



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Problematika pacienta závislého na alkoholu na
psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Jůzová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph. D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16.srpna 2019

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za odborné vedení práce, trpělivost, spolupráci, odborné rady a čas strávený nad mou prací. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným sestřám za ochotu a věnovaný čas.

Problematika pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou závislosti na alkoholu a ošetrovatelskou péčí poskytovanou pacientům s touto závislostí na psychiatrickém oddělení všeobecných nemocnic.

Teoretická část bakalářské práce je věnována pojmu závislost, alkoholismu a dopadu alkoholismu na zdraví. Dále jsou popisovány druhy léčby alkoholové závislosti a specifika ošetrovatelské péče o pacienty se závislostí na alkoholu na psychiatrickém oddělení.

V empirické části této bakalářské práce byl stanoven tento výzkumný cíl: zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče o pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení. Na základě tohoto výzkumného cíle byly vytvořeny tyto výzkumné otázky: Jakou mají sestry úlohu v ošetrovatelské péči o pacienty závislé na alkoholu v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení a jaká je náročnost poskytování péče pacientům závislým na alkoholu z pohledu sester.

K dosažení stanoveného cíle bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 16 všeobecných sester pracujících na psychiatrickém oddělení všeobecných nemocnic. Získané informace byly následně zpracovány otevřeným kódováním, metodou tužka-papír.

Z výsledků výzkumného šetření plyne, že problematika poskytování ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu se odvíjí od aktuálního stavu pacienta, předchozích pokusů o léčení závislosti či mnoha jiných faktorů. Úloha sester má svá specifika a je nedílnou součástí při léčbě alkoholové závislosti.

Klíčová slova

Alkohol; alkoholismus; ošetrovatelská péče; pacient; psychiatrické oddělení; všeobecná sestra

Problematics of an alcohol addicted patient at the psychiatric department of the general hospital

Abstract

This bachelor thesis deals with the problem of alcohol dependence and nursing care provided to patients with this dependence in the Psychiatric Ward of General Hospitals.

The theoretical part of this thesis is devoted to the concept of addiction, alcoholism and the impact of alcoholism on health. Then there are described types of treatment of alcohol dependence and specifics of nursing care of patients with alcohol dependence in Psychiatric Ward.

In the empirical part of this thesis the research goal was set: to map the issue of providing nursing care for alcohol-dependent patient in Psychiatric Ward. Based on this research goal, research questions were prepared: What role do nurses play in nursing care for alcohol-dependent patients during hospitalization in a Psychiatric Ward and what is the difficulty of providing nursing to alcohol-dependent patients.

Qualitative research was used to achieve a set goal. Data were collected using semi-structured interviews. The research sample consisted of 16 nurses working in the psychiatric ward of General Hospitals. The obtained information was then processed by open coding, using the pencil-paper method.

The results of the research show that the issue of providing nursing care for alcohol-dependent patients depends on the current state of the patient, previous attempts to treat addiction or many other factors. The role of nurses has its specifics and has an integral part in the treatment of alcohol dependence. The difficulty of providing nursing care can be influenced by the frequency of encountering alcohol addicts, the length of their hospitalization or the occurrence of agitation and aggression.

Key words

Alcohol; alcohol addiction; alcoholism; general nurse; nursing care; patient; psychiatric ward

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 ZÁVISLOSTI.....	9
1.1.1 Základní pojmy k závislostem	9
1.2 ALKOHOLISMUS	11
1.2.1 Alkohol.....	12
1.2.2 Příčiny alkoholismu	13
1.2.3 Fáze vzniku závislosti na alkoholu.....	14
1.3 DOPAD ALKOHOLISMU NA ZDRAVÍ.....	16
1.3.1 Dopad alkoholismu na duševní zdraví závislého	17
1.3.2 Dopad alkoholismu na somatické zdraví závislého	19
1.3.3 Dopad alkoholismu na sociální život závislého	21
1.4 LÉČBA ALKOHOLISMU A JEJÍ ROZDĚLENÍ.....	22
1.4.1 Ambulantní léčba alkoholismu a anonymní alkoholici.....	23
1.4.2 Ústavní léčba závislosti na alkoholu	24
1.4.3 Zapojení rodiny či partnera do léčby závislosti.....	26
1.5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	26
1.5.1 Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní intoxikací alkoholem	28
1.5.2 Ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu tremens	29
1.5.3 Specifikace ošetrovatelské péče o pacienta při agresi a neklidu.....	30
1.5.4 Použití omezovacích prostředků v psychiatrii	32
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 CÍL PRÁCE.....	33
2.1.1 Výzkumné otázky.....	33

3	METODIKA	34
3.1	POUŽITÉ METODY A TECHNIKA SBĚRU DAT	34
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	35
4	VÝSLEDKY	36
4.1	ANALÝZA VÝSLEDKŮ	36
5	DISKUSE.....	49
6	ZÁVĚR	57
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
8	SEZNAM ZKRATEK	63
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

Úvod

Tématem této bakalářské práce je problematika pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi může být v mnoha ohledech velmi náročné jak psychicky, tak fyzicky. Sestra musí dbát na dodržování léčebného režimu a zároveň na individualitu pacienta. Musí také vnímat aktuální psychický i zdravotní stav závislého a podle toho mu ošetrovatelskou péči uzpůsobit.

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá pojmem závislost a jeho dělením, alkoholismem, dopadem alkoholismu na zdravotní stav závislého jedince, léčbou závislosti na alkoholu a jejím rozdělením a také specifiky poskytování ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu.

Závislost na alkoholu je stále velmi diskutované téma odborníky i laickou veřejností. Veřejnost mnohdy závislost na alkoholu ani nepovažuje za nemoc. Bohužel jen malé množství závislých je schopné tento problém řešit a zahájit tak léčbu své závislosti. Léčba závislosti na alkoholu je v dnešní době již pokročilá. Odvíjí se dle aktuálního stavu pacienta, ve kterém pacient přichází k léčení. Léčba pak probíhá ambulantně, či ústavně. Tato bakalářská práce se zabývá léčbou závislosti na alkoholu na psychiatrickém oddělení všeobecných nemocnic. K léčení závislosti na alkoholu je nezbytné znát anamnézu závislého. Samotná léčba závislosti na alkoholu nevede k úplnému vyléčení, ale pouze k vymizení příznaků závislosti a stavů s tím spojených.

Výzkumným cílem této bakalářské práce bude zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče o pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení. Dále se zaměříme na zjištění úlohy sester v ošetrovatelské péči o pacienty závislé na alkoholu v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Práce také bude zjišťovat, jak náročné je poskytování ošetrovatelské péče pacientům závislým na alkoholu z pohledu sester.

1 Současný stav

1.1 Závislosti

Závislost se vyznačuje tělesnými a duševními následky pravidelného užívání návykové látky, které závislého jedince vedou k nutkání tyto látky trvale užívat. Lze ji rozlišit na psychickou závislost, jejíž důsledkem je neustálá touha po účincích návykové látky, a fyzickou závislost, která je charakteristická abstinenčními příznaky po odebrání návykové látky. Návyková látka nemusí způsobit pouze závislost, ale i nevratné orgánové změny v lidském těle (Kašáková et al., 2015).

Široká veřejnost mnohdy mylně závislost na některých látkách nepovažuje za chorobu. Na závislého jedince pohlíží, jako by se do svých problémů dostal jen svou vlastní chybou. Díky tomu v laické veřejnosti převládá názor, že pokud by závislý chtěl, je schopen svou situaci sám od sebe změnit. Avšak jen malé procento závislých jedinců a jedinců z jejich blízkého okolí je schopno si svou závislost přiznat, natož ji nějak řešit. Na tento problém málokdy myslí i samotní zdravotníci, kteří přichází do kontaktu se závislým jedincem ve zdravotnických zařízeních. Důvodem tohoto problému je, že tito jedinci se svými problémy nejsou moc sdílní a často je popírají (Heller et al., 2011).

„Nejčtenější diagnózou (jednotlivé třímístné diagnózy MKN-10), pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních, byly duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (dg. F10, 9 489 hospitalizací) s průměrnou ošetřovací dobou 46,1 dne“ (Nechanská et al., 2017, s. 16).

ÚZIS (2018) uvádí, že závislosti jsou děleny na duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10), opioidů (F11), kanaboidů (F12), sedativ nebo hypnotik (F13), kokainu (F14), jiných stimulancií včetně kofeinu (F15), halucinogenů (F16), tabáku (F17), prchavých rozpouštědel (F18) a více drog a jiných psychoaktivních látek (F19).

1.1.1 Základní pojmy k závislostem

Výše uvedené látky neblaze působí na mozkové a psychické funkce a mají odlišně silný reálný potenciál ke vzniku závislosti. Z mezinárodní klasifikace nemocí je patrné, že závislost může vzniknout na rozmanitou skupinu látek. Jde o látky, jež jsou vázané na

lékařský předpis, jako například hypnotika či sedativa, a jiné látky se běžně nachází v každé domácnosti (Orel, 2012).

Svoboda et al. (2015) uvádějí ve spojitosti s duševními poruchami a poruchami chování vyvolanými užíváním návykových látek základní pojmy, mezi které patří akutní intoxikace, škodlivé užívání, tolerance, závislost, syndrom závislosti, odvykací stav, tělesná závislost, psychická závislost, craving, flashback a dezinhibice.

Akutní intoxikace je definována jako přechodný stav po užití návykové látky, následkem čehož dochází ke změnám v chování, které jsou závislé na reakci centrální nervové soustavy na užitou látku (Svoboda et al., 2015).

Proces, kdy užívaná návyková látka vede k poškození duševního či fyzického zdraví je nazýván „škodlivým užíváním“. Pokud dochází ke stálému užívání návykových látek, organismus si vytvoří určitou toleranci, při které musí být dávka návykové látky neustále zvyšována, aby došlo k požadovanému účinku. Nadměrné užívání návykové látky vede k vzestupnému přizpůsobování se buněk nervového systému a jiných orgánů. Tento děj je charakteristický pro vybudování si závislosti na určité návykové látce. Syndrom závislosti se projevuje charakteristickými příznaky (viz dále). Při úplném či částečném odnětí návykové látky dochází ke stavu, který je nazýván jako odvykací stav neboli abstinenční syndrom. (Svoboda et al., 2015).

Závislost se dá rozdělit na tělesnou a psychickou. Tělesná závislost je charakteristická rozvojem tolerance a odvykacího stavu. Psychická závislost se projevuje touhou po návykové látce. Nedostatek návykové látky je doprovázen nepříznivými duševními příznaky. Touha či bažení po návykové látce je překládáno z anglického slova craving (Svoboda et al., 2015).

Závislý jedinec může v průběhu abstinence pociťovat stav, který se nazývá flashback. Flashback, neboli psychotická reminiscence je stav, kdy závislý jedinec má pocit, že je ovlivňován návykovou látkou (Svoboda et al., 2015).

Posledním pojmem, který uvádějí Svoboda et al. (2015) je dezinhibice. Jedná se o chování spojené s užitím např. alkoholu nebo benzodiazepinů s tím, že si je jedinec vědom jejich nebezpečnosti či nevhodnosti, ale není schopen jejich užití zabránit.

Syndrom závislosti se projevuje silnou až palčivou touhou či puzením k opakovanému užívání návykové látky. Dále se projevuje problémovým sebeovládáním při požívání látky

a nejistým až nemožným trvalým ukončením užívání této látky. Během užívání se zvyšuje tolerance k droze a s tím i zvyšující se dávky. Typickým příznakem závislosti na dané látce je odvykací stav, který se projeví po odebrání látky (Orel, 2012).

Dle Nešpora (2011) lze jedince označit za závislého, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více jevům, mezi které řadí silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku, potíže v sebeovládání při užívání, tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána za úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užitím, průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek, postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů a pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Syndrom závislosti může být spojen s užíváním určité látky, třídy látek či širší řadou různých látek (Nešpor, 2011).

1.2 Alkoholismus

Alkoholismus neboli alkoholová závislost i ostatní lékové či drogové závislosti jsou často nazývány nemocí popírání a vylhávání. Ať už závislý jedinec, tak i jeho blízké okolí je touto chybou často postiženo. Ze začátku u blízkého okolí dochází k popírání vzniku či již vzniklé alkoholové závislosti, které postupně přechází k uvědomění si holého faktu, že je daný jedinec závislý, aniž by si to on sám připouštěl či uvědomoval (Profous, 2011).

Alkohol je považován za společenskou drogu. A v naší společnosti je nejužívanější psychoaktivní látku, která je často konzumována skupinově. Jelikož má požívání alkoholu ve společnosti dlouhodobou tradici, a proto je relativně snášeno. Tento postoj se však mění pouze pokud jedinec nadměrně konzumuje alkohol, nebo se na něm stává závislý (Vágnerová, 2008).

Již od konce 50. let dvacátého století počet pacientů hospitalizovaných s duševními či fyzickými poruchami rostl. Přes období mírného poklesu a opětovného nárůstu došlo v roce 2005 k historickému počtu 11 691 hospitalizovaných pacientů závislých na alkoholu. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů v roce 2008 tvoří převážnou část muži, kterých bylo hospitalizováno přibližně 70 % (Mravčík et al., 2011).

V roce 2017 v České republice se počet pacientů, kteří byli hospitalizováni pro závislost na návykových látkách, pohyboval okolo 14 513. Z těchto pacientů převažovali hlavně muži, kterých bylo hospitalizováno 10 069, naopak žen s psychickými poruchami vyvolanými užíváním návykových látek bylo hospitalizováno pouze 4 444. Pro samotný abúzus alkoholu

v roce 2017 bylo hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 8 903 pacientů (Nechanská et al., 2018).

1.2.1 Alkohol

Alkohol slouží běžně jako název pro chemickou sloučeninu ethylalkoholu neboli ethanolu, jež je nezbytnou součástí lihových nápojů. V potravinářství se získává kvašením cukrů tzv. fermentací, nebo metodou destilace, při které vzniká větší koncentrace látky (Kašáková et al., 2015).

Ethanol je jednou z nejvyužívanějších organických chemikálií používaných v průmyslové a spotřební výrobě. Primárním průmyslovým využitím alkoholu jsou meziprodukty, které se používají k výrobě jiných chemických látek. Dále je v průmyslu alkohol využíván také jako rozpouštědlo. Ve spotřební výrobě se s touto látkou lze setkat u lihových nápojů, parfémů, vod po holení a kolínských, dezinfekcí a ústních vod. Ve zdravotnictví se využívá při lokální kožní dezinfekci a také jako antidotum v případech, kdy dojde k předávkování methanolem a ethylenglykolem (Strohm, 2014).

Pokud dojde k požití alkoholu či jeho inhalaci je snadno vstřebatelný v gastrointestinálním traktu, v případě inhalace v plicích. V tenkém střevě se během 30 až 60 minut pomocí prosté difúze vstřebá přibližně 80 až 90 % perorální dávky. Požitá potravinu během konzumace alkoholu mohou dobu úplného vstřebání prodloužit o 4 až 5 hodin (Strohm, 2014).

Na lidské tělo má alkohol anxiolytický účinek, to znamená, že dokáže uvolnit psychické napětí, zlepšit náladu či emoční prožívání jedince nebo dodat sebejistotu. Avšak u některých jedinců může vyvolat opačné stavy, jako například zažívací problémy a agresi. V menších dávkách alkohol může na jedince působit stimulačně, naopak ve větších dávkách tlumivě (Vágnerová, 2008).

Alkohol je dobře rozpustný ve vodě a tucích, proto snadno proniká hematoencefalickou bariérou. Metabolismus ethanolu je lienární proces, který je zcela individuální. Je zcela závislý na věku, tělesné hmotnosti a genetických podkladů, např. u 70 kg muže se metabolizuje 7 až 10 g alkoholu za hodinu. Absorpce probíhá převážně v játrech za pomoci několika enzymů, včetně alkohol dehydrogenázy, aldehyddehydrogenázy a jiných produktů těla. Asi 90 % ethanolu, který vstoupí do těla je

zcela zoxidováno převážně v játrech, pouze 10 % vstřebané dávky vylučují ledviny a plíce beze změn (Strohm, 2014).

1.2.2 Příčiny alkoholismu

Venosa (2015) uvádí, že mozek je plný nervových buněk, které mají za úkol udržet funkčnost celého těla. Tyto buňky a neurotransmitery umožňují různé svalové pohyby, dorozumívání, ovlivňují nálady, spánek, myšlenky a lidské jednání. Je tedy patrné, že mají vliv na návykové chování, avšak tato problematika nebyla stále přesně vyřešena.

Neexistuje přesný vzorec, který by popsal návykové pití alkoholu, avšak údaje z několika světových studií ukazují, že abúzus alkoholu je ovlivněn několika faktory. Alkoholismus jako nemoc má vliv na jedince bez ohledu na věk, pohlaví, etický původ, tělesnou stavbu nebo osobní přesvědčení a vyznání. Příčiny alkoholové závislosti jsou směsí genetických, environmentálních a sociálních faktorů, které se u jednotlivých závislých liší (Galbicsek, 2018). Veškeré faktory působí na jedince v určitém sociálním a kulturním prostředí, které specificky ovlivňuje jednotlivé faktory. Za sociální faktory lze označit vliv rodiny, sociální skupiny, životního prostředí a sociální komunitu. S životním prostředím se úzce váže vliv společenského postavení, kulturní normy dané společností a její názory a postoje k užívání návykových látek (Fischer et al., 2009).

Galbicsek (2018) uvádí, že v posledních letech proběhlo několik studií zabývajících se environmentálními faktory alkoholismu. Vědci v těchto studiích zjišťovali dostupnost alkoholu a vzdálenost obchodů s alkoholem a barů od bydliště respondentů. Bylo také zjištěno, že lidé jsou ovlivňováni rozšiřující se škálou reklam na alkoholické nápoje, které konzumaci alkoholu ukazují jako přijatelnou, neškodnou a relaxační metodu odpočinku. Nemalý vliv na množství konzumované dávky a její kvalitu má také finanční příjem závislého.

Specifický vliv genetiky na vznik závislosti není dodnes nijak prokázán. Tato komplexní porucha se nevyvíjí pouze na základě jednoho z faktorů, ale je důsledkem kombinací několika z nich. Přesto je prokázán fakt, že potomci otce alkoholika mají desetkrát větší šanci ke vzniku alkoholismu. Ke genetickému faktoru se přidává také vliv samotné rodiny a její funkčnost. Z biologického hlediska má na alkoholismus vliv průběh metabolického zpracování alkoholu, vznik palimpsestů či kocoviny (Fischer et al., 2009).

Každý jedinec zvládá stresové situace svým jedinečným způsobem. Toto zvládání situací do jisté míry mohou ovlivnit behaviorální rysy. Jedinci s depresemi, vysokým faktorem stresu, úzkostmi a dalšími psychickými poruchami mají větší sklon ke vzniku alkoholismu. V tomto případě je alkohol využíván k potlačení či překonání nepříjemných stavů a ke zmírnění projevů psychických poruch. Užívání alkoholu u jedince s duševní poruchou jako deprese, bipolární porucha a schizofrenie může způsobit řadu závažných vedlejších účinků (Galbicsek, 2018).

K jednotlivým skupinám příčin vzniku závislosti na alkoholu lze přidat i nespočet rizikových faktorů, které mohou tento vznik urychlit či zapříčinit. Ne vždy však musí rizikové faktory znamenat vznik samotné závislosti. Důležitou roli hrají při včasné diagnostice či při preventivních opatřeních u závislých. Mezi rizikové faktory lze zařadit požívání alkoholu v raném věku, alkoholovou závislost v rodinné historii, vysokou mírou stresu, tlak blízkého okolí a častou a dlouhodobou konzumaci nápojů obsahujících alkohol (Galbicsek, 2018).

1.2.3 Fáze vzniku závislosti na alkoholu

Alkoholová závislost může působit dojemem, že se jedná o bludný kruh. Než se však projeví první příznaky, může uplynout i několik let. Toto období je totiž čistě individuální dle dispozic a predispozic jedince. Se zvyšujícími se dispozicemi k požívání alkoholu se může zkracovat doba vzniku závislosti. I bez dispozic a predispozic si však může jedinec vypěstovat závislost na alkoholu jeho pravidelnou a dlouholetou konzumací (Heller et al., 2011).

Prvotní biologický základ závislosti je v mozku, ve kterém se vytváří speciální síť neuronů řízených dopaminem. Ty jsou vzájemně propojeny a vytváří takzvaný dopaminový systém odměn. Dopaminovou síť ovlivňuje individuální odlišnost jedince ve všech fyzických i duševních vlastnostech. Cílem tohoto systému odměn je uspokojení a dosažení slasti a radosti. K aktivaci dochází řadou rozmanitých způsobů (Orel, 2012).

Každý jedinec se může stát závislým za určitých podmínek. Při prvním styku s touto látkou jsou důležité faktory, jako např. aktuální emoční či stresová situace v roli spouštěče, rozsah schopnosti si uvědomit dopad užívání alkoholu, emoční a rozumové zpracování

a sociální zázemí. Tyto faktory jsou do určité míry schopny ovlivnit vznik závislosti na návykové látce (Vágnerová, 2008).

V počátečním (iniciálním) stádiu se závislý neliší konzumací alkoholu od běžných společenských norem. Sám si nemusí uvědomovat, že se pod vlivem lihovin může cítit mnohem lépe než ve stavu střízlivosti. Díky těmto vlivům je závislý jedinec schopen překonat či přečkat stresové situace, které jsou pro něj ve střízlivosti bolestné. Díky svým psychotropním účinkům se alkohol v tomto případě osvědčuje jako dobré řešení, a proto se jeho užívání postupem času po malých dávkách navyšuje. V tomto období hladina alkoholu v krvi je zpravidla kolem 0,5 promile. Na jedinci nejsou patrné žádné známky opilosti či abúzu alkoholu (Heller et al., 2011) .

Vágnerová (2008) uvádí, že ve stádiu varovném (prodromálním) se dávky alkoholu navyšují , aby byl jedinec schopen zvládat jednotlivé bolestné situace. S navyšováním dávek se zvyšuje tolerance k alkoholu, což vede ke snižování časového rozestupu mezi jednotlivými dávkami. Závislý popíjí ať už ve společnosti, tak i sám, popřípadě tajně před svým okolím. Nad konzumací alkoholu občas ztrácí kontrolu a dochází ke stavům opilosti. V těchto stavech může dojít k alkoholové ztrátě paměti (palimpsestu), kdy si jedinec nepamatuje, co se ve stavu opilosti dělo či co dělal. V tomto stádiu si závislý jedinec začíná uvědomovat své nutkání požívat alkohol.

Ve stádiu rozhodném (kruciálním) tolerance k alkoholu stále stoupá. V souvislosti s tím se začínají objevovat konflikty, které mohou překračovat i zákonné normy, jelikož závislý jedinec ztrácí kontrolu nad svým pitím. V průběhu častější konzumace alkoholu se mohou objevovat palimpsesty, kterými nemusí trpět každý závislý jedinec. Objevuje se falešné přesvědčení o možnosti kdykoliv s konzumací alkoholu přestat. Jedinec již alkohol potřebuje téměř denně a začíná dávat přednost společnosti, která také konzumuje alkohol, a tudíž mu nemůže jeho problém s alkoholem vyčítat. U závislého dochází k oploštění zájmů, změně osobnosti, preferencí a k rozpadu mezilidských vztahů (Fischer et al., 2009).

Heller et al. (2011) uvádějí, že konečné (terminální) stádium je charakteristické takzvanou ranní dávkou, kdy je závislý nucen zahánět nepříjemný stav při střízlivění konzumací dalšího alkoholu. Jestliže tento stav trvá i několik dní, než jedinec vystřízliví, lze jej označit za tah. Nutkání po konzumaci a zvyšující se dávce vede ke konzumaci chemických a kosmetických produktů obsahující etanol. V důsledku poškozování jater

klesá tolerance na alkohol a závislý se proto snadněji opije. Dochází k upřednostňování konzumace alkoholu před životními hodnotami.

Dle Duška et al. (2015) dělí profesor Jellinek konzumenty alkoholu do pěti typů podle stupně alkoholismu. Alfa typ alkoholika konzumuje alkohol pro navození euforie a dočasné odlehčení od soukromých problémů. Nedochází ke ztrátě kontroly nad konzumací, a proto se nerozvíjí alkoholová závislost. Beta typ alkoholika nemá ani psychické ani somatické projevy závislosti, nicméně konzumace je příležitostná a pravidelná. Gama typ alkoholika má výrazně sníženou kontrolu nad užíváním alkoholu a vzniká u něj psychická závislost. Delta typ alkoholika se projevuje silnou somatickou závislostí, i když chybí úplná ztráta kontroly. U tohoto typu se při abstinenci po několika dnech začnou objevovat abstinenci příznaky. Epsilon typ alkoholika požívá alkohol opakovaně, a to zřejmě v souvislosti s typem osobnosti. Jde o takzvané kvartální pijáky.

1.3 Dopad alkoholismu na zdraví

Neblahý dopad alkoholismu na lidský organismus si uvědomuje pouze jen několik málo konzumentů. Míra dopadu se odvíjí od konzumovaného množství. Alkohol v malých dávkách může mít u jedince pozitivní vliv na psychiku. Existují studie potvrzující, že občasná konzumace některých alkoholických nápojů v malém množství může mít na lidské tělo prospěšný dopad. Dávka s takovými účinky je přibližně 20 gramů na jeden den, což lze srovnat s 2 dl vína či půl litru 12° piva. Každé překročení této dávky zvyšuje poškození jednotlivých orgánových soustav (Baková, 2013).

Heller et al. (2011) uvádějí, že alkohol, jako jedna z mála drog, je vyhledávaný pro chuťové požítky, určitou dodávku vody a v menší míře i živin a kvůli vlivu na lidskou psychiku. Vliv na jedince závisí na dosažené hladině alkoholu v krvi. Při hladině 0,5 gramu v litru krve ovlivňuje jednotlivé psychické procesy. Hladina alkoholu nad 1 gram v litru krve přináší poruchy jemné motoriky, zpomalení reakční doby jedince a poruchami chování. Hladina nad 2 gramy v litru krve značí nápadnou opilost s poruchami motoriky, rovnováhy a řeči. Při hladině 3–4 gramu v litru krve vzniká intoxikace alkoholem a jedinec trpí ztrátou vědomí či upadá do hlubokého spánku. Hladina alkoholu v krvi vyšší než 4 gramy může znamenat pro jedince smrtelnou dávku v důsledku útlumu dechového centra.

Abstinence alkoholu, nebo snížení přijímaného množství u dlouhodobé závislosti na alkoholu může u jedince vyvolat alkoholový abstinenční syndrom či odvykací stav s deliriem. Tyto stavy jsou provázeny typickými fyziologickými stavy, přičemž odvykací stav s deliriem často mívá dramatictější průběh. Dlouhodobý abúzus alkoholu u jedince může vyvolat nevratné změny na intelektu, paměti a nervovém systému (Fischer et al., 2009). Dle Pilcha (2011) mezi abstinenční příznaky lze zařadit pocení, nauzeu až zvracení, celkový třes či tachykardii. Abstinenční potíže mohou komplikovat grand mal křeče a smyslové halucinace.

1.3.1 Dopad alkoholismu na duševní zdraví závislého

Ve své knize Heller et al. (2011) uvádějí, že alkohol i jím způsobená intoxikace se ve větší míře projevuje psychickými obtížemi. Mezi tyto psychotické stavy lze zařadit jednorázové intoxikace, patickou opilost, delirium tremens, alkoholovou halucinózu, alkoholovou bludnou poruchu, schizoformní alkoholovou poruchu, depresivní psychickou poruchu, alkoholovou paranoidní psychózu, Korzakovovu psychózu a alkoholovou demenci.

Opilost (ebrietas) lze rozdělit na prostou (ebrietas simplex), komplikovanou (ebrietas complicata) a patickou (ebrietaspathica). Prostá opilost se projevuje jako následek jednorázové konzumace alkoholických nápojů. Dle stupně intoxikace alkoholem se projevuje kvantitativní poruchou vědomí od spavosti až ke smrti. U komplikované opilosti se ke kvantitativní poruše vědomí přidává dominantní složka somatických poruch, a to hlavně v oblasti neurologie. Patická opilost naopak spadá do oblasti alkoholových psychóz. Projevuje se kvalitativní poruchou vědomí i vnímání postiženého jedince (Heller et al., 2011).

Jedince, kteří dlouhodobě využívají účinky alkoholu a mají tedy silnou závislost, může postihovat alkoholová halucinóza. Dle tolerance alkoholu u závislého jedince se halucinóza náhle objevuje po užití většího množství alkoholu. Za prvotní příznaky, projevující se převážně večer či v noci, lze považovat tělesný neklid, bolesti hlavy, nespavost, úzkost, nervozitu anebo rozmrzelost. Vznikají sluchové vjemy, které se mění v sluchové halucinace, k nimž se mohou přidávat i další halucinace a dokreslovat tak celkový obraz (Dušek et al., 2015).

U pacientů mladých či ve středním věku lze pozorovat chronickou závislost na alkoholu doprovázenou depresivními stavy. Výskyt těchto dvou stavů vede k přibližně 4krát až 5krát vyššímu riziku sebevražedných sklonů. Takto postižení jedinci se hůře léčí, jsou méně ochotni spolupracovat a zhoršuje se jejich průčeschnost. Při současném výskytu deprese a abúzu alkoholu je nutné rozlišit, zda se dříve vyskytovala deprese, nebo závislost na alkoholu. Bez časové či příčinné souvislosti se může současně objevit i rozvoj obou stavů. Mezi typické příznaky deprese a závislosti na alkoholu patří změny ve stravování, tělesné hmotnosti, sebevražedné myšlenky, poruchy nálad a spánku či otupení emocí (Racková, Janů, 2008).

Dušek et al. (2015) uvádějí, že důsledkem abúzu alkoholu může pozvolně vzniknout bludná alkoholová porucha. Její vznik je typický u alkoholiků ve středním věku. Perzekuční a žárlivecké bludy dominují paranoidnímu syndromu, přítomnost halucinací při této poruše je velmi vzácná. Závislý, který je ovlivněn bludy, se chová ke svému okolí mnohdy až přehnaně agresivně. Velmi podobná je schizoforní alkoholová porucha, kdy se společně s bludy vyskytují i halucinace stejně jako u klasické schizofrenie. Tato porucha se může rozvíjet spolu se závislostí u jedince s postižením osobnosti či psychickým narušením.

Dreisig a Kašpárek (2013) zmiňují, že při snížení či úplném odstranění dávky se může u závislého objevit odvykací stav v důsledku změny rovnováhy organismu. Excitační neurotransmise převládne nad inhibiční. U závislého se projeví tremor, úzkostné stavy, křeče, dystrofie a zvýšená citlivost na stresové situace.

Dle Pilcha (2011) při odnětí alkoholu či odvykacím stavu může vzniknout reakce nazývaná jako delirium tremens. Jedná se kvalitativní poruchu vědomí a kognitivních funkcí s narušením jedincovy pozornosti. Delirium tremens (dále jen delirium) se projevuje poruchami bezprostřední a krátkodobé paměti, dezorientací v čase, místě či osobě, výkyvy hyperaktivity a hypoaktivity, smyslovými halucinacemi a zastřením vědomí. Tyto příznaky se zhoršují především v noci. Heller et al. (2011) dodávají, že příznaky deliria se obvykle dostaví mezi 48 až 72 hodinami po odnětí dávky alkoholu. V některých případech však k tomuto dochází i po 10 dnech od poslední konzumace alkoholu. Pokud se u závislého jedince v predeliárním období objeví silné pocení a třes při hladině alkoholu 1-1,5 g v litru krve, stoupá riziko vzniku epileptického záchvatu. Po tomto období se typicky objevují

smyslové halucinace a dezorientace. Halucinace jsou převážně zrakové a sluchové, kdy jedinec může vnímat přítomnost lidí, hmyzu, hlodavců či jiných zvířat.

1.3.2 Dopad alkoholismu na somatické zdraví závislého

Dle Klíče (2018) je somatické zdraví závislého jedince ovlivněno množstvím přijímané dávky alkoholu a jeho zdravotními dispozicemi. Dlouhodobá konzumace alkoholu závislého ohrožuje na jeho zdraví a životě. Chronický abúzus postupně poškozuje nervový, oběhový, trávicí systém a jiné systémy lidského těla.

Na vzniku a vývoji chorobných změn v těle se podílí hormony jako epinefrin, norepinefrin, kortisol a dehydroepiandrosteron – sulfát (DHEA-S). Jejich produkce ovlivňuje hlavně duševní a fyzické zdraví, vývoj chronických onemocnění a vznik předčasné smrti. Hladina těchto hormonů také ovlivňuje to, jak bude organismus reagovat na stres a dále také vyvolává reakci boj či útěk. Vysoká hladina má za následky vysoký krevní tlak, vznik a vývoj rakoviny nebo poruchy spánku. Nadměrná konzumace alkoholu má nežádoucí účinky i na diabetes mellitus a poruchy štítné žlázy (Ransome et al., 2017).

Tyrlíková (2013) uvádí, že v nervové soustavě alkohol ovlivňuje hned několik neurotransmiterových systémů. Při jeho konzumaci dochází k aktivaci endogenních opioidů, které ovlivňují vjemy rozkoše, stresu a bolesti. K těmto kladným vlivům se však přidávají i nežádoucí efekty, jako ataxie, amnézie a sedace. U chronické konzumace alkoholu dochází k ovlivnění NMDA a GABA-A receptorů, což vede při vysazení alkoholu k syndromu z odnětí (kindling efekt). Dále se u pacienta může objevit epilepsie či cévní mozková příhoda. Fischer et al. (2009) uvádějí, že změny mozkových struktur v mozečku, mezimozku, spánkovém a čelním laloku mají za následek specifické poruchy funkce jako nespavost či naopak abnormální spavost, endokrinní a emoční poruchy, poruchy rovnováhy, koordinace pohybů a jiné. Ve středním mozku mají zas změny za následek poruchy kognitivních funkcí. V této oblasti také dochází k atrofii mozkové tkáně.

Z interního hlediska alkohol poškozuje především játra, slinivku břišní, ledviny, žaludek, jícen, srdce a krevní oběh. Pro játra je nadměrný a chronický abúzus nemalou zátěží, a proto je tento orgán poškozen jako jeden z prvních. Dochází k imunologické hyperaktivitě, která má za následek poškození hepatocytů a pokles glukogeneze

a glukoronidace. Dále alkohol stimuluje lipogenezi, která má za následek vznik steatózy jater (Heller et al., 2011).

Alkoholové postižení jater je individuální a závisí na množství konzumovaného alkoholu, vnímavosti organismu, prodělaných jaterních a metabolických onemocnění, popřípadě přítomnosti obezity a nadváhy. Poruchy a poškození jater souvisí především se zpracováváním nadměrného množství přijímané dávky alkoholu. Většina poruch jater má stále velkou úmrtnost, která je častější v chronické fázi nemoci (Brůcha et al., 2009).

Nadměrné užívání alkoholu má vliv i na funkci a sekreci slinivky břišní. Vznik spasmů vývodů a porucha sekrece má za následek poškození celého orgánu. Mezi onemocnění spojená s abúzem alkoholu patří akutní a chronická pankreatitida, akutní exacerbace a poruchy spojené se sekrecí inzulínu (Heller et al., 2011). Dítě et al. (2011) uvádějí, že typickým onemocněním, kterým trpí alkoholici, je chronická pankreatitida, jež se vyskytuje u závislých na alkoholu po celém světě. Při tomto onemocnění dochází postupně k nahrazování funkčního parenchymu vazivem. V pokročilém stádiu dochází k exokrinní i endokrinní pankreatické nedostatečnosti. Samotné onemocnění má několik forem, kdy abúzus alkoholu má za následek toxicky – metabolickou formu.

Závislý jedinec je dále také ohrožen kardiovaskulárními poruchami. Při občasné konzumaci může mít alkohol pozitivní vliv na ischemickou chorobu srdeční. Avšak při abúzu se riziko vzniku této nemoci zvyšuje. Kvůli toxickému účinku alkoholu a jeho metabolitů vzniká alkoholová kardiomyopatie, která má podobné projevy jako srdeční selhávání. Nejčastěji jsou však alkoholici postiženi systémovou arteriální hypertenzí, která je následkem nadprodukce kortizolu a noradrenalinu. Dále je závislý ohrožen ukládáním lipidů do stěn cév (Heller et al., 2011). Whitman et al. (2017) uvádějí, že v důsledku ukládání lipidů do stěny cév je závislý jedinec ohrožen embolií mozku, srdce i plic. Toto riziko se zvyšuje sníženou pohybovou aktivitou, stravovacími návyky a závislostí na alkoholu spolu s jinými drogami či tabákem. Přesto mnoho odborných zdrojů uvádí, že občasná konzumace alkoholu, a to v mírném množství, je pro kardiovaskulární systém prospěšná, avšak mnohdy má neblahý dopad na psychiku, emoční prožívání či vznik cirhózy.

Nadměrná konzumace alkoholu ovlivňuje i endokrinní systém, kde zasahuje do osy hypotalamus – hypofýza a ovlivňuje v ní veškeré hormony. Abúzus alkoholu způsobuje

nejen poruchy hormonů, ale zapříčiňuje poruchy orgánů a tkání těla, jelikož do nich tyto hormony pronikají. Zasažení endokrinní soustavy se může projevit psychickými poruchami, reprodukční dysfunkcí, imunitní abnormalitou, narušením rovnováhy vody a osmolality, rakovinou a jiným (Rachdaoui et al., 2017).

Heller et al., (2011) uvádí, že typickým kožním projevem u abúzu alkoholu je alkoholový obličej (facies alcoholica). Ten se projevuje zarudnutím tváře, zduřeným červeným nosem, zvětšením příušních žláz, zarudnutím víček a překrvením spojivek. Dále se u závislých objevují otoky, stařecký vzhled kůže a modřiny, které sám jedinec nedokáže vysvětlit.

1.3.3 Dopad alkoholismu na sociální život závislého

Žádný jedinec není schopen žít bez interakce sociálního prostředí, které jej ovlivňuje. Jak bylo zmíněno výše, toto prostředí má vliv na samotný vznik závislosti. Samotné projevy alkoholové závislosti mají největší dopad na rodinu a blízké okolí závislého, kde trpí především jeho děti. U závislého může jsou tyto následky menší než u ženy (Heller et al., 2011).

Heller et al., (2011) dále zmiňují, že alkohol ovlivňuje jednání závislého, mění tak komunikaci, rozhodování, řešení problémů i zvládání emocí, což neblaze ovlivňuje i jeho rodinu. Dochází k rozvratu vzájemných vztahů, zhoršování zvládání ekonomické, ochranné či jiné základní funkce rodiny. U závislých mužů pod vlivem alkoholu může často vystupňovat agrese až do určitých forem domácího násilí. Avšak většinou spíše muži přichází o svůj volný čas, který tráví, namísto s rodinou či partnerkou, v hospodách a s přáteli, kteří mají stejné zájmy.

Pešek (2018) uvádí, že od dvacátého století dochází k přibývání žen závislých na alkoholu po celém světě. Důvodem je narůstající pracovní zátěž a snaha o stejná práva mužů i žen. Závislé ženy mívají horší projevy než muži. Většinou dochází k neschopnosti plnit roli matky nebo partnerky. Na rozdíl od mužů, ženy často pijí skrytě, protože mají strach z odsouzení od okolí. Dále je u žen alkoholismus spojen i se závislostí na lécích či jiných drogách. U některých žen vzniká závislost na alkoholu díky tomu, že je již závislý jejich partner.

Pešek (2018) uvádí, že alkoholová závislost může zasáhnout i do sexuálního života závislých jedinců, a to bez rozdílu na jejich pohlaví. Abúzus alkoholu dokonce může u partnera závislé osoby vyvolat až odpor k pohlavnímu styku. Heller et al. (2011) uvádějí, že s prohlubující závislostí se snižuje schopnost reprodukce, objevují se poruchy menstruačního cyklu a sebekontroly a mění se „chut“ k pohlavnímu styku. Intimní vztahy úzce ovlivňuje i vzrůstající žárlivost alkoholika.

1.4 Léčba alkoholismu a její rozdělení

Alkoholová závislost je nevyléčitelnou nemocí. Léčba vede pouze k vymizení příznaků. Tohoto cíle je dosaženo díky kompletnímu odstranění alkoholických nápojů ze života závislých a dodržování tzv. bezalkoholové diety (Heller et al., 2011). Dle Profouse (2011) je rozhodnutí léčit alkoholismus odlišné u žen a mužů. Ženy svou závislost řeší častěji a dříve než muži právě kvůli následkům, a to nejen na zdraví. Za počáteční léčbu lze považovat ambulantní léčbu, která v některých případech může být finální, anebo poslouží jako pomyslné síto. Po opakovaných nezdarech při tomto léčení by se dále mělo přemýšlet nad ústavní léčbou, kde jsou pacienti lépe sledováni.

Jedním z důvodů, proč závislý nastupuje na léčbu, jsou problémy se zdravím či ztráta rodiny a blízkého okolí. Nejprve je potřeba léčit somatické projevy závislosti a samotného odvykacího syndromu. Tato fáze netrvá dlouho a je snadno ovlivnitelná podáním různých farmak. Využití psychofarmak je potřebné i v případě rozvoje alkoholových psychóz a při rozvoji delirium tremens (Fischer et al., 2009).

Ze soudně-psychiatrického hlediska je nutné provést u pacientů vykazující známky intoxikace alkoholem stanovení alkoholu v krvi neboli alkoholémii. Tato diagnostika je nezbytně nutná pro určení stupně intoxikace alkoholem (Dušek et al., 2015).

Pešek (2018) uvádí, že výběr léčby do značné míry ovlivňuje sám závislý, není-li dáno jinak. Při rozhodování o průběhu léčby závislosti je nutné brát v potaz současný stav, očekávaný odvykací stav, popřípadě zvážit průběh předchozích pokusů o léčbu závislosti. Závislý si má právo vybrat z několika forem léčby, mezi které například patří anonymní alkoholici, ambulantní léčba, ústavní či pobytová léčba a další. Naopak Profous (2011) uvádí, že často je potřeba závislého k léčbě přivést. V tomto případě hraje velikou roli rodina a partner, či partnerka. Někteří se s tímto problémem vypořádají sami, jiní za

pomoci odborníků. Za důležité lze označit jakoukoliv krizi, která je vyvolána alkoholovou závislostí. V takovém případě mohou partneři či rodina sloužit pouze jako podpůrná pomoc pro zahájení léčby. Avšak promarnění takových příležitostí může značit komplikace léčby či její oddalování.

1.4.1 Ambulantní léčba alkoholismu a anonymní alkoholici

K ambulantní léčbě závislý jedinec přistupuje v momentě, kdy dochází k nějaké krizi nebo vlivem blízkého okolí. Právě vznik osobní krize, jako je například ztráta zaměstnání či odchod partnera nebo partnerky, může posloužit jako motivační složka pro léčbu. Přesto je na počátku léčba ohrožena zabarveným vnímáním a postojem závislého jedince (Heller et al., 2011).

Profous (2011) uvádí, že ambulantní péče o závislého je mnohdy těžší než ústavní, jelikož sám závislý i jeho blízké okolí nemusí vždy pochopit podstatu terapie. Samotný kontakt s odborníky není každodenní a léčený jedinec si z nepravidelných sezení odnáší pouze ty informace, které on sám chce. Ambulantní léčbu lze doplnit podáváním Antabusu. Ten slouží pouze jako podpora léčby, není tedy určen k samotné léčbě alkoholismu.

Disulfiram neboli Antabus je léčivo využívané k senzibilační léčbě. Je využíván pro svou schopnost inhibice aldehyddehydrogenázy, která následně způsobuje hromadění acetaldehydu. Pokud dojde ke konzumaci alkoholu během užívání Disulfiramu, během několika desítek minut nastanou toxické příznaky jako jsou například nechutenství až zvracení, dyspnoe, tachykardie a další. Mohutnost těchto příznaků se odvíjí od přijaté dávky alkoholu a jejich trvání může být až několikahodinové (Dušek et al., 2015).

Při ambulantní péči nesmí hrát hlavní roli substituční léčba a ani léčba Antabusem. Péče o závislého od prvního kontaktu v ambulanci až po předání do ústavní léčby musí být komplexní, diferencovaná, erudovaná, profesionální a kvalitní. Ordinance ambulantní léčby by měla zahrnovat různé typy skupinových terapií, rodinou či párovou terapii, spolupráci s A-kluby a možnost doléčovacího abstinčního klubu (Heller et al., 2011).

Millerová (2011) uvádí, že Anonymní alkoholici jsou skupinou vycházející z dvanácti kroků, které musí každý zúčastněný člen dodržovat. Mezi tyto kroky se řadí například přiznání si své závislosti, důkladná sebeanalýza, svěření se do péče Boha, sepsání listiny osob, kterým jedinec svou závislostí ublížil a další. Dále se členové řídí tradicemi, které mají za úkol udržení jednoty skupiny, pomoc jedincům, kteří ještě se závislostí bojují,

podpora společné touhy přestat pít či zajištění soběstačnosti skupiny anonymních alkoholiků.

Sezení skupin anonymních alkoholiků probíhají bez účasti profesionálů. Vedením sezení se vždy zabývá jeden z členů, který nejdéle úspěšně bojuje se svou závislostí. Na začátku setkání probíhá specifické představení členů a případné uvítání nováčků. Každý pak popisuje své zážitky s alkoholovou závislostí, ostatní členové však nesmí do popisu zasahovat ani jej nijak negativně kritizovat. Tato setkání mohou být dvojí formy. Buď se sezení účastní pouze členi skupiny, tedy závislý na alkoholu (forma uzavřená), nebo se jedná o formu otevřenou, kdy se těchto sezení účastní i blízké okolí závislých či odborná společnost (Heller et al., 2011).

1.4.2 Ústavní léčba závislosti na alkoholu

Jestliže je neúspěšná ambulantní léčba závislého jedince, může přecházet v léčbu ústavní. Během ústavní léčby probíhají denně různé formy terapie, při kterých terapeuti mají větší šanci dozvědět se o závislém více informací a dle toho mu léčbu přizpůsobit. Dále je zde možnost více korigovat rehabilitaci soběstačnosti v osobním životě závislého. Přesto je úspěšnost ústavní léčby velmi často podporována doléčováním ve skupinách anonymních alkoholiků, či k návratu k dlouhodobé ambulantní péči (Profous, 2011).

Pešek (2018) uvádí, že pobytová neboli ústavní léčba může být dělena podle délky léčebného pobytu na krátkodobý, střednědobý a dlouhodobý. Krátkodobým léčebným pobytem je označována léčba probíhající po dobu 3 měsíců. Za střednědobou léčbu je považován pobyt do 6 měsíců a pobyt, který přesahuje 6 měsíců, se nazývá dlouhodobý. Výhodou pobytové léčby je nejen intenzivnější terapie, ale i odnětí závislého z rizikového prostředí. Avšak nevýhodou je odnětí závislého z domácího prostředí, dočasné přerušení pracovní schopnosti a mnohdy také přísné dodržování léčebného režimu a pobytových pravidel.

Ústavní léčba probíhá ve zdravotnických zařízeních a nezdravotnických soukromých zařízeních. Za zdravotnická zařízení jsou považována psychiatrická oddělení nemocnic anebo specializované psychiatrické léčebny. Léčba je zde hrazena zdravotní pojišťovnou s možnými příplatky. Výhodou zdravotnických zařízení je neustálá přítomnost zdravotnického personálu, možnost ošetření závažnějších zdravotních problémů.

Nevýhodou často bývá kvalita vybavení zdravotnického zařízení a omezenost doplňkových služeb (Pešek, 2018).

Základním léčebným principem je komplexní program zahrnující detoxikaci, detoxifikaci, psychoterapii obsahující rehabilitační a resocializační techniky a doplňující farmakoterapii. Mezi nejvíce využívané psychoterapie patří kognitivně-behaviorální terapie a integrativní psychoterapie. Jde o jeden ze základních terapeutických pilířů v léčbě závislosti. Může být aplikována individuální, skupinovou či hromadnou formou v různých orientacích dle zvláštních potřeb, léčebného pokroku a současného zdravotního stavu závislého (Heller et al., 2011).

Detoxikace je hlavně léčbou akutní intoxikace návykovou látkou. Při této terapii je vždy nezbytně nutná hospitalizace jedince ve zdravotnickém zařízení, kde je možnost okamžitého jednání v případě akutního ohrožení života. Tento stav vyžaduje komplexní přístup pro vysoké riziko hypotenze, hypoglykemie a acidózy organismu (Dušek et al., 2015).

Detoxifikace je léčba odvykacího stavu. Využívá se kombinace psychofarmak jako například tiaprid, benzodiazepiny, carbamazepin, nebenzodiazepinová anxiolytika, antipsychotika a mnoho dalších. Lehké formy odvykacích stavů jsou často řešeny bez podání psychofarmak, avšak se podávají hepatoprotektiva, vitamíny a zajišťuje se dostatečná hydratace. Těžké formy odvykacího stavu a delirium tremens je důležité doplnit o minerály a tekutiny. Podávání psychofarmak musí probíhat pod pravidelnou laboratorní kontrolou (Dušek et al., 2015).

Zákon číslo 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje, kdy a za jakých podmínek může být pacient hospitalizován ve zdravotnickém zařízení bez vyslovení souhlasu s hospitalizací. Bez souhlasu lze jedince hospitalizovat, pokud jim bylo soudně stanoveno ochranné léčení formou lůžkové péče, mají nařízenou izolaci, karanténu či léčení dle zákona o ochraně veřejného zdraví, nebo pokud mají nařízeno vyšetření zdravotního stavu. Další podmínkou je bezprostřední ohrožování závažným způsobem sebe samého či okolí a dále také, pokud zdravotní stav jedince vyžaduje poskytnutí zdravotní péče, ale není možné získat souhlas (Raboch et al., 2012).

V případě hospitalizace jedince bez jeho vyslovení souhlasu musí zdravotnické zařízení do 24 hodin od jeho přijetí obeznámit soud v místě svého působení, který do sedmi

dnů od hospitalizace jedince musí rozhodnout o platnosti převzetí do péče za těchto podmínek. K rozhodnutí dochází po výsledku hospitalizovaného jedince, ošetřujícího lékaře a po zvážení dalších okolností (Pavlovský et al, 2009).

1.4.3 Zapojení rodiny či partnera do léčby závislosti

Během ambulantní i ústavní léčby bývá závislému i jeho rodině nabízena rodinná či partnerská terapie, která může být buď jednorázová, anebo pravidelná. Během partnerské terapie se pozornost orientuje na partnerský život a jeho postižení závislostí. U rodinné terapie je rozebírán kompletní rodinný život závislého jedince. Podmínkou pro poskytnutí této péče je udělení nezbytného souhlasu jak závislého, tak jeho blízkých, kteří se terapie účastní (Pešek, 2018).

Dušek (2015) uvádí, že rodinná terapie se zabývá ovlivňováním chování a vztahů jednotlivých členů rodiny. Během terapie by mělo docházet k porozumění a pochopení snahy ostatních členů rodiny, ke zjišťování jejich činů a chování. Terapie je citlivá vůči každému pohlaví a sociální roli. Jejím cílem je vzájemné porozumění, vysvětlení si jednotlivých problémů, které hodnotí i terapeuti za pomoci principu neutrality.

Partnerská terapie často řeší témata jako jsou výhody alkoholismu pro vztah, případná ztráta partnera v důsledku závislosti, neschopnost zastat roli partnera, ovlivnění vztahu závislostí a partnerský život po dokončení doléčování. Dále je partner závislého jedince veden k podpoře závislého v léčbě a abstinenci. Během terapie terapeut učí obě strany asertivnímu vyjadřování emocí, nastavení si limitů pro dané situace a řešení partnerských problémů. Výsledkem může být dohoda často písemného formátu, která obsahuje jasná pravidla pro vzájemné soužití a komunikaci mezi oběma stranami (Pešek, 2018).

1.5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu na psychiatrickém oddělení

Práce sester na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické léčebně se odlišuje od práce sester na jiných odděleních nemocnic. Je zde několik specifíků, která musí sestry zvládat, aby mohly poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči hospitalizovaným pacientům na tomto oddělení. Při poskytování ošetrovatelské péče na psychiatrickém oddělení hraje velkou roli osobnost sestry a její schopnosti navázat úzký vztah s pacientem. Sestry dále musí umět

dokonale ovládat své emoce, zachovávat si určitý postoj, doprovázet pacienta jeho nelehkou životní situací nebo zajišťovat životní struktury (Elexová, Petr, 2006).

Dle Růžičkové (2013) je během poskytování ošetrovatelské péče o duševně nemocné pacienty, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrickém oddělení, důležité využívat určitý psychologický přístup. Ten spočívá v nestrannosti, porozumění a zdrženlivosti zdravotnických pracovníků. Navázání kontaktu s pacientem, který je v nějaké míře lucidní a neprojevují se u něj známky agrese a motorického neklidu, je podstatou tohoto přístupu k pacientům. Dále je nutné respektovat soukromí pacienta a jeho osobu spolu s duševním onemocněním.

Pro práci na psychiatrickém oddělení je pro sestru vhodné získat specializovanou způsobilost „sestra pro péči v psychiatrii“. Díky specializaci jsou sestry vhodně připraveny na problematiku psychiatrické péče. Dále jsou sestřím přidávány kompetence jako vyhodnocování potřeb, úrovně soběstačnosti, rizikových faktorů a projevů onemocnění, podpora a rehabilitace kognitivních a psychických funkcí, použití omezovacích prostředků, péče o pacienta v omezení, začlenění do sociálního prostředí, poradenská činnost v oblasti duševních poruch, resocializace a mnoho dalších (Novotná, 2014).

Sestře pracující na lůžkovém oddělení se naskytne první kontakt s pacientem při jeho přijetí na oddělení. Pacient je přijat na základě doporučení ambulantních lékařů či praktických lékařů, překladem z jiného zařízení či oddělení, na vlastní žádost pacienta, popřípadě pokud pacientův zdravotní stav ohrožuje samotného pacienta či jeho okolí. Během příjmu se sestra i ostatní zdravotnický personál pacientovi představí a o každém výkonu jej řádně informuje. Sestra provede monitoraci fyziologických funkcí, řádný záznam do dokumentace, provede soupis osobních věcí a kompenzačních pomůcek. Dále sestra asistuje lékaři při vyšetření a plní jeho ordinace (Blatnická, Marková, 2006).

Sestra má nemalou roli ve vyšetřování duševně nemocných. Tráví s nimi více času než lékař, a to v různých denních dobách a při různých situacích. Díky tomuto má prostor během vykonávání ošetrovatelských činností provádět i vyšetřování nemocného. Sestra bývá také první osobou, kterou pacient upozorňuje na své problémy, či se jen s něčím svěřuje. Ošetrovatelské vyšetření nemocného obsahuje posouzení stavu nemocného, diagnostický i terapeutický rozhovor, pozorování a ošetrovatelskou anamnézu, která je významná jak pro sestru, tak i pro lékaře (Běhounek, 2014).

Dle Běhounka (2014) sestra využívá během ošetrovatelského vyšetření v psychiatrii hodnotící škály, které jsou nedílnou součástí tohoto procesu. Hodnotící škály jsou vhodným prostředkem pro potvrzení předpokládaného problému nemocného a potvrzení efektivity poskytované a plánované ošetrovatelské péče o nemocného. Mezi tyto škály lze zařadit testy hodnotící soběstačnost, testy pro určení rizika pádu, nutriční screening, testy na riziko dekubitů, testy hodnotící riziko suicidálního jednání, testy pro hodnocení agrese, stupnice pro hodnocení psychického zdraví, testy kognitivních funkcí, škály hodnotící deprese, případně jiné hodnotící škály.

Péče o pacienty s alkoholismem spadá do problematiky adiktologie. Léčebné opatření se odvíjí podle požitého množství návykové látky, případné kombinace několika návykových látek a dopadu na zdraví pacienta. Pro zdárné zahájení léčby a spolupráce se zdravotnickým personálem je vhodné použít detoxifikaci a následnou kontrolu abstinence. Dále je také nutná kontrola průběhu režimové léčby a využití různorodých psychoterapeutických technik. Důležitou rolí sestry je podávání medikamentózní léčby (Randáková Modes, 2014). Běhounek (2014) uvádí, že během podávání medikamentózní léčby sestra dodržuje ordinaci lékaře, přípravu léků a jejich podání jako na jiných odděleních nemocnice. Duševně nemocného je nezbytné edukovat o podávání, dávkování, následcích při vysazení a nežádoucích účincích. Při podávání musí sestra informovat pacienta o podaném léku a způsobu užití, poté provádí dohled nad užitím léčiv. Následně sestra provede řádný záznam do dokumentace. V případě výskytu náhlých obtíží pacienta, anebo nepravidelném podání léčiva je nutné provést záznam do dokumentace s přesným odůvodněním a tím, kdo lék ordinoval a podpisem toho, kdo jej podal.

1.5.1 Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní intoxikací alkoholem

Akutní intoxikace je přechodným stavem, který závisí na dávce alkoholu, okolnostech užití a zdravotním stavu jedince (Randáková Modes, 2014).

Při přijetí pacienta s podezřením na akutní intoxikaci je nezbytné zjistit druh toxické látky, případné kombinování několika látek, množství užití látky a orientační čas jejího požití. Sestra hodnotí stav vědomí, základní životní funkce a provádí ohledání pacienta, aby zjistila, zda nejeví známky závažného poranění či suicidálního pokusu. Poté odebere

vzorky krve a pokud je to možné i vzorek moče na toxikologické a biochemické laboratorní vyšetření (Hradecká, 2011).

Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní intoxikací by měla být zaměřena na příjem stravy a tekutin, projevy abstinenčních příznaků, suicidální riziko, sebepěči, spánek, odpočinek, projevy úzkosti, strachu a jiných poruch. U pacienta se provádí záznam příjmu a výdeje tekutin a sleduje se vylučování stolice. Sestra pomocí vhodné volby diety zajišťuje pacientovi dostatečný přísun živin, minerálů a vitamínů. Pokud není dietní opatření dostatečné, volí se medikamentózní podání minerálů a vitamínů (Babiaková, Akrmannová, 2006).

Sestra při přijetí pacienta odstraní potenciálně nebezpečné předměty z jeho dosahu. Dále provede prohlídku osobních věcí, aby došlo k omezení rizika sebepoškození, popřípadě i opětovné intoxikace. Alkohol ovlivňuje spánek i emoční prožívání, proto sestra provádí s pacientem nácvik spánkových rituálů, kontroluje emoční i fyzické projevy pacienta a zajišťuje užití medikamentózní léčby. Ošetrovatelské intervence musí být voleny dle stupně soběstačnosti a schopnosti sebepěče pacienta. Výsledkem ošetrovatelské péče by mělo být opětovné získání fyzického i psychického zdraví tak, jak to následky intoxikace dovolují (Babiaková, Akrmannová, 2006).

1.5.2 Ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu tremens

U závislých na alkoholu při hospitalizaci dochází k náhlému odnětí alkoholu či kombinaci několika návykových látek, což vede k rozvoji odvykacího stavu. Tento stav se často komplikuje přechodem do odvykacího stavu s deliriem tremens, který se může vyvinout i po 48 až 72 hodinách a trvat v rádech hodin až několik dnů (2-7 dní). V 10 až 15 % neléčených případech tento stav může končit úmrtím pacienta (Randáková Modes, 2014).

Stejně jako u akutní intoxikace, i u pacienta v deliriu tremens je nutné z ošetrovatelského hlediska brát zřetel na příjem stravy a tekutin, projevy abstinenčních příznaků, suicidální riziko, sebepěči, spánek a odpočinek, projevy úzkosti, strachu a jiných duševních poruch. Příjem potravy a tekutin je zde nezbytné monitorovat a provádět řádný záznam do dokumentace. Postup ošetrovatelské péče je tedy až na nějaké odchylky stejný jako u akutní intoxikace (Babiaková, Akrmannová, 2006).

Pacienta v deliriu velmi často postihují zrakové i sluchové halucinace a bludy. Sestra proto musí zajistit bezpečí pro pacienta i jeho okolí. Panické stavy u pacienta vyvolávají agresi a neklid, v případě ohrožení pacienta či jeho okolí lze využít omezovacích prostředků na dobu nezbytně nutnou k zajištění jeho bezpečí. Sestra dále kontroluje životní funkce pacienta a hodnotí stav vědomí, do jaké míry je poškozeno. Je nutné si uvědomit, že pacient má právo léčbu odmítnout a ošetrovatelský tým toto rozhodnutí musí respektovat. Kromě stavu spolupráce pacienta ovlivňuje léčbu i ošetrovatelskou péči popírání daných skutečností, poruchy paměti, poruchy mezilidských vztahů (vztahy pacienta s rodinou, partnerem/partnerkou a dalšími lidmi), poruchy vnímání a orientace a mnoho dalších faktorů (Babiaková, Akrmannová, 2006).

Péče o pacienta v deliriu je náročná nejen pro ošetrovatelský tým. Sestra by měla být schopna rozpoznat vážnost stavu pacienta a samotné projevy abstinčního stavu a deliria. U těžkého odvykacího stavu je potřeba u pacienta zajistit nutriční, úpravu elektrolytové rovnováhy a hypoglykemie, omezení zátěže jater a pomýšlet na riziko vzniku horečky. Sestra také musí kontrolovat případné nežádoucí účinky podané medikamentózní léčby. V případě, že se pacientův stav nadále zhoršuje, je nutné jej přeložit na jednotku intenzivní péče (Pražský, 2013).

Pro zařazení pacienta do rehabilitace je potřeba, aby měl pacient vhodný náhled na své onemocnění a dále musí být zajištěno fyzické i duševní zdraví v co nejvhodnějším stavu v rámci onemocnění. Pacient bývá zařazen do režimové léčby, přičemž při léčbě závislostí je osvědčený komunitní systém práce. Sestra jeví zájem o předchozí zkušenosti s palimpsesty a deliriem, s léčbou, o osobní život nemocného a události, které jej mohli traumatizovat. Pacient bývá za zvládnutí a plnění režimu hodnocen jak kladně, tak i záporně. Od hodnocení se dále odvíjí jeho práva, povinnosti a kompetence v komunitě (Babiaková, Akrmannová, 2006).

1.5.3 Specifikace ošetrovatelské péče o pacienta při agresi a neklidu

Neklid je možné označit za stav, při kterém převládá zvýšená a bezúčelná psychomotorická aktivita s nadměrně zvýšenou citlivostí a přecitlivělostí k podnětům. Neklidné chování může vyústit až v agresivní chování (Hanušová, 2008). Petr (2006) charakterizuje neklid jako stav, při kterém dochází k nadměrné pohybové činnosti. Ta se

projevuje mírnými projevy jako je přešlapování, podupávání, popocházení nebo zvýšená gestikulace. Tyto projevy mohou přejít k celkovému tělesnému neklidu, kdy se může objevit bezcílné pobíhání a zásah do okolního dění. Velký neklid u pacienta lze označit jako agitovanost. To je nadměrný pohybový neklid mnohdy doprovázející násilné chování.

U návykových poruch je neklid řešen s ohledem na užívanou látku. Užití stimulačních a halucinogenních látek vyvolává neklid především ve stádiu intoxikace. U sedativně působících látek vzniká neklid při odvykacím stavu. Proto je při diagnostice nezbytná pacientova anamnéza (Hýža et al., 2009).

Kašáková et al. (2015) popisují agresi jako útočné chování jedince ke svému okolí. Jestliže se jedinec takto chová ke své vlastní osobě, jedná se o autoagresi. Látalová (2013) uvádí, že za agresi lze považovat nepřátelské, citově zraňující až ničivé chování jedince vůči sobě i svému okolí. Agresi lze dělit na předem připravenou agresi, kdy je chování chystané, a impulzivní agresi, kdy je agresivní chování následkem stimulace autonomního nervového systému. Při zneužití alkoholu lze agresi pozorovat u akutní intoxikace alkoholem, následkem dlouhodobého abúzu alkoholu a u Deliria tremens.

Agresi je možné dělit na hostilitu, verbální agresi a brachiální agresi. Hostilita neboli nepřátelské chování je nejnižší stupeň agrese. Jedinec při něm dává výrazně najevo svůj odpor. Slovní agrese je považována za druhý stupeň agrese a dále se dělí na přímou, nepřímou a ideatorní. Při přímé slovní agresi dochází k přímému konfliktu, u nepřímé slovní agrese jedinec využívá telefon či psaný vzkaz. Ideatorní slovní agrese je pouhé představování si slovního konfliktu, které pak jedinec sděluje. Brachiální agrese je nejvyšším stupněm agrese, kdy dochází k fyzické agresi zaměřené na živé i neživé. Dále je možné agresi dělit na autoagresi, kdy jedinec jedná agresivně sám proti sobě (suicidální jednání, sebepoškozování), a na heteroagresi, která je mířená vůči okolí (Petr, 2006).

Při kontaktu s agresivním pacientem platí pro sestru několik opatření, mezi která patří například nikdy nezůstávat s agresivním o samotě, vždy mít na blízku jiný zdravotnický personál, dodržovat bezpečný odstup, mluvit pomalu a srozumitelně, volit krátké věty, pacienta do ničeho nenutit, nelhat mu, oslovovat agresora jménem a mnoho dalších. Ke konfliktu pacienta se sestrou mnohdy dochází, když je pacient hospitalizován proti své vůli. V případě, že je agresorův stav neměnný, nebo se zhoršuje, může lékař naordinovat psychofarmaka či omezení na pohyb (Petr et al., 2014).

1.5.4 Použití omezovacích prostředků v psychiatrii

Dle § 39 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a jejich poskytování, v platném znění, je k omezení volného pohybu pacienta možné použít k omezení ochranné pásky a kurty, umístění pacienta do síťového lůžka, či místnosti určené k bezpečnému pohybu pacienta, využít ochranný kabátek či vestu sloužící k omezení pohybu horních končetin, podat psychofarmaka či jiná parenterální léčiva sloužící k omezení volného pohybu, popřípadě využít kombinaci těchto prostředků.

Zhorší-li se pacientův stav natolik, že se stává nebezpečný pro sebe a své okolí, po využití ostatních možností lze použít omezovacích prostředků po dobu tomu nezbytně nutnou. Sestra plní ordinaci lékaře a při jejich použití musí dbát na bezpečí personálu, ostatních pacientů, a především samotného pacienta. Ochrana vybavení a samotného oddělení je až na dalším místě. V případě že není přítomen lékař, může o omezení pohybu rozhodnout všeobecná sestra, avšak musí okamžitě informovat lékaře, který musí tento postup potvrdit. Všeobecná sestra je zodpovědná za provedení omezení a nadále musí spolu s lékařem v pravidelných intervalech zhodnotit zdravotní stav pacienta omezeného v pohybu a provést řádný záznam do dokumentace (Petr, et al., 2014).

Pacient omezený v pohybu by měl být uložen na jiném pokoji než ostatní pacienti. Ošetrovatelská péče o tohoto pacienta musí zahrnovat dostatečnou hydrataci, péči o vylučování a hygienu, prevenci dekubitů a negativních následků omezení a omezení psychické zátěže. Neurčí-li lékař jinak, mohou k pacientovi na krátkou chvíli návštěvy. Před vstupem k pacientovi však musí být každá návštěva obeznámena s důvodem omezení pohybu (Petr et al., 2014).

Omezení pohybu trvá co nejkratší dobu, lékař rozhoduje svým záznamem v dokumentaci o důvodu a délce omezení. Kontrola omezeného jedince všeobecnou sestrou probíhá v rozmezí dvaceti minut. Každé dvě až tři hodiny musí lékař provést kontrolu stavu omezeného pacienta, znovu rozhodnout o důvodu a délce omezení a případně dalším postupu. Srozumitelně ke svému stavu musí být pacient informován o důvodu omezení pohybu (Hanušová, 2008).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče o pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení.

2.1.1 Výzkumné otázky

Následující výzkumné otázky byly stanoveny na základě stanovených cílů této práce.

Výzkumná otázka 1: Jakou mají sestry úlohu v ošetrovatelské péči o pacienty závislé na alkoholu v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení?

Výzkumná otázka 2: Jaká je náročnost poskytování péče pacientům závislým na alkoholu z pohledu sester?

3 Metodika

3.1 Použité metody a technika sběru dat

Pro dosažení stanovených cílů práce bylo v empirické části bakalářské práce využito kvalitativního výzkumného šetření. Kutnohorská (2009) definuje kvalitativní výzkum jako nematematický rozebírající postup, který se může zaobírat životem lidí, příběhy, chováním, chodem organizací nebo vzájemnými vztahy. Kvalitativní výzkum se zakládá na rozebírání zkoumaného jevu, objevení základních složek a spojitostí. Dále v objevení závislostí, které jsou mezi jednotlivými jevy a složkami. Popis a rozebírání kvalitativních faktů, jevů či procesů se zejména provádí v psané či nativní formě a zároveň nejsou použity číselné či grafické výpočty (Kutnohorská, 2009).

Metodou dotazování, technikou sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru (Příloha 1) byla získávána data od dotazovaných sester. Polostrukturovaný či semistrukturovaný rozhovor Kutnohorská (2009) ve své knize popisuje jako náročnější na technickou přípravu. Je nutné vytvořit závazné schéma rozhovoru, které specifikuje jednotlivé okruhy dotazů. Dále tazatel ověřuje, zda dotazovaný jednotlivým otázkám rozumí a zda odpovědi dobře pochopil. Během rozhovoru jsou kladeny doplňující otázky a téma je rozebíráno do hloubky tak, aby došlo ke splnění stanovených cílů a výzkumných otázek.

Výzkumné šetření probíhalo v období března 2019 až června 2019. Jednotlivé rozhovory trvaly 20 až 30 minut. Rozhovory byly provedeny se všeobecnými sestrami i se sestrami se specializacemi, které pracujícími na psychiatrickém oddělení ve třech zdravotnických zařízeních v Jihočeském a Olomouckém kraji. Jednotlivé rozhovory probíhaly osobním setkáním se sestrami. Všechny dotazované sestry, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči či hlavní sestry byli obeznámeni s tématem a cílem bakalářské práce. S písemným souhlasem dotazovaných sester, náměstkyň pro ošetrovatelskou péči či hlavních sester byly rozhovory zaznamenávány písemnou formou. Písemné souhlasy a záznamy rozhovorů nejsou součástí bakalářské práce. Písemné souhlasy jsou k dispozici u autorky.

Data získaná během rozhovorů byla poté přepsána a zpracována otevřeným kódováním, metodou „tužka a papír“. Dle Švaříčka et al. (2007) díky své jednoduchosti a účinnosti je technika otevřeného kódování použitelná ve velkém okruhu kvalitativních

výzkumů. Během otevřeného kódování je text dělen na jednotlivé složky, kterým je přiděleno označení. S tímto označením nadále výzkumník pracuje. Kutnohorská (2009) ve své knize uvádí, že otevřené kódování je proces, kdy dochází k rozložení údajů na části, které jsou nadále pečlivě posuzovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

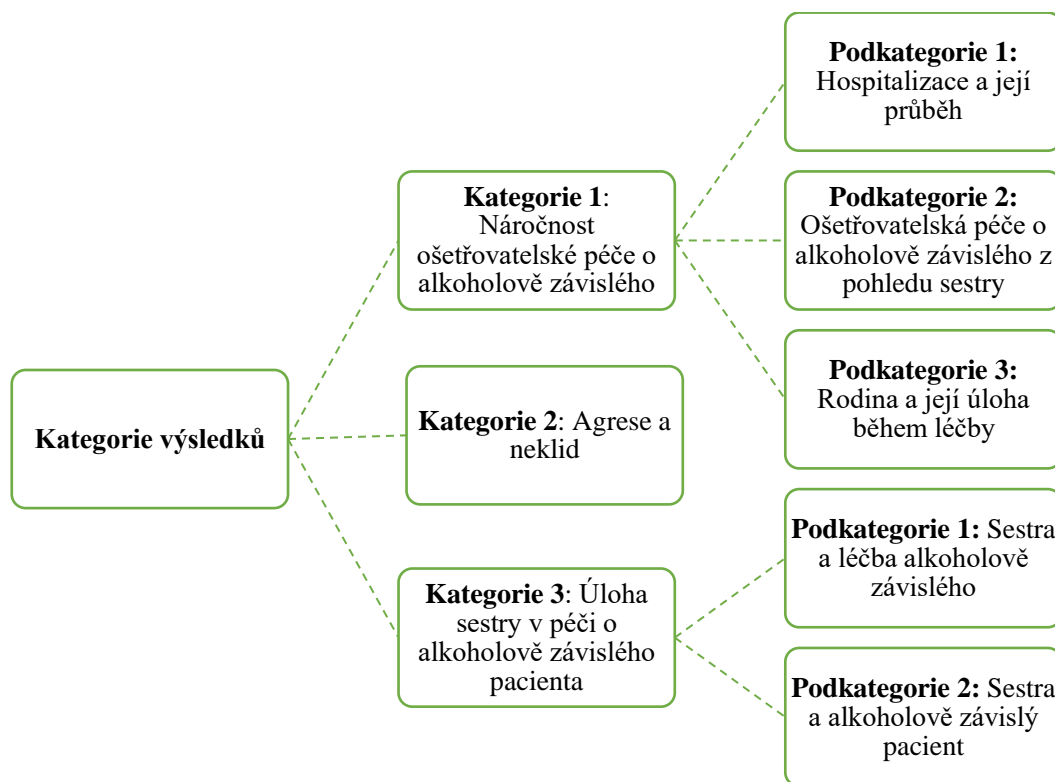
Výzkumný soubor byl tvořen celkem 16 sestrami z různých nemocnic v České republice. Abonenty tvořily sestry pracující na lůžkové části psychiatrického oddělení nemocnic. Kontaktováno bylo celkem 10 zdravotnických zařízení, z toho 4 zařízení zamítla provedení výzkumu a další 3 zařízení na žádost o výzkum neodpověděla. Každá z dotazovaných sester měla znalost dané problematiky a praktickou zkušenost s pacienty tohoto typu. Všech 16 dotazovaných sester byly ženy. Dotazované sestry byly ve věku od 33 let do 58 let. Jejich délka praxe ve zdravotnictví se pohybovala od 13 let do 37 let. Na psychiatrickém oddělení se praxe pohybovala od 11 let do 32 let. Dosažené vzdělání dotazovaných sester bylo v rozmezí středoškolského až navazujícího magisterského. Z celkového počtu 16 dotazovaných sester měly 4 sestry specializaci sestry pro péči v psychiatrii, 1 sestra měla specializaci ženské sestry a 1 sestra specializaci pro adiktologii.

4 Výsledky

4.1 Analýza výsledků

Získané informace byly rozděleny do 3 kategorií (viz Schéma 1). Kategorie 1 byla rozdělena do 3 podkategorií a kategorie 3 do 2 podkategorií. Těmto kategoriím a podkategoriím se budeme věnovat v této podkapitole.

Schéma 1- Kategorizace výsledků



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 1 – Náročnost ošetrovatelské péče o alkoholově závislého pacienta

V této kategorii jsme zkoumali, jak je pro sestry náročná péče o pacienty s alkoholovou závislostí. Kategorie je rozdělena do tří podkategorií – Hospitalizace a její průběh, Ošetrovatelská péče o alkoholově závislého z pohledu sestry a Rodina a její úloha během léčby.

Podkategorie 1 – Hospitalizace a její průběh

V podkategorii Hospitalizace a její průběh jsme zjišťovali, jak dle dotazovaných sester probíhá hospitalizace v jejich zdravotnickém zařízení. Přehledné rozdělení odpovědí je znázorněno v tabulce 1, 2 a 3.

Na otázku „*Na jakou dobu nejčastěji hospitalizujete alkoholově závislé pacienty?*“ R1 odpověděla: „*Běžně jsou tu hospitalizováni na 2 až 3 týdny, pak záleží, o co jeví daný pacient zájem a jak je namotivován k léčbě.*“ S touto odpovědí se shodovaly odpovědi R2, R3, R4, R6, R7, R11, R12, R15 a R16. R9 na tuto otázku odpověděla: „*Běžná délka hospitalizace alkoholika je na 28 dní. Jenže zas záleží hlavně na pacientovi a jeho ochotě a touze se s tím léčit. Nikdo z nás mu nemůže diktovat ani přikazovat, že tu musí zůstat. Něco jiného je soudem přikázaná léčba, z té už sám od sebe odejít nemůže.*“ K této odpovědi se schovaly i odpovědi R5, R8, R13 a R14. R10 dodala: „*Nejsme žádná léčebna, takže tu ti lidi jsou hospitalizováni od 1 dne až po 4 týdny. Prostě někdo chce a jiný zase ne. Já ani doktor je tu nedržíme.*“

K otázce „*Jaké jsou nejčastější potíže během hospitalizace alkoholově závislých pacientů?*“ R6 odpověděla: „*Problémy těchto pacientů jsou různé. Nejčastěji to jsou asi delirium, třes, pocení, agrese, zvracení a nauzea, abstinenční problémy a mnoho jiných. Prostě široká škála potíží od psychických až po somatické.*“ S touto odpovědí se shodovaly odpovědi R3, R7, R11 a R12. R9 odpověděla: „*Mezi nejčastější potíže bych zařadila třes, pocení, úzkost, někdy nevolnost od žaludku. Po odeznění abstinenčních příznaků je většina pacientů bez výrazných problémů a potíží.*“ S tím se shodovaly odpovědi R1, R2, R5, R8, R10, R13, R15 a R16. R4 odpověděla: „*Záleží, jestli psychické, somatické anebo sestra versus pacient, popřípadě naopak. Nejčastěji to bývá neklid, úzkost, tenze, třes, nauzea, minerálový rozvrat a další...*“ Podobně odpověděla i R14: „*Tyhle alkoholiky trápí řada věcí. Něco somatického, něco psychického, anebo osobního. Někdy jim potíže dělají ostatní pacienti. Jiným zas potíže dělá rodina. Někteří si potíže během pobytu u nás dělají sami. No a jiní se občas rozhodnou dělat potíže nám, ale to je zas z jiného soudku.*“

Průběh hospitalizace hodnotí většina dotazovaných sester stejně. R5 během rozhovoru uvedla: „*... Průběh hospitalizace je vysoce individuální. Nemůžu určit, zda je dobrý, nebo špatný. Nejde ani říct, co vše se během hospitalizace s pacientem dělá. Jasně jsou standardní věci, co se dělají u všech. Při léčbě na psychiatrii se musí brát ohled na to, že pacient sem sice přišel pro léčbu závislosti na alkoholu, ale taky má spoustu jiných*

problémů z jiných odvětví.“ R12 dodala: „Na našem oddělení dodržují denní režim. Ráno budiček, upraví si lůžko, sejdou se na chodbě na rozsvičku, mají chvíli pro sebe na ranní hygienu, pak si jdou pro ranní léky, snídají, podstupují různé terapie, volno před obědem, odpolední léky, obědvají, odpolední terapie, čas pro sebe, někteří jdou na propustku, večerní léky, večerí, večerní hygiena a pak až večerka. Na tohle si teď vzpomenu. Určitě se u nás nenudí. Každý podstupuje nějakou terapii, léčbu. Program se zpestřuje různými aktivitami, jako je hraní společenských her, společné sledování filmů, hudební akce a jiné.“ Stejně odpovědi měly i R2, R6, R13, R15 a R16.

Tabulka 1: Délka pobytu

Délka hospitalizace	
2 až 3 týdny	R1, R2 ,R3 , R4,R5, R6, R7, R11, R12, R15, R16
28 dní	R5, R8, R9, R13, R14
1 den až 4 týdny	R10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 2: Potíže během hospitalizace

Potíže během hospitalizace	
Delirium, třes, pocení, agrese, nauzea a zvracení a další	R3, R6, R7, R11,R12, R14
Po odeznění abstinenčních příznaků bez potíží	R1, R2, R5, R8, R9, R10, R13, R15, R16
Somatické, psychické a osobní potíže, potíže s ostatními pacienty, rodinou a personálem	R4, R14

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 3: Průběh hospitalizace

Průběh hospitalizace	
Individuální průběh	R1, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R14
Dodržování režimu	R2, R6, R12, R13, R15, R16

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Podkategorie 2 – Ošetrovatelská péče o alkoholově závislého z pohledu sestry

V této podkategorii jsme zkoumali, jak sestry vnímají ošetrovatelskou péči o alkoholově závislého pacienta hospitalizovaného na psychiatrickém oddělení. Odpovědi byly následně zakódovány do jednotlivých výrazů, které jsou znázorněny v tabulce 4, 5 a 6.

Valná většina sester se shodla, že se s pacienty léčícími se pro závislost na alkoholu setkává během každé své směny. Jak R10 dodala: „*Už po dobu 10 let se s nimi setkávám snad na každé službě. Najdou se ale dny, kdy na oddělení není nikdo s touto diagnózou, jenže těch dnů je za těch 10 let fakt málo.*“ R15 zmínila a podobně odpověděly i R5, R7 a R12 „*Potkávám se s nimi na našem oddělení jen občas, ale to je jen kvůli tomu, že má naše nemocnice zvlášť oddělení detoxu a záchytné stanice.*“

Na otázku „*Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta závislého na alkoholu?*“ R13 odpověděla: „*Na našem oddělení probíhá péče o závislé hlavně podle jejich aktuálního stavu. Když to ale vezmu obrazně na všechny, tak taková ta klasika je dohled na dostatek tekutin, podávání medikace, dohled, eventuelně dopomoc při jídle a osobní hygieně, apel na soběstačnost, sledování fyziologických funkcí a plno dalších aktivit.*“ S tím se shodly R1, R3, R5, R9, R10, R11 a R16. R8 dodala: „*Ošetrovatelská péče o takového pacienta je individuální. Každý vyžaduje něco jiného. Tak jako na jiných odděleních naší nebo jiné nemocnice.*“ R15 uvedla: „*O alkoholiky pečujeme, jak nám oni sami dovolí a podle našich sil. Provádí se režimová opatření, kontrola osobních věcí, plnění ordinací lékaře a stejná nebo podobná ošetrovatelská péče jako u jiných pacientů.*“ Obdobně odpověděly R2, R4, R7, R12, R13 a R14. R6 zmínila: „*Pacient je umístěn na izolační lůžko, pokud to jeho stav vyžaduje, jinak je na běžném lůžku. Dále probíhá mírnění somatických obtíží, dohled nad stavem pacienta, kurtace v případě neklidu, dohled nad denním režimem a další.*“

Sester jsme se také ptali: „*Jaká vnímáte specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů?*“ R3 na tuto otázku odpověděla: „*Záleží na stavu pacienta, jiná specifika budou u agresivního pacienta, jiná u deliria... Při agresi je nutné zvládnout tento stav, aby nedocházelo k ohrožení jeho samotného i jeho okolí. V deliriu je zas nutná kompletní péče a dohled nad pacientem. Pokud je pacient spolupracující, je potřeba správné motivace k léčbě i sebepéči.*“ Podobně odpovídaly i ostatní dotazované sestry až na R6, R11 a R15, které nevnímají žádná specifika ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu.

Tabulka 4: Setkání s pacientem se závislostí na alkoholu

Setkání s pacientem se závislostí na alkoholu	
Každou službu	R1, R2, R3, R4, R6, R8, R9, R10, R11, R13, R14, R16
Občas	R5, R7, R12, R15

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 5: Průběh ošetrovatelské péče z pohledu sestry

Průběh ošetrovatelské péče z pohledu sestry	
Dle aktuálního stavu	R1, R3, R5, R9, R10, R11, R16
Individuální průběh	R8
Stejná péče jako u jiných pacientů	R2, R4, R7, R12, R13, R14, R15
Mírnění somatických obtíží a dohled nad pacientem	R6

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 6: Specifika ošetrovatelské péče

Specifika ošetrovatelské péče	
Specifika odvíjející se od stavu pacienta	R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R12, R13, R14, R16
Žádná specifika	R6, R11, R15

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Podkategorie 3 – Rodina a její úloha během hospitalizace

V podkategorii Rodina a její úloha během hospitalizace jsme zkoumali, jak sestry vnímají zapojení rodiny do léčby či průběhu hospitalizace pacienta závislého na alkoholu. Zakódované odpovědi jsou znázorněny v tabulce 7.

Dotazovaným sestrám jsme položili otázku: „*Jak se zapojuje rodina do léčby alkoholové závislosti?*“ R3 odpověděla: „*Abych řekla pravdu, tak se u nás na oddělení rodina nijak nezapojuje. Do léčby takového pacienta už vůbec ne. Bohužel nedokážu říct, čím to je.*“ R2, R6, R7, R12 a R15 odpověděly podobně, přičemž R2 sdělila: „*Je to hodně individuální, tak jako samotná léčba. Taky záleží na předchozích zkušenostech rodiny,*

pokud je to stále vracející pacient, může zájem o zapojení se ze strany rodiny upadat. Dalo by se taky říct, že záleží na vztazích v rodině. Prostě někdy má rodina zájem, jindy zas ne.“ R9 zmínila: *„Naše oddělení rodině a blízkým umožňuje soukromé sezení nebo pohovor s lékaři. Manželům se umožňuje párová terapie. Na žádost členů rodiny je jim umožněno zapojení do léčby. Taky má rodina možnost po předchozí domluvě si pacienta vzít domů. Jenže s tím vším musí nejprve souhlasit sám pacient.“* Podobně odpověděly R1, R4, R10 a R11. R5 na tuto otázku dodala: *„Většina pacientů se závislostí má velkou podporu právě od svých rodin. Rodiny vedou rozhovory s lékaři, následně se snaží motivovat své blízké a pomáhat jim v léčbě i po ní. Najdou se ale i výjimky, které alkoholiky zavrhnou, ale to vidám málokdy.“* R8, R13, R14 a R16 odpověděly obdobně.

Tabulka 7: Zapojení rodiny během hospitalizace

Zapojení rodiny během hospitalizace	
Rodina se nezapojuje	R3
Dle předchozích zkušeností	R2, R6, R7, R12, R15
Pokud souhlasí pacient	R1, R4, R9, R10, R11
Velká podpora od rodiny	R5, R8, R13, R14, R16

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 2 – Agrese a neklid

Jak již bylo zmíněno v podkategorii Hospitalizace a její průběh, agrese a neklid jsou z pohledu dotazovaných sester často vnímány jako potíže při hospitalizaci pacienta závislého na alkoholu, proto jsme zkoumali, jak často se sestry s agresí či neklidem setkávají, a poté se doptávali, jak je tento stav řešen. Zakódované odpovědi jsou znázorněny v tabulce 8 a 9.

Dotazovaným sestrám jsme položili otázku *„Jak často se setkáváte s agresí či neklidem u hospitalizovaných alkoholově závislých?“* Jestliže se dotazovaná sestra s agresí setkávala, doptávali jsme se, jak tuto situaci řeší. Kromě R9, R10, R12 a R15 se s agresí a neklidem u pacientů se závislostí na alkoholu setkávají všechny sestry. R8 uvedla: *„Záleží na tom, kolik jich na oddělení taky máme. Ale standartně je to tak 1x do týdne. Jde hlavně o slovní agresi, která někdy přechází do fyzické. Tu slovní agresi se snažím řešit asertivní komunikací a pokud to nepomáhá, hlásím to lékaři. Fyzickou agresi řeším přivoláním*

ostatního personálu na pomoc a následně podáním vhodných léků většinou i.m. cestou. Ze všeho se provede záznam do dokumentace. Na agresi i neklid je nutné upozornit i ostatní personál, aby se předešlo nechtěné události.“ Podobně vypověděly i R2, R4, R5, R6, R7, R11 a R16. R1 odpověděla: „Agresivní je asi jedna třetina pacientů hospitalizovaných s tímto problémem. Jde jak o slovní, tak i fyzickou agresi. Tu musíme zvládat různými způsoby, jako například podáním léků nebo použitím prostředků k tomu určeným.“ R3 dodala „S neklidem i agresí se setkávám často. Mnohdy je to při příjmu, když jsou ještě pod vlivem alkoholu. Dále se agrese může objevit při odvykacím stavu. Řešíme to podáním léků a využitím prostředků k omezení pohybu takzvaně ke kurtování.“ Podobně odpověděly i R13 a R14.

Tabulka 8: Setkání s agresi a neklidem

Setkání s agresi a neklidem	
S agresi se nesetkává	R9, R10, R12, R15
Setkává se 1x do týdne	R2, R4, R5, R6, R7, R8, R11, R16
1/3 pacientů se závislostí na alkoholu	R1
Při příjmu a při odvykacím stavu	R3, R13, R14

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 9: Zvládání stavu agrese z pohledu sestry

Zvládání stavu agrese z pohledu sestry	
Asertivní komunikace, pomoc ostatního personálu a lékaře, podání léčiv, záznam do dokumentace	R2, R4, R5, R6, R7, R8, R11, R16
Podání léků, použití prostředků k tomu určených	R1, R3, R13, R14

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie 3 – Úloha sestry v péči o alkoholově závislého pacienta

V této kategorii jsme zkoumali, jak dotazované sestry vnímají úlohu sestry v péči o pacienta se závislostí na alkoholu. Kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií: Sestra a léčba alkoholově závislého a Sestra a alkoholově závislý pacient.

Podkategorie 1 – Sestra a léčba alkoholově závislého

Tato podkategorie obsahuje odpovědi zaměřené na léčbu pacienta závislého na alkoholu z pohledu sester. Dotazovaných sester jsme se ptali, zda dochází ke kombinaci závislosti na alkoholu s jinými závislostmi, jak často se alkoholově závislí pacienti vracejí kvůli léčení závislosti, kam jsou následně posíláni či překládáni po dokončení léčby na jejich oddělení a jakou psychoterapii podstupují tito pacienti na jejich oddělení. Odpovědi byly zakódovány a zaznamenány v tabulce 10, 11, 12 a 13.

Na otázku „*Jak často dochází ke kombinaci alkoholové závislosti s jinými závislostmi, popřípadě s jakými?*“ Všechny dotazované sestry odpověděly, že ve většině případů dochází ke kombinaci závislostí. R1 odpověděla: „*To nedokážu odhadnout, cca méně než polovina má závislost na lécích, hlavně na analgetikách, benzodiazepinech, opiátech a hypnotikech. Hodně taky tabáková závislost a někdy i tvrdé drogy.*“ S touto odpovědí byly podobné odpovědi R2, R3, R5, R6, R10 a R12. R4 zmínila: „*Často dochází ke kombinaci závislostí, někdy i vícero najednou. Hodně je to kombinace alkoholu a tabáku. Méně už jsou to jiné drogy, léky a jiné závislosti jako je patologické hráčství.*“ Podobně odpovídaly R7, R8, R11, R13, R14, R15 a R16, přičemž z R8 dodala: „*Počtem to nedokáži říct, ale kombinace závislostí je hodně častý jev. Z přijatých pacientů na naše oddělení by to byl asi každý druhý, nebo třetí. Nejčastěji je to kombinace alkoholu s tabákem. Poté THC a léková závislost. Méně často jsou to tvrdé drogy, závislost na automatech a jiné závislosti.*“ R9 na tuto otázku odpověděla: „*Je to naštěstí jen občas kombinace alkoholu s tabákem či marihuanou. Méně často je to pervitin.*“

Dotazovaným sestrám jsme také položili otázku: „*Jak často se tito pacienti vracejí na psychiatrické oddělení kvůli léčbě alkoholové závislosti?*“ R1 sdělila: „*To nemůžu říct. Někdo se vrací opakovaně, někdo se po ústavní léčbě už k nám nevrátí.*“ Obdobně odpověděly i R3, R6, R9, R12 a R13. R4, R5, R7, R8 a R11 odpověděly téměř shodně. R4 odpověděla: „*Je to hodně individuální. Nedokážu to odhadnout na procenta, ale valná většina se k nám vrací často ať už pro nezvládnání léčby, nebo pro jiné obtíže. Někteří se vracejí po pár dnech. Pak jsou tu případy, o kterých bych řekla, že už se k nám nevrátí, ale bohužel opak je pravdou a oni se po nějaké době vrátí. To mě vždy hodně zamrzí.*“ R8 dodala: „*Individuální proces u každého z pacientů, kteří se se svou závislostí léčí. Jsou tu známé tváře, které tu už pomalu bydlí. Pak jsou tu někteří, kteří se vrací třeba 1x za rok.*“

A nejradyji mám ty, kteří se na toto oddělení s tímto problémem už nevrátí, ale jich je bohužel méně.“ R10 zmínila: „Jo, vrací se nám často, z větší části všichni. Tyhle blbci, co se vracejí, nedbají rad lékařů ani jiných odborníků a zdravotníků.“ R14, R15 a R16 během rozhovoru také uvedly, že se na jejich oddělení pacienti pro léčbu alkoholové závislosti vracejí často.

Dotazovaným sestřám jsme položili otázku: „Kam jsou pacienti závislí na alkoholu po dokončení léčby odesíláni (domů, do speciálních zdravotnických zařízení)? Jsou nadále dispenzarizováni?“ Na kterou R1 odpověděla: „Od nás je většinou překládáme do specializovaných AT ambulancí, adiktologických ordinací, nebo k ústavní protialkoholní léčbě v psychiatrických nemocnicích nebo speciálních zařízeních.“ Obdobně odpovídaly i R2, R3, R5, R10, R12, R13, R14 a R16. R4 sdělila: „Většina pacientů chce domů, nevím přesné číslo, ale už menší množství chce docházet dále k ambulantnímu léčení. Pokud to chce pacient, nebo to vyžaduje jeho stav, je překládán do specializovaných zařízení typu psychiatrické léčebny. Co vím, tak někteří z domova jdou do soukromých odvykacích zařízení. Ale tohle všechno je jen na jejich rozhodnutí.“ R6, R7, R8, R9, R11 a R15 odpovídaly podobně, přičemž R7 dodala: „Nespolupracující jsou většinou posíláni domů, jelikož následnou léčbu odmítají. Při propouštění jim je doporučeno docházet do psychiatrické či adiktologické ambulance. Někteří, kteří se chtějí i dál léčit, volí propuštění domů s ambulantní léčbou. A jiní jsou odesíláni do psychiatrických nemocnic a léčeben zaměřených na tuto problematiku.“

Dotazovaných sester jsme se také ptali: „Jakou psychoterapii nejčastěji na vašem oddělení tito pacienti podstupují?“ Odpověď R10 zněla: „Na našem oddělení podstupují edukační a podpůrnou skupinu, individuální pohovory u psychiatra, psychologa a adiktologa. Také mají možnost párové či rodinné terapie. Musí chtít, ale oni sami se do těchto terapií zapojit.“ Podobně odpovídaly i ostatní dotazované sestry až na R3, R4, R11 a R16, které uvedly, že na jejich oddělení pacienti léčící se se závislostí na alkoholu psychoterapie nepodstupují.

Tabulka 10: Kombinace závislosti na alkoholu s jinými

Kombinace závislosti na alkoholu s jinými	
Nelze odhadnout přesné číslo	R1, R2, R3, R5, R6, R10, R12

Častý jev	R4, R7,R8, R11, R13, R14, R15, R16
Občas	R9
Kombinace alkohol a tabák	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16
Alkohol a léky	R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R11, R12, R13, R14, R15, R16
Alkohol a měkké a jiné drogy	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16
Alkohol a patologické hráčství	R7,R8, R11, R13, R14, R15, R16
Alkohol a jiné závislosti	R8, R13

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 11: Návratnost pacientů pro léčbu závislosti na alkoholu

Návratnost pacientů pro léčbu závislosti na alkoholu	
Nelze říct, jak často	R1, R3,R6, R9, R12, R13
Individuální	R4, R5, R7, R8, R11
Častá návratnost	R10, R14, R15, R16

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 12: Následná léčba závislosti na alkoholu

Následná léčba závislosti na alkoholu	
Dle toho, kam chce pacient	R4
Velmi často specializované ambulance	R1, R2, R3, R5, R10, R12, R13, R14, R16
Dle spolupráce	R6, R7, R8, R9, R11, R15

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 13: Možnost psychoterapie

Možnost psychoterapie	
Pokud pacient chce	R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12, R13, R14, R15

Pacienti psychoterapii nepodstupují	R3,R4, R11, R16
Podpůrná a edukační skupina	R9, R10
Individuální, podpůrné pohovory	R1, R6, R7, R8, R9, R10, R12, R13, R14, R15
Párová či rodinná	R2, R9, R10, R13, R14
Individuální psychoterapie	R1, R2, R5, R6, R8, R9, R12, R13, R14, R15
Skupinová psychoterapie	R1, R2, R5, R6, R8, R9, R12, R13, R14, R15

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Podkategorie 2 – Sestra a alkoholově závislý pacient

V podkategorii Sestra a alkoholově závislý pacient jsme zjišťovali, jak dotazované sestry vnímají spolupráci hospitalizovaných pacientů pro závislost na alkoholu, jak vnímají reakce pacientů se závislostí na alkoholu na odnětí ze svého obvyklého prostředí a jak se samy dotazované sestry zapojují do léčby a péče o takového pacienta. Odpovědi byly zakódovány a zaznamenány do tabulky 14, 15 a 16.

Dotazovaným sestrám jsme položili otázku: *„Do jaké míry je schopen s Vámi alkoholově závislý pacient spolupracovat?“* R4 odpověděla: *„Jak kdy. Záleží na stavu pacienta, jestli je v deliriu, odvykacím stavu a tak dále. Také záleží na jeho motivovanosti k léčbě. Jestliže, je motivovaný spolupracuje dobře a ochotně. Při odmítání léčby je většinou spolupráce mezi pacientem a námi na nulovém bodě, či hodně bídná.“* Odpovědi ostatních dotazovaných sester byly podobné. R9 sdělila: *„Stává se naštěstí málokdy, aby pacient nechtěl s personálem spolupracovat. Na záchranné stanici na detoxu je ta spolupráce většinou bídná. Prostě ta spolupráce závisí spíš na pacientovi, jestli on chce, nebo ne. My ho k ničemu nutit nemůžeme. Vždyť to by se nelíbilo asi nikomu.“* R10 dodala: *„Většina našich pacientů je protřelá léčebnami a naučila se říkat to, co chceme slyšet jak my sestry, tak lékaři, aby měli oni klid. Ale spolupráce pak vážně, protože mnohdy chybí ta důvěra z naší strany a oni se točí v kolotoči lží.“*

Na otázku: *„Jak snáší tito pacienti odnětí od svého obvyklého prostředí?“* R9 odpověděla: *„Většina po odeznění abstinčních příznaků toto snáší dobře. Někteří si i za tu krátkou dobu u nás na naše oddělení zvykne a nechtějí pak pryč.“* Podobně či shodně odpovídaly i R1, R2, R5, R7, R12, R13, R15 a R16. R4 sdělila: *„Na nemocniční prostředí se rychle adaptují a velmi dobře ho snášejí. Mnohým se pak z něj nechce at' už domů*

(uvědomují si, co je tam čeká), nebo do psychiatrických léčeben. Když jdou do psychiatrických léčeben poprvé, bojí se, co se s nimi bude dít. Ti, co jdou opakovaně, od nás nechtějí, protože vědí, že zde mají svůj klid a nemusí dodržovat tak přísný režim.“ R3 dodala: „Odnětí ze svého obvyklého prostředí snášejí kupodivu dobře. Co ale snášejí hůře, je odnětí od alkoholu, popřípadě k tomu navázaných závislostí.“ Obdobně odpovídaly i R6, R8, R11 a R14. R10 zmínila: „Každý podle svého, u některých případů je to takový ten styl života chodit po léčebnách, psychiatriích a u nás ještě na detox. Najdou se i pacienti, kteří pobyt v nemocnici snášejí hůře, chybí jim domov z toho důvodu, že tu nemají prý takovou svobodu.“

Dotazovaným sestřám jsme položili otázku: „Jak se zapojujete do léčby takového pacienta?“ R1 na ni odpověděla: „Já? Podporuji ho, motivuji ho k léčbě i k následné léčbě, když od nás odchází. Podle jeho či její spolupráce chválím, snažím se nekárat. Sleduji užívání léků, chování, projevy. Snažím se mít náhled na situaci. Podle mě je důležité dodržování režimového opatření.“ R4, R8, R9, R10, R11 a R14 odpověděly podobně. R2 odpověděla: „Zapojuji se stejně jako u všech pacientů do celkové ošetrovatelské i sesterské péče.“ Obdobně odpověděly R3, R5, R7, R12, R13, R15 a R16. R6 sdělila: „Dohlížím na pravidelné užívání léků, hydrataci, zaměstnávám pacienta, motivuji k léčbě, umožňuji rozhovory s lékařem a psychologem, pokud je to nutné, sama podávám lékaři či psychologovi informace o pacientovi, snažím se navázat spolupráci s rodinou a provádím běžnou ošetrovatelskou péči o pacienta.“

Tabulka 14: Spolupráce pacienta závislého na alkoholu z pohledu sestry

Spolupráce pacienta závislého na alkoholu z pohledu sestry	
Dle stavu pacienta	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R11, R12, R13, R14, R15, R16
Zda chce pacient	R9
Spolupráce vážne	R10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 15: Odnětí z obvyklého prostředí

Odnětí z obvyklého prostředí	
Po odeznění abstinčních příznaků dobře	R1, R2, R5, R7, R9, R12, R13, R15,

	R16
Rychlá adaptace, dobré snášení	R4
Odnětí snáší dobře, chybí jim alkohol	R3, R6, R8, R11, R14
Každý podle svého	R10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 16: Zapojení sestry do léčby takového pacienta

Zapojení sestry do léčby takového pacienta	
Podpora, motivace	R1, R4, R8, R9, R10, R11, R14
Stejně jako u jiných pacientů	R2, R3, R5, R7, R12, R13, R15, R16
Pozorování pacienta, hlášení lékaři	R6

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

5 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování problematiky poskytování ošetrovatelské péče o pacienta závislého na alkoholu na psychiatrickém oddělení. Bylo provedeno výzkumné šetření se 16 dotazovanými sestrami pracujícími na psychiatrickém oddělení. Získaná data v empirické části této bakalářské práci byla zpracována do 3 kategorií, přičemž kategorie 1 byla rozdělena do 3 podkategorií a kategorie 3 do 2 podkategorií. Z těchto dat je možné odpovědět na výzkumné otázky této práce.

V Kategorii 1 „Náročnost ošetrovatelské péče o alkoholově závislého“ jsme od dotazovaných sester zjišťovali, jak vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienta se závislostí na alkoholu. Kategorii jsme rozdělili do 3 podkategorií: Hospitalizace a její průběh, Ošetrovatelská péče o alkoholově závislého z pohledu sestry, Rodina a její úloha během léčby.

V podkategorii 1 jsme se zajímali, jak dle dotazovaných sester probíhá hospitalizace pacienta závislého na alkoholu. Získané informace jsme rozdělili na délku pobytu (tabulka 1), potíže během hospitalizace (tabulka 2) a průběh hospitalizace (tabulka 3). Udávaná délka pobytu se pohybovala od 2 do 3 týdnů. Naopak Nechanská (2017) uvádí, že v psychiatrických lůžkových zařízeních byli pacienti s diagnózou F10 hospitalizováni průměrně 49 dnů. Do těchto zařízení jsou zahrnuta psychiatrická lůžková zařízení společně s psychiatrickými odděleními nemocnic. Pešek (2018) k tomu uvádí, že pobytovou léčbu lze dělit dle délky léčebného pobytu na krátkodobou (do 3 měsíců), středně dobou (do 6 měsíců) a dlouhodobý pobyt přesahující délku 6 měsíců. Při zjišťování nejčastějších potíží během hospitalizace (tabulka 2) sestry zmínily, že po odeznění abstinenčních příznaků jsou pacienti dále bez větších akutních somatických obtíží. Druhou nejčastější odpovědí sester byly potíže jako delirium, pocení, třes, nauzea, zvracení a další. Dále se objevují somatické, psychické či osobní potíže a potíže s ostatními pacienty, rodinou či personálem. Babiaková a Akrmannová (2006) uvádějí, že mezi problémy v akutním stavu lze zařadit nedostatečný příjem tekutin, abstinenční příznaky, riziko sebepoškozování, sníženou či chybějící sebeděči, poruchy spánku a zvýšenou úzkost či strach. Frajtovej (2017) ve své závěrečné práci uvádí, že sestry na standardních odděleních vnímají za hlavní problémy v ošetrovatelské péči o pacienty závislé na alkoholu na prvním místě agresivitu, dále neochotu spolupracovat, abstinenční příznaky, snížený intelekt a jiné. Dreisig a Kašpárek

(2013) tvrdí, že snížením či úplným vysazením dávky může u pacienta dojít k rozvoji odvykacího stavu, který se projeví tremorem, úzkostnými stavy, křečemi, dystrofií a zvýšenou citlivostí na stresové stavy. Naopak Hofbauerová (2012) ve své závěrečné práci uvádí, že pacienti během hospitalizace vnímají jako nejhorší režimovou léčbu a nutnost jejího dodržování. Z toho vyplývá rozdílnost pohledu sester v rámci odlišných oddělení a zároveň jiné vnímání tohoto problému samotnými pacienty. Průběh hospitalizace (tabulka 3) většina sester označila, jako individuální průběh u každého z pacientů. Dotazované sestry uvedly, že hospitalizace pacienta se závislostí na alkoholu vyžaduje dodržování léčebného režimu. Babiaková a Akrmannová (2006) tvrdí, že pacient bývá umístěn do léčebného režimu, přičemž u závislostí je osvědčený komunitní systém práce. Pacient je pak za plnění a zvládnutí tohoto režimu hodnocen. Od hodnocení se odvíjí jeho následná práva, povinnosti a kompetence v komunitě. Hofbauerová (2012) ve své práci však zjistila, že právě dodržování samotného léčebného režimu je pro pacienty během hospitalizace nejčastějším problémem.

V Podkategorii 2 jsme zkoumali, jak často se sestry setkávají s pacienty závislými na alkoholu (tabulka 4), jak vnímají průběh ošetrovatelské péče (tabulka 5) a jaká vnímají specifika ošetrovatelské péče (tabulka 6). Randáková Modes (2014) uvádí, že práce sestry v adiktologii se liší dle stupně léčby (ambulance, střednědobá léčba či terapeutická komunita). Mezi základní dovednosti psychiatrických sester pracujících v adiktologii patří motivace pacienta a zvládnutí techniky krátké intervence. Při zjišťování, jak často se setkávají dotazované sestry s pacienty závislými na alkoholu, čtyři sestry zmínily, že tyto pacienty potkávají jen občas. Zbytek sester se shodl na tom, že pacienty se závislostí na alkoholu potkávají každou službu. Rozdíly v četnosti setkávání se s pacienty závislými na alkoholu jsou závislé na typu oddělení. To vyplývá ze zjištění Frajtové (2017). Ta ve své práci uvádí, že na standardních odděleních se sestry s pacienty závislými na alkoholu setkávají nejčastěji 1x až 2x do měsíce. Průběh samotné ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu (tabulka 5) hodnotí dotazované sestry odlišně. Dotazované sestry zmínily, že průběh ošetrovatelské péče se odvíjí od aktuálního stavu pacienta, nebo že ošetrovatelská péče o tyto pacienty je stejná jako u jiných pacientů na psychiatrickém oddělení. Jedna ze sester zas vnímá průběh ošetrovatelské péče jako mírnění somatických obtíží a dohled nad pacientem. Randáková Modes (2014) uvádí, že léčebné opatření se

odvíjí podle požitého množství návykové látky, případné kombinace několika návykových látek a jejich dopadu na pacientovo zdraví. S tím se shodují i Babiaková a Akrmannová (2006), které uvádějí, že ošetrovatelská péče o pacienty se závislostí na psychoaktivních látkách je individuální a rozdílná dle stádia nemoci, ve kterém se právě závislý pacient nachází. Dotazovaných sester jsme se ptali i na specifika ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu (tabulka 6). Kromě tří, které nevnímaly žádná specifika ošetrovatelské péče, zbytek dotazovaných sester uvedl, že se specifika odvíjejí od stavu pacienta. Hofbauerová (2012) ve své závěrečné práci uvádí, že sestry vnímají jako specifika ošetrovatelské péče nutnost dohlížet na dodržování režimu, psychoterapeutické skupiny, rozhovory s pacienty, vysvětlení daného problému a edukační činnost sestry. Domníváme se, že specifika nelze shrnout dohromady, jak zmínila většina dotazovaných sester, jelikož se odvíjejí od aktuálního stavu a aktuálních potřeb pacienta léčícího se pro závislost na alkoholu.

V Podkategorii 3 jsme od dotazovaných sester zjišťovali, jak vnímají zapojení rodiny během hospitalizace (tabulka 7). Jedna sestra uvedla, že se rodina nezapojuje. Zbytek dotazovaných sester uvedl, že se rodina zapojuje dle předchozích zkušeností s pacientem či jeho léčbou, nebo že s přítomností a zapojením rodiny musí souhlasit sám pacient a také že rodina pacientovi poskytuje během jeho hospitalizace velkou podporu. Hofbauerová (2012) ve své práci uvádí, že sami pacienti vnímají při léčbě velkou oporu ze strany partnerů, rodičů, dětí či přátel. Myslíme si, že účast blízkých a rodiny je dle zjištěných výsledků kladným přínosem pro léčbu alkoholové závislosti a pouze v ojedinělých případech se rodina nezapojuje ani během hospitalizace. Avšak je nezbytné vnímat i předchozí zkušenosti s léčením závislosti pacienta. Zároveň musí pacient i jeho rodina či blízcí vyslovit souhlas se zapojením do léčebného procesu. Pešek (2018) ve své knize zmiňuje, že během léčby závislosti na alkoholu může být pacientovi i jeho rodině nabídnuta rodinná či párová terapie. S tím však musí poskytnout souhlas jak pacient, tak rodina či partner.

V Kategorii 2 nesoucí název „Agrese a neklid“ jsme zjišťovali od dotazovaných sester, jak často se s agresí či neklidem setkávají (tabulka 8) a jak jsou tyto situace řešeny (tabulka 9). Některé ze sester uvedly agresi jako potíže během hospitalizace (tabulka 2). Dotazované sestry sdělily, že se s agresivními či neklidnými pacienty se závislostí na alkoholu setkávají 1x do týdne, nebo že agrese či neklid se hlavně projevuje při příjmu a odvykacím stavu.

Čtyři sestry odpověděly, že se s agresí nesetkávají, přičemž jedna z nich si myslela, že je to tím, že jejich nemocnice má oddělení detoxu a záchytné stanice. Dušek et al. (2015) uvádějí, že pro alkoholiky ve středním věku je typický vznik bludové alkoholové poruchy, při které se pacient ovlivněný bludy chová ke svému okolí mnohdy až přehnaně agresivně. Z odpovědí dotazovaných sester, které uvedly, že se s agresí či neklidem setkávají, bylo zjištěno že tyto situace řeší asertivní komunikací, pomocí ostatního personálu a lékaře, podáváním léčiv, záznamem do dokumentace, anebo že agresí či neklid zvládají podáním léčiv a popřípadě použitím prostředků sloužících k omezení pohybu. Frajtová (2017) ve své práci uvádí, že 69 % respondentů pracujících na standardních odděleních se setkává s fyzickou agresí a 94 % jejich respondentů se setkala se slovní agresí ze strany pacienta závislého na alkoholu. Hofbauerová (2012) ve své práci uvádí, že se většina dotazovaných sester s agresí setkala a za důležité při práci s agresivním pacientem považují kontaktování lékaře, plnění ordinací lékaře, uklidnění pacienta, navázání kontaktu a udržení bezpečnosti pacienta i jeho okolí. Petr et al. (2014) uvádí, že při kontaktu s agresivním pacientem platí pro sestru několik opatření, mezi která patří nikdy nezůstávat s agresivním o samotě, vždy mít na blízku jiný zdravotnický personál, dodržovat bezpečný odstup, mluvit pomalu a srozumitelně, volit krátké věty, nenutit pacienta, nelhat, oslovovat agresora jménem a mnoho dalších.

V těchto dvou kategoriích je možné nalézt odpověď na výzkumnou otázku: Jaká je náročnost poskytování péče pacientům závislým na alkoholu z pohledu sester? Jak již bylo zmíněno, většina dotazovaných sester pacienty závislé na alkoholu potkává každou směnu, přičemž tito pacienti jsou nejčastěji, dle slov dotazovaných sester, hospitalizováni na dva až tři týdny. Myslíme si, že tyto faktory ovlivňují do nemalé míry náročnost péče o pacienty se závislostí na alkoholu. Dále je náročnost ovlivněna samotným aktuálním stavem pacienta. Jak většina dotazovaných sester vypověděla, aktuální stav pacienta ovlivňuje průběh ošetrovatelské péče a její specifika i samotný průběh hospitalizace. Náročnost péče o tyto pacienty může navyšovat i výskyt agrese. Kromě čtyř dotazovaných sester se s fyzickou či slovní agresí setkávají všechny dotázané sestry a pro zvládnutí tohoto stavu využívají pomoc ostatního zdravotnického personálu, asertivní komunikaci, podání léčiv, zápis do dokumentace pacienta a v některých případech i použití prostředků sloužících k omezení pohybu.

V Kategorii 3 s názvem „Úloha sestry v péči o alkoholově závislého pacienta“ lze najít odpověď na výzkumnou otázku: Jakou mají sestry úlohu v ošetrovatelské péči o pacienty závislé na alkoholu v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení? Kategorii jsme rozdělili do dvou podkategorií: Sestra a léčba alkoholově závislého a sestra a alkoholově závislý pacient.

V Podkategorii 1 jsme zjišťovali, zda dochází ke kombinaci závislostí (tabulka 10), jak často se pacient závislý na alkoholu vrací zpět na oddělení (tabulka 11), jaká je jeho následná léčba závislosti na alkoholu (tabulka 12) a zda mají pacienti možnost psychoterapie (tabulka 13). Zjišťovali jsme, zda dochází ke kombinaci závislosti na alkoholu s jinými závislostmi, popřípadě s jakými. Dotazované sestry nejčastěji odpovídaly, že kombinace závislostí je častým jevem. Některé dotazované sestry odpověděly, že na tuto otázku nedokážou sdělit přesné číslo. Všechny dotazované sestry zmínily, že dochází ke kombinaci závislosti na alkoholu a na tabáku, popřípadě kombinace závislosti na alkoholu a měkkých či jiných drogách (tabulka 10). Většina pak uvedla, že se někdy vyskytuje kombinace závislosti na alkoholu a některých lécích. Ze zmíněných léků dotazované sestry uváděly nejčastěji tyto lékové skupiny: benzodiazepiny, analgetika, hypnotika či opiáty. Dále bylo dotazovanými sestrami zmíněno že se může vyskytovat kombinace závislosti na alkoholu spolu s patologickým hráčstvím. Duda (2013) ve své práci uvádí, že jeho respondenti považují za nejnebezpečnější závislost na tvrdých drogách, poté závislost na alkoholu a herních automatech. Orel (2012) uvádí, že z mezinárodní klasifikace je patrné, že závislost může vzniknout na rozmanitou skupinu látek. Myslíme si, že kombinace závislostí ovlivňuje léčbu závislého pacienta. V některých ohledech ji dokonce může komplikovat kvůli vzájemnému ovlivňování užívaných návykových látek. Dále se zde mohou objevovat odlišnosti v projevech a příznacích některých stavů jako je například odvykací stav.

V této podkategorii jsme také zjišťovali, jaká je návratnost pacientů pro léčbu závislosti na alkoholu (tabulka 11). Dotazované sestry uvedly, že buď nelze přesně říct, jak často se pacienti vracejí, nebo že jde o individuální záležitost u každého pacienta. Některé dotazované sestry se však shodly, že se pacienti pro léčbu závislosti na alkoholu vracejí často. Zábranová (2014) ve své bakalářské práci uvádí, že větší část pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení tvoří pacienti

s recidivou léčby závislosti na alkoholu. Rohn et al. (2017) uvádějí, že pacienti, kteří vyhledávají léčení oproti pacientům, kteří se s alkoholismem neléčí či léčbu odmítají, mají výrazně vyšší IQ a vnímají vliv své vlastní osobnosti a stresových událostí ve svém životě. Pešek (2018) zas tvrdí, že výběr léčby do značné míry ovlivňuje sám závislý. Při rozhodování o průběhu léčby závislosti je nutné brát v potaz současný stav závislého, očekávaný odvykací stav, popřípadě zvažít průběh předchozích pokusů o léčbu závislosti. Myslíme si, že návrat pacienta kvůli léčbě závislosti na alkoholu se odvíjí od osobnosti a prožitků jednotlivých pacientů. Někteří pacienti se také mohou na psychiatrické oddělení vracet pro léčbu jiných psychických onemocnění, či kvůli nedodržování léčebného režimu mimo nemocnici. Dále jsme zjišťovali, jak probíhá následná léčba závislosti na alkoholu (tabulka 12). Dotazované sestry uvedly, že pacienti velmi často jdou do specializovaných ambulancí po dokončení léčby na jejich oddělení, nebo že pacient si sám volí, kam chce jít na doléčení či následnou léčbu. Některé dotazované sestry zmínily, že následná léčba závislosti závisí na spolupráci pacienta během léčení na jejich oddělení. Profous (2011) uvádí, že ambulantní péče o závislého může být těžší než ústavní, jelikož sám závislý i jeho blízké okolí nemusí vždy pochopit podstatu terapie. Také jsme zjišťovali, zda pacienti mají možnost podstoupit psychoterapii (tabulka 13). Čtyři dotazované sestry uvedly, že pacienti na jejich oddělení psychoterapii nepodstupují. Zbytek dotazovaných sester uvedl, že pacient má tu možnost, ale záleží, jestli se chce psychoterapie zúčastnit. Dále dotazované sestry uváděly typy psychoterapií, kterých mají možnost se pacienti závislí na alkoholu zúčastnit. Dotazované sestry nejčastěji uváděly skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapii, individuální a podpůrné pohovory s lékaři či adiktology, párovou či rodinnou psychoterapii. Dvě dotazované sestry dodaly, že na jejich oddělení umožňují i podpůrné a edukační skupiny. Novotná (2014) uvádí, že přístup k pacientovi na psychiatrickém oddělení by pokaždé měl obsahovat znaky psychoterapie, avšak ne každý rozhovor či aktivita ať už s jedincem, nebo se skupinou nemusí nutně znamenat, že jde o psychoterapii. Morgenstern et al. (2017) zmiňují, že motivační rozhovory s pacientem jsou jedny z nejověřenějších a nejpoužívanějších psychosociálních intervencí při abúzu alkoholu. Terapeut projevuje takovou empatii, aby byl schopen pomoci závislému vyjasnit či zesílit jeho zážitky. Dále závislého směřuje k poznání možnosti změny a pozitivního osobního růstu. Veškeré prvky motivačního rozhovoru, by na pacienta měly působit bezpečnou atmosférou.

V Podkategorii 2 jsme od dotazovaných sester zjišťovali, jak vnímají spolupráci pacienta závislého na alkoholu (tabulka 14), jak pacienti snášejí odnětí z obvyklého prostředí (tabulka 15) a jak se samy dotazované sestry zapojují do léčby takového pacienta (tabulka 16). Většina dotazovaných sester během rozhovorů odpovídala, že pacient s nimi spolupracuje podle jeho aktuálního stavu (tabulka 14). Dále odpovědi obsahovaly, zda pacient chce spolupracovat, anebo že mnohdy spolupráce mezi sestrami a pacienty závislími na alkoholu vážne. Racková a Janů (2008) uvádějí, že u pacientů ve středním věku lze pozorovat závislost na alkoholu doprovázenou depresivními stavy. Takto postižení jedinci se hůře léčí, jsou méně ochotni spolupracovat a zhoršuje se jejich průčeschnost. Sester jsme se také ptali, jak pacient závislý na alkoholu snáší odnětí ze svého obvyklého prostředí (tabulka 15). Většina dotazovaných sester uvedla, že po odeznění abstinenčních příznaků odnětí z běžného prostředí pacienti se závislostí na alkoholu snášejí dobře. Některé dotazované sestry zas tvrdí, že pacienti odnětí z obvyklého prostředí snášejí dobře, ale odnětí od alkoholu ne. Tuto odpověď částečně potvrzuje Venosa (2015) svým tvrzením, že léky podávané pacientům se závislostí na alkoholu mohou vyvolat nepříjemné vedlejší účinky při konzumaci alkoholu, avšak nijak u závislého nepotlačují nutkání pít. Pešek (2018) tvrdí, že výhodou pobytové léčby může být odnětí závislého z rizikového prostředí. Nevýhodou je však odnětí závislého z domácího prostředí či dočasné přerušení pracovní schopnosti.

Dotazovaných sester jsme se také ptali, jak se ony samy zapojují do léčby takového pacienta. Nejčastěji dotazované sestry zmiňovaly, že se do léčby i péče o pacienta se závislostí na alkoholu zapojují stejně jako u jiných pacientů na psychiatrickém oddělení. Dále uváděly, že tyto pacienty hlavně podporují a motivují k léčení, dohlíží na dodržování léčebného a pobytového režimu, kontrolují užívání medikamentózní léčby, umožňují rozhovory s lékaři a snaží se navázat spolupráci s rodinami závislých.

Myslíme si, že ve všech třech kategoriích se nacházejí zmínky o úloze sestry během ošetrovatelské péče či léčby pacienta závislého a alkoholu. Dotazované sestry uváděly, že u těchto pacientů je nutné dohlížet na užívání medikamentózní léčby, dodržování režimových opatření, provádění kontrol na požití alkoholu po vycházce a zároveň poskytovat vhodnou péči dle aktuálního stavu pacienta. Sestry jsou jedny z prvních, koho pacient závislý na alkoholu potkává, když se na oddělení dostává. I když polovina

dotazovaných sester uvedla, že se zapojují stejně jako u jiných pacientů, už mnohem méně dotazovaných sester uvedlo, že nevnímají specifika ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu. To může být ovlivněno délkou praxe na tomto oddělení a také tím, jak často tyto pacienty potkávají.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na problematiku pacienta hospitalizovaného na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Zabývali jsme se úlohou sester při poskytování ošetrovatelské péče pacientům závislým na alkoholu a náročností poskytování péče pacientům s touto závislostí.

Z výzkumného šetření je patrné, že problematika ošetrovatelské péče o pacienta hospitalizovaného na psychiatrickém oddělení je velmi rozsáhlá. Náročnost poskytování ošetrovatelské péče pacientovi závislému na alkoholu může být ovlivněna četností výskytu alkoholově závislých pacientů, dobou hospitalizace závislého či délkou praxe na psychiatrickém oddělení. Náročnost poskytování ošetrovatelské péče může být také ovlivněna samotným aktuálním stavem pacienta. Samotný aktuální stav pacienta totiž ovlivňuje nejen poskytování ošetrovatelské péče, ale i samotnou léčbu jeho závislosti. Nejen aktuální stav, délka hospitalizace či opakované pokusy o léčení závislosti, ale i kombinace dvou či vícero závislostí mohou poskytování ošetrovatelské péče činit náročnější. Dále do nemalé míry může náročnost poskytování ošetrovatelské péče ovlivnit i výskyt neklidu či agrese. Jak již bylo zmíněno v empirické části této bakalářské práce, se zmíněnou agresí se nesetkávaly pouze některé dotazované sestry. To však může být ovlivněno přítomností oddělení detoxu či záchytné stanice v nemocnici. Úloha sester při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta se závislostí na alkoholu může být ovlivněna podobnými faktory jako již zmíněná náročnost. Z odpovědí dotazovaných sester je patrné, že úloha sester při péči o alkoholově závislého spočívá v navázání a udržování kontaktu s pacientem, dohledu při užívání léčiv, dodržování režimových a léčebných opatření, motivování pacienta, provádění kontrol na požití alkoholu po vycházce či propustce a zároveň poskytnutí vhodné péče dle aktuálního stavu pacienta. Závislý pacient při příchodu na oddělení nejčastěji potkává jako první právě sestru. Sestra hraje nemalou roli i při řešení problémů závislého během hospitalizace. Sestra také často napomáhá při zapojení rodiny do léčby závislého jedince či řešení jejich společných problémů.

Výsledky i poznatky z výzkumné části této bakalářské práce mohou být využity ke zlepšení poskytování ošetrovatelské péče pacientům závislým na alkoholu. Mohli by také posloužit jako podklad pro budoucí sestry, které se rozhodnou pro práci s lidmi závislými na alkoholu. Získané výsledky mohou být publikovány v odborném časopise.

7 Seznam použité literatury

- 1) BABIAKOVÁ, M., AKRMANNOVÁ, J., 2006. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 212-223. ISBN: 80-247-1151-6.
- 2) BAKOVÁ, R., 2013. *Co jste o alkoholu možná nevěděli* [online]. Agel [cit. 2018-12-04]. Dostupné z: <https://www.nasagel.cz/z-nemocnic/nemocnice-sternberk/1301-alkohol-neurologie.html>.
- 3) BĚHOUNEK, J., 2014. Vyšetřovací metody v psychiatrii. In: PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 78-87. ISBN: 978-80-247-9253-8.
- 4) BĚHOUNEK, J., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, T., et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 93-115. ISBN: 978-80-247-9253-8.
- 5) BLATNICKÁ, J., NARKOVÁ, E., 2006. Hospitalizace. In: MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 52-58. ISBN: 80-247-1151-6.
- 6) BRŮCHA, R. et al., 2009. Alkoholové poškození jater. *Medicína pro praxi*. 6(3), 144–146. ISSN: 1803-5310.
- 7) DÍTĚ, P. et al., 2011. Chronická pankreatitida. *Medicína pro praxi*. 8(11), 455-458. ISSN: 1803-5310.
- 8) DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 648 s. ISBN: 978-80-247-4826-9.
- 9) DUDA, J., 2013. *Patologické závislosti*. Zlín. Diplomová práce. Fakulta aplikované informatiky. Univerzita Tomáše Bati.
- 10) DREISIG, M., KAŠPÁREK, T., 2013. Komplikace odvykacího stavu při závislosti na alkoholu – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 14(1), 18–20. ISSN: 1803-5272.
- 11) ELEXOVÁ, H., PETR, T., 2006. Organizační formy ošetrovatelské péče. In: MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 52-58. ISBN: 80-247-1151-6.
- 12) FISCHER, S. et al., 2009. *Sociální patologie Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 224 s. ISBN: 978-80-247-2781-3.
- 13) FRAJTOVÁ, P., 2017. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu na standardních odděleních*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií. Univerzita Tomáše Bati.

- 14) GALBICSEK, C., 2018. *Alcoholism Causes and Risk Factors* [online]. Recovery Worldwide [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <https://www.alcoholrehabguide.org/alcohol/causes/>.
- 15) HANUŠOVÁ, V., 2008. Terapie akutního nelidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 9(4), 168–169. ISSN: 1803-5272.
- 16) HELLER, J., PECINOSKÁ, O., 2011. *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 215 s. ISBN: 978-80-87258-62-0.
- 17) HOFBAUEROVÁ, R., 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií. Univerzita Tomáše Bati.
- 18) HRADECKÁ, L., 2011. *Akutní intoxikace* [online]. Mladá fronta [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/akutni-intoxikace-459786>.
- 19) HÝŽA, M., CHVÍLA, L., 2009. Terapie neklidu u duševních poruch způsobených psychoaktivními látkami. *Psychiatrie pro praxi*. 10(5), 220-222. ISSN: 1803-5272.
- 20) KAŠÁKOVÁ, E. et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, 431 s. ISBN: 978-80-7345-424-1.
- 21) KLÍČ, M., 2018. *Několik slov o alkoholu* [online]. ÚPLZ A Kluby Brno [cit. 2018-12-18]. Dostupné z: <https://akluby.cz/nekolik-slov-o-alkoholu/>.
- 22) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. ISBN: 978-80-247-2713-4.
- 23) *Mezinárodní klasifikace nemocí – poruchy duševní a poruchy chování*, 2018 [online]. WHO/ÚZIS [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>.
- 24) MILLEROVÁ, G., 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 461 s. ISBN: 978-80-7262-765-3.
- 25) MORGENSTERN, J. et al., 2017. Dismantling motivation interviewing: effects on initiation od behavior change among problem drinkers seeking treatment. *Psychology od Addictive Behaviors*. 31(7), 751-762. doi: 10.1037/adb0000317 [online]. [cit. 2019-08-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121710/>.
- 26) MRAVČÍK, V. et al., 2011. Lůžková péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od roku 1959. *Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie*. 60(1), 21-31. ISSN: 1803-6597.

- 27) NECHANSKÁ, B. et al., 2017. *Psychiatrická péče 2016 – Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 122 s. ISBN: 978-80-7472-167-0.
- 28) NECHANSKÁ, B. et al., 2018. *Psychiatrická péče 2017 – Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 122 s. ISBN: 978-80-7472-178-6.
- 29) NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál, 173 s. ISBN: 9787-80-7367-908-8.
- 30) NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 37-40. ISBN: 978-80-247-9253-8.
- 31) OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 263 s. ISBN: 978-80-247-3737-9.
- 32) PAVLOVSKÝ, P. et al., 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 232 s. ISBN: 978-80-247-2618-2.
- 33) PEŠEK, R., 2018. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu – Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem. Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 114 s. ISBN: 978-80-88290-02-5.
- 34) PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 296 s. ISBN: 978-80-247-9253-8.
- 35) PILCH, R., 2011. Delirium tremens – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 12(4), 153–155. ISSN: 1803-5272.
- 36) PRAŽSKÝ, B., 2013. *Delirium tremens a jeho léčba* [online]. Mladá fronta [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/delirium-tremens-a-jeho-lecba-468611>.
- 37) PROFOUS, J., 2011. *Průvodce alkoholovou závislostí – především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén, 108 s. ISBN: 978-80-7262-820-9.
- 38) RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton, 239 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.
- 39) RACKOVÁ, S., JANŮ, L., 2008. Antidepresiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*. 9(3), 126–129. ISSN: 1803-5272.

- 40) RANDÁKOVÁ MODES, M., 2014. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: PETR, T. et al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 201-209. ISBN: 978-80-247-9253-8.
- 41) RACHDAOUI, N. et al., 2017. Pathophysiology of the effects of alcohol abuse on the endocrine System. *Alcohol research*. 38(2), 255-276. ISSN: 2168-3492 [online]. [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513689/>.
- 42) RANSOME, Y. et al., 2017. The association between alcohol abuse and neuroendocrine system dysregulation: Race differences in a national sample. *Brain, Behavior, and Immunity*. 66, 313-321. doi: 10.1016/j.bbi.2017.07.154 [online]. [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5671340/>.
- 43) ROHN, M. et al., 2017. Differences between Treatment-Seeking and Nontreatment-Seeking alcohol dependent research participants: an exploratory analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 41(2), 414-420. doi:10.1111/acer.13304 [online]. [cit. 2019-08-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6468994/>.
- 44) RŮŽIČKOVÁ, L., 2013. *Psychiatrické minimum* [online]. Pardubice: Benepal [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_4_file/PSYCHIATRICKÉ-MINIMUM.pdf.
- 45) SVOBODA, M. et al., 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vydání. Praha: Portál, 320 s. ISBN: 978-80-262-0976-8.
- 46) STROHM, B., 2014. Ethanol. In: WEXLER, P. et al., 2014. *Encyklopedia of Toxicology*. 3. vydání. Londýn: Academic Press Elsevier. 5220 p. ISBN: 978-0-12-386454-3.
- 47) ŠVARŘIČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.
- 48) TYRLÍKOVÁ, I., 2013. Alkohol a epilepsie – jak léčit? *Neurologie pro praxi*. 14(4), s. 197-199. ISSN: 1803-5280.
- 49) VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vydání. Praha: Portál, 872 s. ISBN: 978-80-7367-414-4.
- 50) VENOSA, A., 2015. *What Causes Alcoholism? Malfunctioning Enzyme Leads People To Binge Drink More Than Others* [online]. IBT Media Inc. [cit. 2018-11-14].

Dostupné z: <https://www.medicaldaily.com/what-causes-alcoholism-malfunctioning-enzyme-leads-people-binge-drink-more-others-355316>.

- 51) WHITMAN, I. R. et al., 2017. Alcohol Abuse and Cardiac Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 69(1), 13-24. doi: 10.1016/j.jacc.2016.10.048 [online]. [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226115/>.
- 52) ZÁBRANOVÁ, A., 2014. *Odlišnosti ošetrovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni.
- 53) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4904. ISSN 1211-124.

8 Seznam zkratek

cit – citováno

č – číslo

p – page

s – strana

sb – sbírka

tzv – tak zvaně

9 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami pracujícími na lůžkové části psychiatrického oddělení

Příloha 1:

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami pracujícími na lůžkové části psychiatrického oddělení

- *Osobní údaje*
 1. Kolik vám je let?
 2. Pohlaví?
 3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 4. Máte oborovou specializaci? Popřípadě jakou?
 5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví ? (Jak dlouhá je vaše praxe ve zdravotnictví?)
 6. Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení?

- *Náročnost péče*
 7. Jak často se během své praxe setkáváte s pacienty závislími na alkoholu?
 8. Jak často dochází ke kombinaci alkoholové závislosti s jinými závislostmi, popřípadě s jakými?
 9. Jak často se setkáváte s agresí či neklidem u hospitalizovaných alkoholově závislých?
 10. Jaké jsou nejčastější potíže během hospitalizace alkoholově závislých pacientů?
 11. Jak často se tito pacienti vracejí na psychiatrické oddělení kvůli léčbě alkoholové závislosti?

- *Úloha sester*
 12. Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta závislého na alkoholu?
 13. Jaká vnímáte specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů?
 14. Do jaké míry je schopen s Vámi alkoholově závislý pacient spolupracovat?
 15. Jak se zapojuje rodina do léčby alkoholové závislosti?
 16. Na jakou dobu nejčastěji hospitalizujete alkoholově závislé pacienty?
 17. Kam jsou pacienti závislí na alkoholu po dokončení léčby odesíláni (domů, do speciálních zdravotnických zařízení)? Jsou nadále dispenzarizováni?
 18. Do jakých specializovaných zdravotnických zařízení jsou nejčastěji tito pacienti odesíláni?

19. Jak spolupracuje vaše oddělení s komunitou Anonymních alkoholiků?
20. Jaké informace o Anonymních alkoholících poskytujete pacientům, kteří jsou závislí na alkoholu?
21. Jak snášejí tito pacienti odnětí od svého obvyklého prostředí?
22. Jakou psychoterapii nejčastěji na vašem oddělení tito pacienti podstupují?
23. Jak se zapojujete do léčby takového pacienta?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.