategie**, jejímž cílem pro členské státy je návod, jak **zmírnit negativní dopady** nadměrné **konzumace alkoholu** ve společnosti. Jde především o:

- ovlivnění nabídky a dostupnosti alkoholu pomocí regulace cen,
- zdanění alkoholu,
- omezení místa a času prodeje alkoholu,
- zakázat prodej mladistvým,
- obchodní a zemědělskou politiku, která limituje a kontroluje dovoz alkoholických nápojů,
- omezení reklamy,
- legislativní opatření v kontextu s řízením motorových vozidel a požívání alkoholu na pracovišti (Mülerová a kol. 2014, 126-127).

Role zdravotníka v souvislosti s prevencí nadměrného požívání alkoholu

- informování společnosti o negativních dopadech alkoholu,
- účast odborníků na aktivitách pro veřejnost v boji proti nadměrnému užívání alkoholu,
- včasné odhalení rizikových a závislých osob a následná adekvátní léčba,
- účinné poradenství v primární péči,
- u všech pacientů ve věku od 16 do 74 let by měl být zjišťován vztah k alkoholu v rámci běžného amnestického vyšetření,
- u zjištění rizikového pití včas zahájit intervence a poskytnout odborné konzultace,

- snažit se identifikovat postoje, které vedou k nadměrné konzumaci alkoholu,
- popsat rizika u pacientů s přidruženým onemocněním jako je např. hypertenze nebo depresivní stavy a negativní dopady alkoholu na organismus,
- nepovažovat a nepřesvědčovat pacienty, že jsou alkoholicí,
- pacient musí mít pocit, že není manipulován a správným přístupem bychom ho měli umět nasměrovat k motivaci zanechat škodlivého pití alkoholu až k následné abstinenci (Müllerová a kol., s. 126-127).

7 Shrnutí získaných informací a jejich význam pro ošetrovatelství

Alkohol je návyková látka, která způsobuje u delšího užívání závislost. Alkohol je velmi rozšířený vzhledem k jeho dostupnosti. Světové i naše studie zkoumaly vliv nadměrného užívání alkoholu na zdraví člověka (Giampiero, a kol, 2015, s. 670; DelaMonte, Kril, 2014, s. 71; Miovský, 2017, s. 158; Junkerová, Czerný, 2010, s. 236; Miovský, 2017, s. 158).

Nesmíme také opomenout ekonomický a společenský dopad chronického požívání alkoholu na naši společnost. Podle závěrečné zprávy z Úřadu vlády České republiky (Autorský kolektiv, 2019, s. 3) je alkohol zodpovědný za 5,9 % celosvětového úmrtí. Od roku 2000 se průměrná spotřeba čistého alkoholu na osobu zvýšila o tři litry.

V bakalářské práci bylo poukázáno, jaký vliv má na mozek nadměrné požívání alkoholu u jedinců (Derflerová Brázdová, 2013, s. 27; Tyrlíková, 2014, s. 198). Časté intervence a léčba mohou napomoci ke zmírnění zdravotních dopadů na jedince.

Tato práce byla převážně zaměřena na neurologické komplikace. Chroničtí uživatelé alkoholu jich mají celou řadu. U lidí, kteří pravidelně konzumují alkohol, vzniká nutriční a vitamínová nedostatečnost (Junkerová, Czerný, 2010, s. 236). Proto specifikum ošetrovatelství v neurologii je převážně zaměřeno na prevenci, podporu a udržení zdraví (Slezáková, 2014, s. 82-84). Pacienti s neurologickým onemocněním, kteří jsou chroničtí konzumenti alkoholu, mají individuální péči, která je nastavená pro stádium, v kterém se právě nacházejí (Vicáňová, Rovná, 2010, s. 51). Důležité je dodržovat léčebné plány, pacienta motivovat a podporovat k dosažení svých cílů. Dochází převážně k poruše kognitivních funkcí, a proto dobrá strategie životního stylu může výrazně napomoci k navrácení pacienta do jeho sociálního a pracovního prostředí (Vance, 2014, s. 82-84).

Holistický přístup bez předsudků, dobře zvolená komunikace nejen s pacientem, ale i jeho rodinou, stanovení správné ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelských intervencí, dokáže pomoci pacientům k nezávislosti a soběstačnosti s neurologickým onemocněním (Slezáková, 2014, s. 8; Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 255; Wichsová, 2011, s. 10-11).

Léčba alkoholismu má několik stádií. Mezi ně patří farmakologická léčba (Láznička, 2011, s. 262). Léčba alkoholismu pomocí farmak byla sledována několika studiemi, které poukazovaly na dostatečnost (Mutschler a kol., 2016, s. 137-141; Swift, Aston, 2015, s. 122-133; Falk, a kol. 2015,

s. 296-303). Pouze Indická studie (Mohapatra, Rath, 2017, s. 68-69) poukázala na nevhodnost léčby, kdy při vyšším dávkování disulfiramu může vzniknout rozvoj psychóz. Americká studie Falk, a kol. 2015, s. 296-303) zkoumala, zda lék na podporu proti nikotinismu má vliv i na pití alkoholu a poukázala, že lidé, kteří omezili kouření, zároveň snížili pití alkoholu.

Velmi důležitá součást léčby alkoholismu je ambulantní. Využívá se psychoterapie, jak individuální, tak skupinová (Hůlek, Urbánek, 2018, s. 372; Kalvach a kol, 2015, s. 237), která bývá celoživotní. Lidem závislým na alkoholu také pomáhají Anonymní alkoholici, kdy nad skupinou má dohled odborník (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 179).

Německá studie (Kohler, Hofmann 2015, s. 107-110) poukazuje na sílu motivace u pacientů, neboť alkohol má velké dopady i na sociální oblast člověka (Müllerová a kol., 2014, s. 126).

Alkohol v malých dávkách má jistě na určité orgány pozitivní účinek, nicméně ve větších dávkách je výrazně škodlivý. U požívání alkoholu je riziko závislosti a tolerance (tendence zvyšování dávky). Převážně v primární péči by bylo nejjednodušší rozeznávat u pacientů rizikové a škodlivé pití alkoholu. U mnohých těchto zdravotnických pracovníků se nenalézá dostatek času k tomu, aby mohli pacienta správně nasměrovat a pomoci jim ještě v zárodku poskytnout odbornou pomoc.

Světová zdravotnická organizace (WHO) spolu s autory Babor, T. F., Saunders, J. R. a Grant, J. vytvořila test, kde lze identifikovat poruchy způsobené užíváním alkoholu. Je to screeningový dotazník - **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**, který dokáže včas rozpoznat rizikové osoby v souvislosti s pitím alkoholu. Tento test dokáže určit i vhodnou následnou intervenci. Dotazník je krátký a snadno použitelný (viz. Příloha č. 1). Nejen v primární, ale i v následné péči je tento dotazník velmi vhodný. Má velmi jednoduché zhodnocení, které zvládne zdravotnický personál. Při správném odhadu personál může pacienta nasměrovat k odborníkům, kteří se mu s problémem budou snažit pomoci.

Lidem ke skoncování užívání alkoholu často chybí motivace. Mnoho lidí se snaží s tímto démonem bojovat. Je to ale jen mizivé procento v celkovém součtu konzumentů. Lidé často začínají s přemýšlením o ukončení pití, až když jim začnou větší zdravotní problémy. Někdy ani tato situace je nedokáže změnit.

Z mé praxe vím, že pokud člověk nemá pořádnou podporu rodiny a správnou motivaci k ukončení pití alkoholu, nedokáže ho nikdo přimět k pozitivním cílům. **Nejdůležitější** je ze všeho **motivace** a pacient musí **chtít sám** tuto situaci změnit. Především záleží na něm samotném.

Závěr

Záměrem bakalářské práce byla ošetrovatelská problematika a diagnostika nadměrného požívání alkoholu u pacientů s neurologickým onemocněním. Nadměrné požívání alkoholu je rizikové a představuje pro člověka, a také i pro společnost, nenávratné komplikace. Požívání alkoholu způsobuje mnoho nezvratných změn mozku, a tím následně spoustu neurologických komplikací. Dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, ale také k degradaci a rozpadu osobnosti.

Bakalářská práce je rozdělena na tři cíle. **Prvním cílem** bylo dohledat nejčastější neurologická onemocnění v souvislosti nadměrného požívání alkoholu. Tato část byla zaměřena na nervovou soustavu a vliv alkoholu na mozek. Soustředila se i na samotný alkohol a jeho metabolismus. Následné dohledané neurologické komplikace zasahují velmi do kognitivních funkcí, kdy zejména poškození paměti, intelektu a nedostatek svalové hmoty omezují člověka v běžném životě. Alkoholismus působí i na periferní nervy, protože pacienti s nadměrným požíváním alkoholu mají karenci výživy a vitamínů. Abstinční syndrom a alkoholová epilepsie je jen jedna z mála komplikací, které pacienty s chronickým alkoholismem ohrožují na životě.

V druhém cíli jsem se zaměřila na ošetrovatelské diagnózy u pacientů. Dohledané informace, správná diagnostika a intervence mohou napomoci k správné léčbě a znovu navrácení pacienta

do běžného života. Ošetrovatelství v neurologii má svá specifika, která je nutno dodržovat. Převážně správná a cílená komunikace, ošetrovatelská anamnéza, pozorování a stanovení ošetrovatelské diagnózy. Důležité je aktivní zapojení pacienta do léčby, podpoření pacienta při nedostatečných výsledcích, odbourávání negativních emocí a hlavně kontinuální spolupráce s celým zdravotnickým týmem.

Třetí cíl mapoval léčbu u pacientů závislých na alkoholu. Mimo léčby farmakologické je důležitá léčba nefarmakologická. Priorita u léčby člověka, závislém na alkoholu, musí být správná motivace, která ho povede k cíli, pomocí psychoterapeutů a dalších skupin věnující se léčbě alkoholismu. Podpora celého zdravotnického týmu, ale převážně lidí, kteří jsou nejbliže, člověku závislém na alkoholu, je velmi důležitá. **Všechny tři cíle práce byly splněny.**

Alkoholismus je velmi závažný celospolečenský problém. Naše společnost pití alkoholu toleruje. Podle studií konzumace alkoholu stoupá, proto by měla být větší osvěta v boji proti alkoholismu.

Referenční zdroje

ADAMOVSKEÝ, Ondřej. 2016. Toxikologie alkoholu a možnosti ovlivnění jeho odbourávání, *ResearchGate* [online], 1-8 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z:

file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/Alkoholy_Adamovsky.pdf

doi: 10.13140/RG.2.1.3829.1608

AUTORSKÝ kolektiv. 2019. Společenské náklady konzumace alkoholu v České republice. Závěrečná zpráva. *Úřad vlády České republiky. iHeta* [online], 1-169 [cit. 2020 -08-01]. Dostupné z:

http://www.iheta.org/ext/publication/files/Report_merged_grant_alkohol_2019-04-10%20-%20final.pdf

BASKARAN, M. 2012. Effectiveness of Structured Teaching Programme on Nursing Students Regarding Care of Alcoholics. *International Journal of Nursing Education* [online]. 4 (2), 40-42 [cit. 2019-28-12]. ISSN 2279-0195. Dostupné z:

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/84467679/effectiveness-structured-teaching-programme-nursing-students-regarding-care-alcoholics>

DE LA MONTE, Suzzane, KRILL, Jillian. 2014. Human alcohol-related neuropathology. *Acta neuropathologica* [online]. 127(1), 71-90 [cit. 2020 -02-01]. ISSN 1432-0533. Dostupné z:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00401-013-1233-3>

doi.org/10.1007/s00401-013-1233-3.

FALK, Daniel. E, CASTLE I-Jen. et al. 2015. Moderators of Varenicline Treatment Effects in a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial for Alcohol Dependence: An Exploratory Analysis. *Journal of addiction medicine* [online]. 9(4), 296-303 [cit. 2020-06-01]. ISSN 1935-3227. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523402/>

doi: 10.1097/ADM.0000000000000133

FIŠAR, Zdeněk a kol. 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přep. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 384 s. ISBN 978-80-247-2737-0.

FERRAUGUTI, Gampiero, PASCALE, Esterina, LUCARELLI, Marco. 2015. AlcoholAddiction: A Molecular Biology Perspective. *Current Medicinal Chemistry* [online]. 22(6), 670-684 [cit. 2020-08-01]. ISSN 0929-8673. Dostupné z:

<https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cmc/2015/00000022/00000006/art00002>

HEDRMAN, Heather, KAMITSURU, Shigemi. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015- 2017*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

HEINRICH, Kasper, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

HERLE, Petr, a kol. 2015. *Diferenciální diagnostika v neurologii*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o. 200 s. ISBN 978-80-7496-171-7.

HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan a kol. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Univerzita Karlova Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HŮLEK, Petr, URBÁNEK, Petr a kol. 2018. *Hepatologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 768 s. ISBN 978-80-271-0394-2.

KAŠPÁREK, Tomáš. 2014. Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 110(2), 153-157 [cit. 2020 -09-02]. ISSN 1803-6597. Dostupné z:

<https://pdfs.semanticscholar.org/4d94/a438fb0d034a9cfb3324a4351509868da67c.pdf>

LÁTALOVÁ, Klára.2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

JUNKEROVÁ, Jana, CZERNÝ, Daniel. 2010. Chronická intoxikace alkoholem. *Neurologie pro praxi* [online]. 11(4), 236-238 [cit. 2019-25-11]. ISSN 1803-5280. Dostupné z:

<https://www.solen.cz/pdfs/neu/2010/04/08.pdf>

KALVACH, Zdeněk a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing a. s. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KING, Joshua, ROSNER, Mitchella. 2010. Osmotic demyelination syndrome. *The American Journal of the Medical Sciences* [online]. 339 (6), 561-567 [cit. 2019 -20-12]. ISSN 0002- 9629. doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3181d3cd78. ISSN 1538-2990.

Dostupné z: [https://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629\(15\)31581-0/fulltext](https://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629(15)31581-0/fulltext)

KOHLER, Stefan., HOFMANN, Anjuna. 2015. Can motivation al interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alkohol and Alcoholism* [online]. 50 (2) 107 -117 [cit. 2020 - 06-01]. ISSN 0735-0414. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/alcalc/article/50/2/107/131545>

doi: 10.1093/alcalc/agu098

LÁZNIČKA, Lukáš. 2011. Farmakoterapeutické možnosti léčby závislosti na alkoholu. *Praktické lékařství* [online]. 7(6): 262–264 [cit. 2020-08-01]. ISSN 1803-5329. Dostupné z:

[file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/Solen_lek-201106-0005%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/Solen_lek-201106-0005%20(1).pdf)

LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. 2015. *Chorobné znaky a příznaky 2*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

LÜLLMANN, Heinz, MOHR, Klaus, HEIN, Lutz. 2012. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 384s. ISBN 978-80-247-3980-3.

MIOVSKÝ, Michal. 2017. Pozitivní vliv umírněného pití alkoholu na lidské zdraví: marné hledání třetí strany mince. *Adiktologie* [online] 17(2), 147–160. [cit. 2020-02-01]. ISSN 1213-3841.

Dostupné z:

https://snncls.cz/wp/wp-content/2015/11/Final_Alkohol_zdravi_Miovsky_2017.pdf

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MOHAPATRA, Satyakam, RATH, Ranjan, Nihar. 2017. Disulfiram Induced Psychosis. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* [online]. 15(1), 68-69 [cit. 2020-06-01]. ISSN 2093-4327.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290718/>

doi:10.9758/cpn.2017.15.1.68

MOUREK, Jindřich. 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů 2., doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.

MÜLLEROVÁ, Dana a kol. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Univerzita Karlova Praha: Karolinum. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.

MUTSCHLER, J. 2016. Current Findings and Mechanisms of Action of Disulfiram in the Treatment of Alcohol Dependence. *Pharmacopsychiatry* [online]. 49(4), 137-41 [cit. 2020 - 02-01]. ISSN Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26987743>
doi: 10.1055/s-0042-103592

OTRUBA, Pavel. 2011. Periferní neuropatie – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi* [online]. 8(6), 285–287 [cit. 2019 - 30 - 12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/Solen_med-201106-0008.pdf

OREL, Miroslav. 2015. *Nervové buňky a jejich svět*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 216 s. ISBN 978-80-247-5070-5.

PECINOVSKÁ, Olga. 2011. Delírium u závislostí na návykových látkách. *Neurologie pro praxi* [online]. 12 (5), 310–314 [cit. 2019 - 29-12]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/b567b1f3ea11a8caae2d77effc1353ee.pdf>

POPOV, Petr. 2003. Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 4(1), 29-33 [cit. 2020 - 07- 01]. ISSN 1803-5272. Dostupné z:

https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200301-0007_Zavislost_na_alkoholu.php

POPOV, Petr. 2017. MUDr. Jan Šimsa – průkopník léčby závislostí a psychoterapie v Čechách. *Adiktologie* [online] 17(2), 168–172 [cit. 2020 - 02 01]. ISSN 1213-3841. Dostupné z: https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/clanek_10-1.pdf

REZNÁKOVÁ, Veronika. 2018. Alkoholová demencia. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. 114 (5), 205-212 [cit. 2020 - 02 01]. ISSN 1212-0383.

PREISS, Marek, KUČEROVÁ, Hana a kol. 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 416 s. ISBN 80-247-149-60-4.

SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. dopl. přepr. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SEIDL, Zdeněk, VANĚČKOVÁ, Manuela. 2014. *Diagnostická radiologie, neuroradiologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 532 s. ISBN 978-80-247-4546-6.

SKINNER, D., Marylin, LAHMEK, Pierre et. al. 2014. Disulfiram Efficacy in the Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* [online]. 9(2), 1-15 [cit. 2019 - 27-11]. ISSN 1932-6203. Dostupné z:
<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0087366&type=printable>
doi:10.1371/journal.pone.0087366

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠMÍDOVÁ, I. FIALA, Jindřich. 2013. Poruchy metabolismu a nutriční spojené s abúzem alkoholu. *Praktický lékař* [online], 93(1), 26-30 [cit. 2019-28-12]. ISSN 0032-6739. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/profile/Jindrich_Fiala3/publication/282643533_Metabolic_and_nutritional_disorders_associated_with_alcohol_abuse/links/5616554f08ae2467f6863256/Metabolic-and-nutritional-disorders-associated-with-alcohol-abuse.pdf

SWIFT, Robert, M, ASTHON, Elizabeth, R. 2015. Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: Current and Emerging Therapies. *Harvard review of psychiatry* [online]. 23(2), 122-133 [cit. 2019-27-12]. ISSN 1067-3229. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790835/>

doi:10.1097/HRP.0000000000000079

TYRLÍKOVÁ, Ivana. 2013. Alkohol a epilepsie - jak léčit?, *Neurologie pro praxi* [online]. 14(4), 197-199 [cit. 2019 -28-12]. ISSN 1803-5280. Dostupné z:

<https://www.solen.cz/pdfs/neu/2013/04/09.pdf>

VÁLKOVÁ, Lenka. 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.

VANCE, David et al. 2013. Neurological and Psychiatric Diseases and Their Unique Cognitive Profiles: Implications for Nursing Practice and Research. *Journal of Neuroscience Nursing* [online]. 45(2), 77–87 [cit. 2019-12-29]. ISSN 0888-0395. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589568/#!po=2.50000>

doi: 10.1097/JNN.0b013e3182829038

VICÁŇOVÁ, Michaela, ROVNÁ, Silvia. 2010. Posudzovanie a ošetrovateľská diagnostika liečeného alkoholika. In: *Nové trendy vzdelávani a praxi ošetrovateľstva a porodnejasistencie*. 1 vyd. Ružomberok: Verbum. s. 51-56. ISBN 978-80-8084-548-3. Dostupné z:

<https://www.yumpu.com/xx/document/read/50696071/novac-trendy-vo-vzdelavana-a-praxi-oetrovatea-3-4-stva-a-prohuman>

VODIČKA, Michal. 2015. Wernickeova encefalopatie. *Neurologie pro praxi* [online]. 16(6), 360–364 [cit. 2019-29-11]. ISSN 1803-5280. Dostupné z:

<http://solen.sk/pdf/4e0cbe48a28c9a188fdb347e46e233e3.pdf>

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ, Andrea, ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. 2015. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.

VYMĚTAL, Jan. 2010. *Úvod do psychoterapie 3., aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

WICHISOVÁ, Jana. 2012. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. [online]. 14 (1), 7-13 [cit. 2020-02-01]. ISSN 1804-7122. Dostupné z:

<https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2012/01/02.pdf>

ZAKHAROV Sergey, PELCOVÁ Daniela, NAVRÁTIL Tomáš, a kol. Je intermitentní hemodialýza u otrav metanolem účinnější než CVVHD/CVVHDF? *Postragrální nefrologie* [online]. 7 (3), 38-40 [2020 -03- 16]. Dostupné z:

<file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/postgradualni-nefrologie-12-3.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Seznam zkratek

aj. a jiné

Cl Chlorid

CNS Centrální nervový systém

č. číslo

GABA Kyselina gama-aminomáselná

HDP hrubý domácí produkt

K Kalium

Kol. Kolektiv

Na Natrium

NMDA *N*-metyl-D-aspartát

WHO SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE

Tzv. Takzvaně

Seznam příloh

Příloha č. 1 The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Hodnocení

Příloha č. 2 Glasgow Coma Scale

Příloha č. 3 Mini vyhodnocení duševního stavu

Příloha č. 4 Zkrácený mentální bodovací test

Příloha č. 5 Barthelové test základních všedních činností ADL

Příloha č. 6 Test instrumentálních všedních činností IADL

Příloha č. 7 Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)

Příloha č. 8 Hodnocení nutričního stavu MNA

Příloha č. 9 Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu pacienta

Příloha č. 10 Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Příloha č. 11 Gaitův funkční test – určení rovnováhy/prevence pádů

Příloha č. 12 Melzackova škála bolesti

Příloha č. 13 Numerická škála bolesti

Příloha č. 14 Vizualní analogová škála bolesti

Příloha č. 1 The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Hodnocení

Dotazník AUDIT:

Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité, zeptat se Vás na Vaše zvyklosti, pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Demografické informace (neuvádějte prosím jméno).

Pohlaví: muž/žena Věk..... let Dokončené vzdělání.....

Současné zaměstnání

Otázky		0	1	2	3	4	Score
1.	Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva – až čtyřikrát měsíčně	Dva – až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2.	Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3.	Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4.	Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5.	Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6.	Jak často během posledního roku jste potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostala do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7.	Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8.	Jak často se během posledního roku stalo, že jste nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9.	Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano během posledního roku	
10.	Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano během posledního roku	

Dotazník AUDIT

Vyplňte dotazník a sečtěte body, získané za odpovědi na jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkové skóre.

Hodnocení dotazníku AUDIT

Celkové orientační hodnocení

- **Celkový skór < 8** (u osob nad 65 let < 7) – není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením.
- **Celkový skór > 8** (u osob nad 65 let > 7) – existuje riziko škodlivého pití.
- **Celkový skór 8 – 15** – představuje střední úroveň problémů s alkoholem.
- **Celkový skór 16 – 19** – představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem.
- **Celkový skór > 20** – indikuje závislost na alkoholu.

Podrobné hodnocení

- **Otázky 2 a 3:** u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití, které může poškodit zdraví.
- **Otázky 4, 5 a 6:** u každé z těchto otázek skór více jak 1 bod indikuje riziko závislosti na alkoholu.
- **Otázky 7, 8, 9, 10:** u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu.

Dostupné z:

<https://www.adiktologie.cz/test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-audit>



Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatený a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapezového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.


Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma



Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>



Mini vyhodnocení duševního stavu

Úkol	Instrukce	Způsob vyhodnocení	Body
Orientace v čase	„Kolikátého je dnes?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezóna	5
Orientace v prostoru	„Kde jste?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: stát, okres, město, budova a poschodí	5
Zapamatování 3 předmětů	Jmenujte pomalu a jasně 3 předměty. Požádejte pacienta, aby je opakoval.	Jeden bod za každý správně pojmenovaný předmět	3
Série 7	Pacient odečítá od 100 sedmičky nebo hláskuje pozpátku slovo „racek“ (5 pokusů)	Jeden bod za každou správnou odpověď nebo písmeno	5
Vybavení 3 předmětů	Požádejte pacienta o vybavení 3 předmětů uvedených ve třetí otázce	Jeden bod za každý zapamatovaný předmět	3
Pojmenování předmětů	Ukažte pacientovi hodinky a tužku a požádejte jej, ať tyto předměty pojmenuje	Jeden bod za každou správnou odpověď	2
Opakování fráze	Požádejte pacienta, aby po vás opakoval větu: „Máš pas? Snad. Sám si jej vezmi!“	Za správnou odpověď na první pokus jeden bod	1
Verbální příkaz	Řekněte pacientovi: „Vezměte si tento papír do pravé ruky, přeložte jej napůl a položte.“	Za korektní splnění každého ze tří úkolů jeden bod	3
Psaný příkaz	Ukažte pacientovi kartu s příkazem: „Prosím, zavřete oči.“	Jeden bod, jestliže pacient zavře oči	1
Psaní	Požádejte pacienta, aby napsal krátkou větu.	Jeden bod, jestliže má věta předmět, sloveso a dává smysl	1
Kreslení	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek: 	Jeden bod, má-li kresba 10 rohů a dvě protínající se linky	1
vyhodnocení	Skóre 24 a vyšší je považováno za normální		30





ODHAD ZMATENOSTI
(vyvinuto Dr. R. Gaird – Guy's Hospital, 1981)

ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST pro ošetrovatelské zhodnocení
(Jeden bod za každou správnou odpověď. Je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost.)

Zeptejte se nemocného na:

1. Věk
2. Čas do nejbližší hodiny
3. Adresu (pro připomenutí: Na konci testu by měla být adresa pacientem zopakována, abychom se ujistili, že pacient dobře slyšel.)
4. Rok
5. Jméno nemocnice
6. Poznání alespoň dvou osob (např. sestra, lékař)
7. Datum narození
8. Rok první světové války
9. Jméno současného prezidenta
10. Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce prosinec - leden





Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý





Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života


45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý



Příloha č. 7 Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protmuti vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Dostupné z: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

Příloha č. 8 Hodnocení nutričního stavu MNA (Mini Nutritional Assessment)

Malé vyšetrenie výživového stavu
(Mini Nutritional Assessment)
MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Príezvisko:	Meno:	Pohlavie:
Vek:	Váha, kg:	Výška, cm:
		Dátum:

Vypíšte dotazník Skríning, zapísaním príslušnej hodnoty do rámečka.
Sčítajte hodnoty, pre získanie celkového výsledku dotazníka.

Skríning	
A Znížili sa príjem jedla v priebehu posledných 3 mesiacov, kvôli strate chuti k jedlu, tráviacim problémom, problémom so žuťm alebo preháňaním? 0 = výrazné zníženie príjmania potravy 1 = mierne zníženie príjmania potravy 2 = bez zníženia príjmania potravy	<input type="checkbox"/>
B Úbytok váhy za posledné 3 mesiace: 0 = úbytok váhy väčší ako 3 kg 1 = nevie 2 = úbytok váhy medzi 1 až 3 kg 3 = žiadny úbytok váhy	<input type="checkbox"/>
C Pohyblivosť pacienta: 0 = pripätý na lôžko alebo invalidný vozík – Imobilný 1 = schopný vstať z lôžka/invalidného vozíka, ale nie samostatnej chôdze 2 = samostatná chôdza bez obmedzenia	<input type="checkbox"/>
D Trpel pacient v priebehu posledných 3 mesiacov psychickým stresom alebo závažným ochorením? 0 = áno 2 = nie	<input type="checkbox"/>
E Neuropsychické ochorenia: 0 = závažná demencia alebo depresia 1 = mierna demencia 2 = bez psychologických problémov	<input type="checkbox"/>
F1 Hodnota Body Mass Index (BMI) = (váha v kg) / (výška v m)² 0 = BMI menej ako 19 1 = BMI od 19 a menej ako 21 2 = BMI od 21 a menej ako 23 3 = BMI od 23 a viac	<input type="checkbox"/>
AK BMI NIE JE K DISPOZÍCII, NAHRAĎTE OTÁZKU F1 OTÁZKOU F2. NEODPOVEDAJTE NA OTÁZKU F2, AK STE UŽ ODPOVEDALI NA OTÁZKU F1.	
F2 Obvod lýtky v cm (merané v najširšom mieste): 0 = menej ako 31 3 = 31 alebo viac	<input type="checkbox"/>
Výsledok dotazníka Skríning = súčet bodov (max. 14 bodov)	
12 – 14 bodov normálny stav výživy 8 – 11 bodov riziko podvýživy 0 – 7 bodov podvýživa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Pre detailnejšie hodnotenie použite celý dotazník MNA®, ktorý je dostupný na www.mna-elderly.com

Reference: Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:466-466.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-467.
 © Société des Produits Nestlé, S. A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 1299 10M
 viac informácií na: www.mna-elderly.com

Dostupné z: https://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_slovak.pdf



Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	odpověď	skóre	Aktuální skóre pacienta
Otázka A: Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
Otázka C: Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
	CELKOVÉ SKÓRE		

V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte _____

* Období posledních 3-6 měsíců





Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
- antihypertenziv		
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu





Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

- slouží ke zhodnocení rizika pádu

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní. Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.



Příloha č. 12 Melzackova škála bolesti



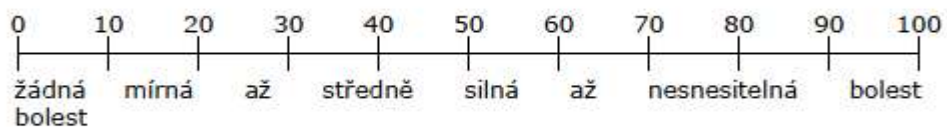
Melzackova škála bolesti



Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>



Numerická škála bolesti

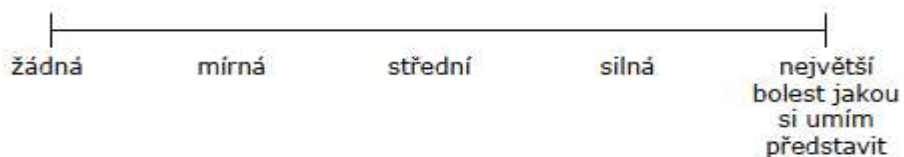


Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5833.pdf>

Příloha č. 14 Vizuální analogová škála bolesti



Vizuální analogová škála bolesti



Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5835.pdf>