

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Michaela Andrlová

Závislost na alkoholu z pohledu všeobecné sestry

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Závislost na alkoholu z pohledu všeobecné sestry.

Název práce v AJ: Alcohol dependence from the perspective of nurses.

Datum zadání: 2013-12-17

Datum odevzdání: 2014-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor: Andrllová Michaela

Vedoucí: Mgr. Radka Kozáková

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zaměřuje na tematiku závislosti na alkoholu z pohledu všeobecné sestry. Sumarizuje informace o alkoholu obecně jako nebezpečné droze a dále se zaměřením účinků alkoholu na organismus, konzumaci u specifických skupin obyvatel a statistiky týkající se České republiky. V další části informuje o problematice závislosti na alkoholu u všeobecných sester na jejich pracovišti. Dále přináší poznatky o alkoholu ve vztahu k ošetřovatelství, kde se zaměřuje na primární péči, ošetřovatelskou péči v akutních stavech a na chronickou péči. Poslední kapitola pojednává o kvalitě života pacientů, se zaměřením na význam rodiny jako sociální opory, léčbu alkoholismu a výživu jako součást léčby, kvalitu života, životní styl a mentální zdraví či prevenci a edukaci z pohledu všeobecné sestry. Poznatky byly dohledány v českých i zahraničních recenzovaných periodikách a online dokumentech, více článků bylo využito ze zahraničních zdrojů. Ze zahraničních zdrojů jsou využita periodika Nursing standard, Medsurg Nursing, International Journal of Nursing

Terminologies and Classifications, Alcohol Research and Health, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Journal of Nursing Scholarship aj. Z českých periodik jsou využity články z Profese on-line, Kontakt, Revue české lékařské akademie, Multidisciplinární péče aj. Pro lepší orientaci je za Seznamem bibliografických a elektronických zdrojů umístěn Seznam zkratek.

Abstrakt v AJ:

Overview thesis focuses on the theme of alcoholism from the perspective of nurses. It summarizes information about alcohol in general as a dangerous drug and focusing effects of alcohol on the body, consumption of specific groups of the population and statistics concerning the Czech Republic. In the next section it informs about the problems of alcohol addiction among nurses in their workplace. Further there is the evidence of alcohol in relation to nursing, where it focuses on primary care, nursing care in acute conditions and chronic care. The last chapter deals with the quality of life of patients, focusing on the importance of the family as social support, alcohol and nutrition therapy as part of treatment, quality of life, lifestyle and mental health and the prevention and education from the perspective of nurses. The findings were traced in Czech and international peer reviewed journals and online documents, more articles were found in foreign sources. There are used these foreign sources: Nursing Standard, Medsurg Nursing, International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Alcohol Research and Health, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Journal of Nursing Scholarship, etc. As the Czech sources there are used articles from these journals: Profese on-line, Kontakt, Revue české lékařské akademie, Multidisciplinární péče, etc. For better orientation for maintaining lists of bibliographic and electronic resources located Abbreviations.

Klíčová slova v ČJ: alkohol – závislost (zneužívání) – ošetřovatelství – důsledek – zdraví – život – péče

Klíčová slova v AJ: alcohol – dependence (abuse) – nursing – result (consequence) – health – life – care

Rozsah práce: 44 stran, 7 příl.

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

Olomouc 30. dubna 2014

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Radce Kozákové za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu během studia a psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1 ALKOHOL – NEBEZPEČNÁ DROGA.....	9
1.1 Alkohol a jeho účinky na organismus.....	9
1.2 Situace v ČR.....	11
1.3 Alkohol u specifických skupin obyvatel	12
1.3.1 Matky a těhotné ženy.....	12
1.3.2 Děti a dospívající.....	13
1.3.3 Senioři.....	14
1.4 Alkohol u všeobecných sester na pracovišti	15
2 ALKOHOL Z POHLEDU OŠETŘOVATELSTVÍ.....	16
2.1 Alkohol a primární péče.....	16
2.2 Akutní péče	17
2.2.1 Abstinenční syndrom.....	17
2.2.2 Delirium tremens	19
2.2.3 Intoxikace alkoholem	20
2.3 Dlouhodobá péče.....	21
3 ŽIVOT PACIENTŮ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU.....	23
3.1 Rodina jako sociální opora.....	23
3.2 Léčba a výživa.....	24
3.2.1 Léčba	24
3.2.2 Výživa a složení stravy.....	26
3.2.3 Malnutrice a její prevence	27
3.3 Prevence, edukace a pomoc pacientovi.....	28
3.3.1 Kvalita života, životní styl a mentální zdraví	28
3.3.2 Prevence a pomoc pacientovi	29
3.3.3 Edukační činnost	31
ZÁVĚR.....	33
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ.....	36
SEZNAM ZKRATEK.....	44
PŘÍLOHY.....	45

ÚVOD

Alkohol je někdy také nazýván „startovací“ drogou (Hladík, 2009, s. 49). Alkoholismus je chronické, recidivující onemocnění s velmi častou progresí. V České republice je jednou z příčin závislosti na alkoholu jeho vysoká spotřeba a časný začátek zneužívání alkoholu u dětí a adolescentů (Popov, 2002, s. 4). Alkoholismus zahrnuje spoustu komplikací, v nejhorším případě smrt, proto je nutno mu věnovat pozornost (Sandorová a kol., 2006, s. 358–359).

Cílem bakalářské práce je odpovědět na otázku – „Jaké jsou důsledky závislosti na alkoholu v kontextu ošetrovatelské péče?“

Stanovené dílčí cíle pro přehledovou bakalářskou práci jsou:

Cíl 1 - Předložit informace o alkoholu a jeho účincích.

Cíl 2 - Předložit poznatky o alkoholu v ošetrovatelské problematice.

Cíl 3 - Předložit informace o životě pacientů závislých na alkoholu.

Jako vstupní studijní literatura byly nastudovány tyto publikace:

1. Kalina, Kamil a kol. Základy klinické adiktologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 388 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0.

2. Kalina, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup, 1. vyd. [Praha]: Úřad vlády České republiky, 2003- . Sv. Monografie; no 1 a 2. ISBN 80-86734-05-6.

3. Miller, Geraldine A. Adiktologické poradenství. 1. české vyd. Praha: Galén, 2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

4. Řehan, Vladimír. Adiktologie 1. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 130 s. Studijní texty pro distanční studium. ISBN 978-80-244-1745-5.

Rešeršní strategie:

K vyhledání relevantních zdrojů pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly využity databáze MEDLINE, EBSCO, ProQuest, ScienceDirect a BMČ.

V rámci rešeršní strategie byla použita slova alkohol, závislost, zneužívání, ošetrovatelství, důsledek, zdraví, život, péče (alcohol, dependence, abuse, nursing, result, health, life, care). Vyhledávání proběhlo v období srpen 2013 až březen 2014. Vyhledávány byly články od roku 2003 a novější.

Celkem bylo nalezeno 392 článků. Ze zahraničních databází pocházelo 327 článků a z BMČ 65 článků. Články byly nalezeny v anglickém, českém, slovenském, německém a polském jazyce. Ze zahraničních databází bylo využito více zdrojů než českých a to 27 článků, 66 nebylo použito pro duplicitní výskyt v databázích, 234 neodpovídalo zadaným cílům bakalářské práce. Z celkového počtu 27 zahraničních článků bylo 25 přeloženo z anglického jazyka a 2 ze slovenského jazyka. Z databáze BMČ bylo použito 18 článků a 1 elektronický plnotext zákona, 7 článků nebylo použito pro duplicitní výskyt v databázích, 39 neodpovídalo zadaným cílům bakalářské práce. Nejvíce článků bylo využito z databáze ProQuest Nursing and Allied Health Source.

Na základě rešerše z výše uvedených databází bylo pro přehledovou bakalářskou práci využito 45 relevantních plnotextů (41 článků z periodik a 4 online dokumenty) a 1 elektronický plnotext zákona.

1 ALKOHOL – NEBEZPEČNÁ DROGA

1.1 Alkohol a jeho účinky na organismus

Alkohol (chemicky znám jako ethanol) je nejrozšířenější užívanou drogou vznikající působením kvasinek při kvašení cukru. Závislost na něm je významným zdrojem zdravotních, sociálních a ekonomických problémů na celém světě. Patří do skupiny psychotropních látek a může vyvolávat pocity lásky, ale i agresivitu a zuřivost (Sandorová a kol., 2006, s. 358–360). Mezi nejčastěji konzumované (Příloha č. 1 – Klasifikace konzumentů alkoholu) nápoje patří pivo (44 %), dále pak víno (34 %) a destiláty (23 %) (Anderson, Baumberg, 2006, s. 3; Sandorová a kol., 2006, s. 359). První zmínky o čistém alkoholu pocházejí z 11. století n. l. z oblasti jihu Itálie. Nejstarší archeologické nálezy dokládají, že víno bylo vyráběno již před 7000 lety. Název alkohol pochází z arabského al-kahal (jemná substance). V prvopočátku alkohol lidem pomáhal a zpříjemňoval jim jejich život. Již Hippokrates psal o blahodárných účincích alkoholu na organismus. Vlastnosti alkoholu se využívaly i v lékařství (např. choroby, úrazy (zejména vínové obklady), poranění vzniklá v boji či při práci). Dnes jsou ale důvody konzumace alkoholu jiné, než v dřívějších dobách. Lidé si připadají již při konzumaci menšího množství alkoholu energičtější, čilejší a společenější (Sandorová a kol., 2006, s. 358–360).

Konzumace alkoholu byla také identifikována jako rizikový faktor pro nemoci, zdravotní postižení a úmrtnost (Rehm, 2011, s. 135). Mezi nejčastější onemocnění (Příloha č. 2 – Souhrn nejčastějších onemocnění způsobených abúzem alkoholu dle Mezinárodní klasifikace nemocí – dále jen „MKN“) zcela nebo částečně způsobených konzumací alkoholu patří různá infekční onemocnění, rakovina, diabetes, neuropsychiatrická onemocnění (nejč. epilepsie a deprese), kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, koronární onemocnění srdce, cerebrovaskulární onemocnění), onemocnění jater (zejména alkoholová jaterní cirhóza či hepatitis) a slinivky břišní (akutní či chronická pankreatitis) (Rehm, 2011, s. 135–137; Csémy a Winkler, 2013, s. 8-10). Hlavní příčinou 70 % všech úmrtí, které souvisejí s abúzem alkoholu je neléčená nebo špatně léčená závislost na alkoholu (Csémy a Winkler, 2013, s. 8-10).

Muži pijí častěji a více než ženy. Ženy jsou ale náchylnější ke škodlivým účinkům alkoholu. Navíc ve srovnání žen abstinetek nebo pijících s mírou, mají ženy, které pijí více a častěji, zvýšené riziko vzniku osteoporózy, pádů a zlomenin kyčle, předčasně menopauzy, neplodnosti a častějších potratů, vyšší výskyt hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění (vč. ischemické choroby srdeční, arytmie a kardiomyopatie). Dokonce i mírné množství alkoholu může zvýšit riziko rakoviny prsu (Connery Smith, 2011, s. 12–14).

V rámci infekčních onemocnění je konzumace alkoholu rizikovým faktorem pro vznik tuberkulózy, či například pneumonie. Studie dospěly k závěru, že alkohol je pro člověka karcinogenní, nebyla ale prokázána konkrétní dávka. Výzkum potvrdil souvislosti mezi konzumací alkoholu a rakovinou dutiny ústní, hltanu, hrtanu, jícnu, jater, kolorekta a prsu. Pro rakovinu žaludku a plic byla karcinogenita posuzována jako relativní. Byly také prokázány geny, které ke vzniku rakoviny přispívají. Mezi diabetem a konzumací alkoholu je vztah různorodý. Nižší konzumace alkoholu má ochranný účinek, zatímco vyšší spotřeba je spojena se zvýšeným rizikem. Největší ochranný účinek byl nalezen u konzumace dvou standardních nápojů (28 gramů čistého alkoholu) za den a škodlivý účinek byl nalezen od množství čtyř standardních nápojů (50–60 g čistého alkoholu) za den. Standardní nápoj obsahuje asi 14 g čistého alkoholu (Connery Smith, 2011, s. 1–45). Konzumace alkoholu je také spojena se vznikem duševních poruch. U epilepsie navíc může vyprovokovat epileptický záchvat (Rehm, 2011, s. 137–138).

Delší dobu si lékaři mysleli, že alkohol dilatuje cévy dopravující výživu k srdci (zlepšení přívodu kyslíku do myokardu a snížení rizika infarktu). Současné výzkumy ale ukázaly účinek opačný. Pár skleniček alkoholu sice mírně zvyšuje HDL cholesterol, ale může vyvolat křeč koronárních tepen, tím se sníží přívod kyslíku k myokardu a riziko infarktu vzrůstá. Těžké jídlo, které člověk zapije alkoholem, může pro člověka se zúženými koronárními tepnami znamenat doslova vražedné spojení (Sandorová a kol., 2006, s. 361–362).

Konzumace alkoholu není spojena pouze s neúmyslnými, ale i úmyslnými zraněními. Bylo totiž prokázáno, že konzumace alkoholu ovlivňuje riziko sebevražd (Rehm, 2011, s. 140).

1.2 Situace v ČR

V České republice (dále jen „ČR“) se nadměrná konzumace alkoholu týká u dospělé populace kolem 25 % mužů a 5 % žen (Sandorová a kol., 2006, s. 361). Problém alkoholu a zdraví populace v ČR je aktuální vzhledem k velké spotřebě alkoholu na obyvatele. V ČR je nejaktuálnější statistikou šetření GENACIS (Gender, alcohol and culture: an international study), podle kterého obyvatel ČR vypije průměrně 14,9 l čistého alkoholu za rok. Průměrná denní spotřeba alkoholu se pohybuje kolem 16,6 g čistého alkoholu (muži 26,4 g a ženy 7,2 g za den). Značně se liší také spotřeba alkoholu u různých věkových skupin. Nejvyšší spotřebu vykazovali muži ve středním věku (35. – 44. rok věku), naopak nejnižší spotřebu muži v nejmladší skupině (18 – 24 let). Mezi ženami nejsou vzhledem k věku tak markantní rozdíly. Nejnižší spotřebu udávaly ženy nad 54 let věku, naopak nejvyšší spotřebu ženy ve věku 35 – 44 let. Na vyšší spotřebu alkoholu ve středním věku může mít vliv mnoho faktorů jako například ubývání fyzických sil či odchod dětí z domova. V nižším věku může spotřebu alkoholu ovlivňovat například studium. Ukázalo se, že lidé s vyšším vzděláním pijí méně alkoholu (zřetelné zejména u mužů). Jako zdravotně riziková hranice množství alkoholu bylo stanoveno množství 40 g alkoholu u mužů a 20 g u žen (Csémy, Sovinová, 2003, s. 35–41). Pití nadměrných dávek týdně nebo častěji přiznává 12 % mužů a 2 % dotázaných žen. Nadměrnou dávkou se v tomto případě myslí vypití pěti nebo více sklenek alkoholu, přičemž sklenka je definovaná jako 2 dl vína, 0,5 l piva nebo 0,5 dl destilátu (Anderson, Baumberg, 2006, s. 3–432).

Z nejčastěji udávaných problémů při konzumaci alkoholu dotázaní nejčastěji udávali amnézii po pití nadměrných dávek alkoholu, neschopnost vybavit si události z předchozího večera (tzv. okna – ty udávalo 23 % mužů a 5 % žen), ovlivnění alkoholem (vrávorání či např. zhoršená řeč). Někteří respondenti udávali tělesné příznaky, které jsou spojeny již se závislostí (třes po vysazení alkoholu, ranní pití, neschopnost přestat s pitím apod.). Celkem 2,3 % dotázaných uvedlo úraz v posledním roce v souvislosti s požitím alkoholu. K negativním dopadům konzumace alkoholu se nejčastěji řadí vztahové a finanční problémy, či problémy v oblasti zaměstnání a studia. Existují jen hrubé odhady o problémových konzumentech a závislých na alkoholu v ČR (cca 300–400 tisíc alkoholiků) (Csémy, Sovinová, 2003, s. 35–41).

O pití alkoholu u dospívajících informuje studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Časté pití alkoholu uváděli více chlapci, kdy nejvíce preferovaným nápojem je pivo. U dívek preference nápoje není tak výrazná. Problémové pití lze odhadnout u 17–23 % chlapců a 8–13 % populace dívek (rizikovým pitím se rozumí opilost 3krát v posledním měsíci či pití nadměrných dávek alkoholu 3krát v posledním měsíci anebo 100 ml čistého lihu v posledním měsíci) (Csémy, Sovinová, 2003, s. 43–45).

Škodlivé nebo problémové pití alkoholu se týká 8,2 % populace (cca 600 tisíc dospělých Čechů). Konzumace alkoholu v ČR zůstává již po delší dobu na velmi vysoké úrovni. Ve screeningové škále CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener – omezení, dotčení, pocit viny, „vyprošťovák“; Příloha č. 3 – Dotazník CAGE) používané pro hodnocení rizikového, škodlivého nebo problémového pití uvedlo právě 8,2 % populace (11,8 % mužů a 4,6 % žen) dvě a více pozitivních odpovědí. Nadměrná konzumace alkoholu se odráží i v počtu smrtelných intoxikací. Smrtelná předávkování alkoholem byla vyčíslena na 317 případů (srov. u intoxikace nelegálními drogami a těkavými látkami bylo zaznamenáno 45 případů smrtelného předávkování). Počty nadměrného zneužívání alkoholu se také odráží v páchání trestných činů. Podle údajů Policie ČR bylo v r. 2012 spácháno pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek celkem 18,4 tis. trestných činů. Z toho 16,1 tis. (87,5 %) bylo spácháno pod vlivem alkoholu (Nechanská, 2012, s. 1–130).

1.3 Alkohol u specifických skupin obyvatel

1.3.1 Matky a těhotné ženy

Konzumace alkoholu během těhotenství je velkým problémem. Přibližně 14 až 22,5 % žen se přiznává, že pije v průběhu těhotenství alkohol. Odhaduje se, že 1 % ze všech živě narozených dětí vykazuje nějaké prenatální poškození spojené s užíváním alkoholu. Vzhledem k nepříznivým účinkům alkoholu na plod by všechny ženy měly být řádně poučeny o abstinenci během těhotenství. V těhotenství je nejzávažnějším problémem spojeným s konzumací alkoholu vznik Fetálního alkoholového syndromu (dále jen „FAS“), který je nejčastější příčinou mentální retardace. Prenatální expozice

alkoholu může také vést k poruše plodu, kdy postižené děti nevykazují klasický FAS, ale přesto mají psychické či mentální deficity, poruchy chování, sociální deficit, či různé vrozené vývojové vady. Přítomnost alkoholu se dá zjistit například ze vzorků moči a krve matky či z moči novorozence (Bearer, Stoler, Cook, 2005, s. 38–43). Tradice mnoha kultur podporuje kojící ženy k pití alkoholu kvůli optimalizaci produkce mléka. Studie ale ukazují, že konzumace alkoholu v mateřství může snížit tvorbu mléka a alkohol se navíc vylučuje do těla kojence. Alkohol tak může mít nepříznivý vliv na spánek dítěte, vývoj hrubé motoriky a učení. Mnozí kliničtí lékaři považují příležitostné expozice za příčinu intoxikace dítěte, kojící ženy by tudíž neměly kojit po několik hodin po vypití alkoholu (Mennella, 2001, s. 230–234).

1.3.2 Děti a dospívající

Alkohol je nejčastěji zneužívanou drogou a je jednou z hlavních příčin morbidity a mortality u dospívajících ve věku od 15 do 19 let (Nanda, Konnur, 2006, s. 193). České děti a adolescenti jsou v konzumaci alkoholu na 4. místě v Evropě. Alkohol je pro ně ale nebezpečný nejen v akutních stavech, ale i v důsledcích. Alkohol u nich poškozuje schopnost učení a paměti, zhoršují se tedy studijní a pracovní výsledky. Dle World Health Organization (dále jen „WHO“) je v ČR stav alarmující. Přibližně 30 % dětí ve věku 15 let a 17 % dětí ve věku 13 let v ČR konzumuje pravidelně alkohol. Zkušenosti s alkoholem mají již osmileté děti, kdy jim alkohol dovolí rodiče například na oslavách. Je důležité poučit rodiče, jak se chovat v situacích, pokud dítě pije pravidelně alkohol (Příloha č. 4 – Rady rodičům). Odborníci z Washingtonské univerzity provedli výzkum, kde prokázali výrazný vliv rodičů na pozdější chování dítěte. Je důležité, zdali v rodině existují nějaká pravidla, jak je dítě vázáno na rodinu, jak rodina spolu tráví čas nebo například jak probíhá řešení rodinných problémů a jestli je v rodině přiměřená disciplína (Hladík, 2009, s. 48–50). U dospívajících je důležitá zejména prevence a věnování větší pozornosti kontrolám konzumace alkoholu u nezletilých a kontrole prodeje alkoholických nápojů (Kabíček a kol., 2013, s. 293– 300). Opakovaným požíváním alkoholu u dospívajících může dojít zejména k poškození jícnu a krvácení, akutní gastritidě a s tím související nevolnosti a zvracení, pankreatitidě, bolestem břicha, metabolickým komplikacím (nejč. diabetes mellitus), aspiraci obsahu žaludku, kardiomyopatii, malnutrici a v nejhorším případě i ke smrti důsledkem respiračního

nebo oběhového selhání. Zneužívání alkoholu u dospívajících je spojeno s rizikem psychické morbidity, zejména úzkosti a neurózy. Může také způsobit dlouhodobé psychické zdravotní problémy, jako jsou deprese, poruchy paměti a v extrémních případech i psychózy. Zneužívání alkoholu u dospívajících je často spojováno se sebepoškozováním (Davies, 2012, s. 43–48). Potenciální komplikace chronického užívání alkoholu, které zahrnují například cirhózu, se vyskytují u dětí a dospívajících zřídka. Zneužívání návykových látek v rodinné anamnéze je významným rizikovým faktorem (Nanda, Konnur, 2006, s. 194, 198). Děti začínají s pitím alkoholu průměrně v 12,5 letech. České děti se řadí na první příčky v Evropské unii (dále jen „EU“). Přibližně 75 % školáků uvádí občasné pití alkoholu (Anderson, Baumberg, 2006, s. 101–105). Děti rodičů – alkoholiků mohou mít genetický sklon k alkoholismu. Výchovné techniky, postoje rodičů a rodinné neshody (odloučení dítěte od rodičů, rozvod nebo sexuální zneužívání) mohou také podpořit pozdější zneužívání alkoholu dítětem. Průzkumy prokázaly, že časný věk začátku zneužívání alkoholu (i jiných drog) je u dětí (hl. dospívajících) spojen s význačným rizikovým chováním včetně násilí, nošení zbraní, řízení pod vlivem alkoholu apod. (Nanda et Konnur, 2006, s. 193–199).

1.3.3 Senioři

Epidemiologické studie udávají, že alkoholismus je přítomen u 1 – 15 % starších lidí (Zisserson, Oslin, 2004, s. 51). Mezi příčiny alkoholismu u seniorů řadíme zejména stres související s životními změnami, smrtí partnera, člena rodiny nebo přátel; depresi a izolaci, ztrátu domova, důchod, sníženou socializaci či víru, že střídme pití má více výhod než rizik pro zdraví (Ellison, 2004, s. 9). U starších lidí, kteří trpí depresí, bylo prokázáno, že mají složitější klinický průběh nemoci se zvýšeným rizikem sebevraždy (Zisserson, Oslin, 2004, s. 52). Fyziologické změny stárnutí také přispívají k alkoholismu. Tyto změny zahrnují zpomalení metabolismu a vylučování. Vyšší výskyt onemocnění u starších osob zvyšuje riziko sekundárních komplikací užívání alkoholu. Mezi tyto komplikace patří vznik či alterace periferní neuropatie (ta vede k vyššímu riziku pádu), osteoporóza, hypertenze, diabetes, deprese, sebevražda, gastrointestinální poruchy (vředy, chronický průjem či pankreatitis), zvýšené riziko rakoviny jater, tlustého střeva a prostaty; poruchy spánku, závratě a únava (Ellison, 2004, s. 9–10). Bylo prokázáno, že konzumace alkoholu zhoršuje Alzheimerovu demenci a přispívá ke

kognitivním deficitům ve stáří. U seniorů je velmi užitečné využít pro detekci alkoholismu test SMAST – G (Alkoholismus screeningový test – Geriatrická verze). Poskytovatelé péče by měli být obeznámeni, že existují velmi účinné krátké intervenční terapie pro seniory (Zisserson, Oslin, 2004, s. 50–52).

1.4 Alkohol u všeobecných sester na pracovišti

Ošetrovatelství se řadí do top 10 profesí, které trpí zneužíváním alkoholu. Prevalence zneužívání alkoholu v oboru ošetrovatelství byla hlášena u 6–10 % zaměstnanců. Více než jedna třetina sester pije více, než je považováno za bezpečné a u 10–15 % sester se odhaduje, že budou mít s alkoholem problém během jejich profesní kariéry. Jedna z teorií říká, že onkologické sestry alkoholem maskují emocionální bolest a napětí při péči o pacienty s rakovinou. Jiné sestry cítí, že alkohol u nich představuje únik nebo slouží jako uvolnění napětí. Mezi faktory přispívající k alkoholismu patří například stres v pracovním prostředí či například mnoho nebo příliš málo činností. Alkohol může mít vliv na odborný úsudek a pacientovu bezpečnost, jelikož tělo může metabolizovat alkohol po delší dobu (Servodidio, 2011, s. 143–145).

Mezi symptomy související s alkoholismem v profesi všeobecné sestry, na které může své okolí upozornit, řadíme časté změny zaměstnání nebo dobrovolnou výpověď ze zaměstnání v uplynulém roce, změny v chování nebo nevhodné chování, přechod na méně rušné jednotky, izolaci od zbytku personálu, vyhýbání se pracovním úlohám, stěžování si na osobní problémy, nedochvilnost, dva nebo více dní neohlášené nepřítomnosti v práci v jednom měsíci, nedodržení termínů, zvýšený počet chyb a s tím související špatný pracovní výkon, zvýšení stížností od pacienta nebo členů jeho rodiny, výbuchy vzteku nebo nesouvislé argumenty, změny osobního vzhledu (neudržované vlasy aj.), únavu, podrážděnost a špatnou koordinaci, bolesti hlavy, nezřetelnou řeč; agresí, depresi nebo apatii; neschopnost se soustředit, pomalé reakce, alkohol zapáchající z úst, pocení, usínání ve službě, třes nebo neklid, abnormální kolísání koncentrace a energie či porušenou časomíru. Existují asociace, které sestřím s tímto problémem pomáhají (např. International Nurses Society on Addictions, Nurses House – oboje v USA, Anonymní alkoholici – ČR) nebo mohou pomoci kolegové, rodina a další. (Servodidio, 2011, s. 143–145; Steeves, 2011, s. 27–30).

2 ALKOHOL Z POHLEDU OŠETŘOVATELSTVÍ

Závislost na alkoholu je třetí nejčastější příčinou nemocnosti v rozvojových zemích po celém světě. Všeobecné sestry se setkávají s těmito jednotlivci dnes a denně. Alkoholismus je patologická závislost na etanolu. Je to určitý vzorec chování charakteristický nekontrolovaným pitím alkoholických nápojů v takovém rozsahu, kdy dojde ke zhoršení zdravotních, psychických, či sociálních funkcí. Spotřeba se mezi jednotlivci liší ve stupni závislosti či tolerance (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 9). Cílem ošetrovatelské péče je nejen zlepšení zdravotního stavu pacienta, ale také zabezpečení co nejvyšší kvality jeho života (Gurková, Žiaková, 2009, s. 90).

2.1 Alkohol a primární péče

Všeobecné sestry v primární péči mají dobré předpoklady rozvíjet, provádět a vyhodnocovat plány pro redukci zneužívání alkoholu. Jsou v ideální pozici pro řešení tohoto zásadního problému veřejného zdraví tím, že mohou podporovat vzdělávání a povědomí o alkoholu a bezpečných limitech v jeho konzumaci či provádět screening. Mohou také zavádět včasné rozpoznání a efektivní intervence při řešení zneužívání alkoholu. Statistiky ukazují, že nejvíce ohrožené skupiny jsou mladí muži a stále více mladých žen. Konzumace alkoholu potenciálně ovlivňuje všechny sociální skupiny (Truman, 2006, s. 41–44). Krátká intervenční poradenství v primární péči snižují celkovou spotřebu alkoholu a zlepšují přijetí bezpečnějších návyků klienta. Tím se sníží riziko zdravotních, sociálních a psychických problémů (Whitlock a kol., 2004, s. 557). Spolupráce se specialisty je výhodná a často nezbytná, protože 71 % odborníků primární péče nemá dostatečné informace o tom, jak zacházet se závislými na alkoholu. Existuje široká škála příznaků a problémů, které svědčí o zneužívání alkoholu, z nichž většina jsou nespecifické. Alkoholismus je tedy obtížné odhalit. Screening může pacientům pomoci přemýšlet o jejich problému s alkoholem a zvýšit jejich povědomí o této problematice (působí tedy jako preventivní strategie). Včasný zásah sestry primární péče ve spolupráci se zbytkem týmu prokázal výrazně nižší výskyt problémů spojených

s alkoholem. Krátké intervence byly vyvinuty kvůli zabránění vysokého výskytu problémů spojených s alkoholem a závislostí na alkoholu. Cílem je přesvědčit pacienty, že nadměrné pití by jim mohlo poškodit zdraví. Pro většinu lidí, kteří spadnou opět do relapsu, vyžaduje ještě další podporu. Všeobecné sestry v primární péči pak poskytují tuto základní či následnou péči (Truman, 2006, s. 41–44).

Whitlock a kol. provedli výzkum, z něhož vyplývá, že kvalitní krátký rozhovor a intervence s více pracovníky (Multi-contact rozhovor) ohledně chování snižuje u pacientů primární péče rizikové a škodlivé užívání alkoholu. Naopak příliš krátké a stručné intervence pouze s jedním pracovníkem či při jedné návštěvě (Single-contact rozhovor) byly méně účinné nebo neúčinné (Whitlock a kol., 2004, s. 557–566).

2.2 Akutní péče

2.2.1 Abstinenční syndrom

Mnoho pacientů přijatých do nemocnice pro léčbu jiných zdravotních problémů má jako přidružený problém závislost na alkoholu. V mnoha případech lidé alkoholismus před zdravotnickým týmem skrývají. Detekce problémů s alkoholem je jedním ze způsobů, ve kterém sestry mohou efektivně plánovat zotavení pacienta (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 11-12). Dlouhodobá závislost na alkoholu rovněž vede k nedostatku thiaminu, který zhoršuje abstinenční syndrom (McKinley, 2005, s. 42). Dotazník CAGE je screeningový nástroj, který může být užitečný v případě, že pacient popírá konzumaci alkoholu. Kladná odpověď ve dvou nebo více otázkách totiž znamená podezření na zneužívání alkoholu (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 11). Abstinenční syndrom má čtyři základní složky: touhu po alkoholu, ztrátu kontroly, fyzickou závislost a toleranci alkoholu (McKinley, 2005, s. 41). Při prvním kontaktu s pacientem sestra vyšetří pacienta fyzikálně dle jejích kompetencí. Hodnotí výraz obličeje, sebepěči, neobvyklý zápach, vitální funkce, výšku, váhu, pohyby těla a chůzi, rovnováhu, koordinaci, úroveň vědomí, kůži, vlasy a nehty a stav výživy. Všeobecná sestra by také měla posoudit známky traumatu vzniklého vlivem alkoholu (poranění hlavy aj.). Neobvyklé modřiny, odřeniny či popáleniny také mohou ukazovat zvýšené podezření na problém s užíváním alkoholu. Zvláště starší pijáci jsou náchylnější

k pádům. Důležité je posoudit i duševní stav jedince (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 9–14).

Autorky Apalategui a Canut provedly studii, ve které hodnotily management ošetrovatelské péče a ošetrovatelské diagnostiky dle NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) taxonomie. Výzkum ukázal nejvíce používané diagnózy v oblasti ošetrovatelské péče o závislé na alkoholu. Odpočinek a spánek byly oblasti, které zaznamenaly největší dopad závislosti na alkoholu. Šest nejčastějších diagnóz byly poruchy rytmu spánku, porucha výživy: méně než je požadavek organismu, zácpa, porucha sebezpečí, neefektivní plnění role a porušené sebevědomí (Apalategui, Canut, 2003, s. 51).

Existuje také dotazník CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) pro diagnostiku abstinenčního syndromu. Kategorie odpovědí jsou neklid, úzkost, sluchové poruchy, smyslové poruchy, bolesti hlavy, nevolnost nebo zvracení, paroxysmální pocení, hmatové poruchy, třes a poruchy vidění. Dalšími screeningovými metodami jsou FAST (FAST Alcohol Screening Test), PAT (Paddington alcohol test) či AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Nejdůležitější je podpora pacienta ze strany všeobecné sestry. U přibližně 50 % pacientů se závislostí na alkoholu se rozvíjí klinické abstinenční příznaky. Pečlivé sledování je rozhodující pro včasnou identifikaci závažnosti stavu, možných komplikací a zahájení včasné terapie. Sestry by měly znát klinické příznaky abstinenčního syndromu a všimnout si jich při přijetí pacienta do nemocnice (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 9–14). Příznaky abstinenčního syndromu se obvykle objevují do 24 hodin po posledním nápoji. Mezi ně patří třes, pocení, nevolnost, neklid, úzkost, sluchové poruchy, zrakové či hmatové poruchy. Tyto symptomy jsou poněkud nespecifické, a proto jsou snadno zaměnitelné s jinými symptomy pacientů akutní péče (McKinley, 2005, s. 43–44). Včasná sedace zabrání vzniku křečí nebo progresi abstinenčního syndromu do deliria tremens (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 12). Základem farmakoterapie jsou benzodiazepiny. Měl by se také nahradit tiamin (McKinley, 2005, s. 46). Pacienti s abstinenčním syndromem mají obvykle obavy nebo strach. Mohou být intenzivně rozrušeni a mohou mít halucinace. Pacient by měl být uložen v dobře osvětlené místnosti a klidném prostředí. Management deficitu objemu tekutin je nejvyšší prioritou v ošetrovatelské péči při abstinenčním syndromu. Pacienti často vyžadují intravenózní hydrataci s požadavky 4–10 litrů infuzí během prvních 24 hodin. Po ústupu nevolnosti

pacienta a zvracení jsou vhodné ovocné šťávy a následuje přestup do běžné stravy. Pacient vyžaduje neustálé sledování, zda nejeví známky dehydratace (snížený turgor kůže, suché sliznice, úbytek hmotnosti, koncentrace moči, zploštělé krční žíly a hypotenze) (Donnelly, Kent – Wilkinson, Rush, 2012, s. 9–14).

2.2.2 Delirium tremens

Delirium tremens postihuje 5–6 % osob závislých na alkoholu. Úmrtnost na delirium je odhaduje 5–10 % (Mainerová, Horáček, Praško, 2013, s. 67–71). Rozvíjí se typicky 2. – 3. den abstinence. Delirium může vzniknout v jakémkoliv věku, nejčastější výskyt je mezi 30. a 50. rokem (Chval, 2007, s. 566). Delirium tremens bez komplikací bývá většinou řešeno na psychiatrickém oddělení v rámci akutní péče, ale závažné, komplikované a život ohrožující stavy (přidružené somatické onemocnění, traumata hlavy aj.) by měly být léčeny na jednotce intenzivní péče ve spolupráci s psychiatrem (Mainerová, Horáček, Praško, 2013, s. 67–71).

U závislých na alkoholu může vzniknout buď delirium intoxikační (při intoxikaci alkoholem) nebo delirium symptomatické (u somatických chorob provázejících chronický alkoholismus) (Chval, 2007, s. 566).

V prvních 48 hodinách se u 3–15 % pacientů objevují generalizované epileptické záchvaty. Delirium má kolísavý charakter, příznaky se objevují již několik hodin po přerušení pití. Projevuje se od mírnějších symptomů (nervozita, nespavost, třes končetin, tachykardie, pocení) až po těžší příznaky (Příloha č. 5 – Symptomatologie deliria tremens). Končí za 3–6 dní hlubokým spánkem, ze kterého se pacient probírá do stabilizovaného duševního stavu (Chval, 2007, s. 566–567).

Při vyšetření všeobecná sestra spolupracuje s lékařem. Je nutnost odběru laboratorních vyšetření – zaměřením zejména na monitorování renálních testů, vnitřního prostředí, glykemie, krevního obrazu, C – reaktivní protein (CRP) a podle potřeby i dalších parametrů. Dále se zaměřuje na fyzikální vyšetření pacienta – stav vědomí, neurologické příznaky (např. třes, křeče), stav výživy a hydratace, změny na kůži, krvácivé projevy či zápach dechu. Měla by pátrat po známkách traumatu (zejména na hlavě), posoudit stav dýchání a oběhu, zhodnotit stolici či barvu moči (meléna aj.) (Chval, 2007, s. 566–568). Z hlediska léčby se zahajuje zejména masivní substituce tekutin a elektrolytů. Je nutná trvalá monitorace stavu a vitálních funkcí

pacienta. Pokračuje léčba vysokými dávkami benzodiazepinů a terapie komplikací (Mainerová, Horáček, Praško, 2013, s. 67–71).

Při vystupňování deliria na vrchol se většinou musí pacient fyzicky omezit na lůžku. U těžkých delirií je trvalá intravenózní léčba, u lehčích delirií se léčiva (např. benzodiazepiny, tiaprid) využívají i v jiných lékových formách (tablety aj.) Je vhodné dodávat i vitamíny a minerály (Chval, 2007, s. 566–567)

Pokud by se nedařilo personálu stav zvládnout obvyklými a bezpečnými prostředky nebo pokud by se objevily závažné komplikace, je nutné hospitalizovat pacienta na jednotce intenzivní péče. V některých případech musí být zahájena resuscitační péče (Chval, 2007, s. 566–567)

2.2.3 Intoxikace alkoholem

Pojem intoxikace znamená škodlivé působení chemických, živočišných, bakteriálních nebo jiných jedů na lidský organismus. Prevalence intoxikací alkoholem je 50 % z celkového počtu všech intoxikací (Brunnerová, 2007, s. 9). Průběh intoxikace závisí na toleranci jedince k etanolu. V rámci intoxikace alkoholem dochází k útlumu dechového centra a CNS v závislosti na dávce alkoholu, dochází také k výraznému poklesu teploty (Hladík, 2009, s. 49). V rámci problematiky intoxikací u dospívajících byl v roce 2011 proveden výzkum, ve kterém bylo zjištěno, že dospívající se opijí nejčastěji v restauraci, nebo na místech, kde se alkohol podává (např. bary, diskotéky). Oproti minulým létům se počty intoxikací u dospívajících s nutností hospitalizace zvýšily o 22 %. Některé intoxikace dokonce vznikaly ve školním prostředí. Skupinou s častým výskytem intoxikací jsou adolescenti se syndromem rizikového chování (Kabiček a kol., 2013, s. 293–300). U pacienta s intoxikací dělíme péči na přednemocniční a nemocniční. Během přednemocniční péče a v rámci první pomoci musíme nejprve zabránit dalšímu přijímání alkoholu. Další velmi důležitou činností je zajištění vitálních funkcí – zvládnutí oběhových a respiračních funkcí (Brunnerová, 2007, s. 9–10). Nejzávažnější komplikací těžké intoxikace je edém mozku, který bývá příčinou smrti (Hladík, 2009, s. 49). Již v přednemocniční fázi je možné podat antidotum (metanol) nebo použít postup zabraňující dalšímu vstřebávání látky do organismu. Posledním krokem je transport do zdravotnického zařízení (Brunnerová, 2007, s. 9–10). U adolescentů je navíc intoxikace spojena s vysokým počtem poranění (od lehčích

poranění až po tržné rány), komocí mozku či faktur, které je nutné včas řešit. U některých dětí a dospívajících je nutno zajistit dýchací cesty umělou plicní ventilací (UPV). Je u nich dále problematická psychosociální oblast. Často je tedy velkým problémem hospitalizace dospívajících intoxikovaných alkoholem na dětská oddělení (Kabiček a kol., 2013, s. 293–300).

V rámci nemocničního zařízení se pak provádí odborné úkony (invazivní úkony, vyšetření apod.). Je nutné odebrat materiál na toxikologické vyšetření. Podle typu intoxikace a klinické symptomatologie lékař rozhodne o způsobu eliminace. Všeobecná sestra musí zajistit všechny potřebné intervence (EKG křivka (Elektrokardiogram), neinvazivní krevní tlak, saturace kyslíkem, zavedení periferní žilní kanyly, odběr kompletního biochemického a hematologického souboru, na alkohol a toxikologii; pokud je nutno, zavést permanentní močový katétr a odeslat moč na toxikologii, dle nutnosti zavedení nazogastrické sondy a náběr žaludečního obsahu na toxikologii, ošetření poranění, oxygenoterapie, dodávka tekutin, podání medikace). Dále se pokračuje v monitoraci, podávání léků dle zvyklostí oddělení (benzodiazepiny aj.) a udržování bilance tekutin (Brunnerová, 2007, s. 9–13). Velmi důležité je udržování normoglykémie z důvodu zrychlení metabolismu alkoholu. Kromě glukózy jsou podávány intravenózně krystaloidy k udržení krevního tlaku a objemu (Hladík, 2009, s. 48–49).

2.3 Dlouhodobá péče

Překonání zneužívání alkoholu je dlouhodobý proces (Truman, 2006, s. 44). Pro mnoho pacientů závislých na alkoholu jsou typické chronické poruchy, zahrnující několik cyklů léčby, abstinence a relapsu. Léčba musí zahrnovat dlouhodobou péči, aby se snížilo riziko recidivy. Mezi druhy dlouhodobé péče patří například docházení do svépomocných skupin (nejč. Anonymní alkoholici). Všechny tyto skupiny jsou založeny na různých programech, které poskytují návod ke sebezdokonalování a nabízejí sociální podporu pro lidi, kteří chtějí dosáhnout abstinence. Dalšími možnostmi je docházení na kognitivně – behaviorální terapie (dále jen „KBT“), motivační terapie či manželské a rodinné terapie. Cílem těchto terapií je stabilizovat situaci pacientů, snížit riziko recidivy, a tím i snížit potřebu dalších léčebných epizod. Komplexní přístup dlouhodobé

péče zahrnuje širokou škálu služeb, rovněž vyžaduje koordinaci různých složek péče, včetně psychosociální terapie, farmakoterapie, terapie zdravotních problémů a doplňkových služeb (např. bydlení a podpory při nezaměstnanosti) (McKay, Hiller – Sturmhöfel, 2011, s. 356–370).

Mnozí pacienti se uzdraví bez léčby, u některých nastávají po léčbě remise. Přece však mnozí z těch, u kterých se vyvine závislost, trpí po léčbě mnohonásobnými relapsy a předpokládá se, že u nich zůstává dlouhodobá zranitelnost. Až donedávna velká část laiků a také zdravotníků byla toho názoru, že závislost je onemocnění nevyléčitelné, přinejmenším léčitelné do remise. K závislosti je ale nutno přistupovat nejen jako k akutnímu onemocnění, ale také jako k chronickému. V souhrnu vzhledem k dlouhodobé léčbě existují dvě skupiny pacientů. První skupina jsou ti, kteří abstinují krátce a mají ještě některé abstinenční příznaky. Druhou skupinou jsou pacienti, kteří jsou již ve víceleté abstinenci, a léčba již u nich není potřebná. Ti mají ale často problémy v jiném směru – sociální stigmatizaci. V souvislosti s diagnózou dřívější závislosti na ně působí negativní dopady. Dle WHO by měl být respektován lidský přístup (Okruhlica, 2009, s. 10–15).

Z hlediska dlouhodobé (a nejen dlouhodobé) péče je možno využít několika zařízení, do kterých je možno i pravidelně docházet. V rámci sociálních služeb může klient navštívit sociální poradenství, služby sociální péče či služby sociální prevence. V tomto rámci může navštěvovat stacionáře, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra. Při relapsu může využít nejen psychiatrické nemocnice, ale také terapeutické komunity, zařízení následné péče, domovy se zvláštním režimem, či například chráněné bydlení (Zákon 108/2006, 2006, s. 1–122).

3 ŽIVOT PACIENTŮ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

3.1 Rodina jako sociální opora

O dopadech na rodinu jako součásti léčby alkoholismu se velmi diskutuje. Závislost na alkoholu je jednou z hlavních příčin rodinné dysfunkce. Je nezbytně nutné, aby rodina byla zahrnuta do léčebného plánu. V této úloze často pomáhají zaměstnanci primární péče (viz. kap. Alkohol a primární péče, s. 17). Pomoc rodinám vede k lepšímu fungování a obnově zdravotního stavu pacientů s alkoholismem. Uvádí se, že alkoholismus je také v rodinném systému zakotven (Barnett, 2003, s. 467–472).

Rodina alkoholika může být nabourána jako celek. Ze začátku nemusí být alkoholismus členy rodiny (zejména dětmi) téměř vůbec vnímán, dokud nedojde např. k hrubému zacházení. V rámci rodiny může být postižena oblast rolí, běžných prací, rodinných rituálů, společenského života, financí či například oblast komunikace mezi členy rodiny. Rodiny alkoholika často vnímají jejich situaci jako zahanbující. Rodinný příslušník se ke svému problému s alkoholem často zdráhá přiznat (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 1–87).

Studie ukázaly, že ve srovnání s rodinami bez alkoholika, se rodiny s členem závislým na alkoholu vyznačují vyšší mírou konfliktů, nižší úrovní soudržnosti, více postižení v oblasti řešení problémů či nepřátelskou komunikaci. V rodinách s rodiči, kteří zneužívají alkohol, je zmatek, zvraty či zkreslená hierarchie. I děti alkoholiků jsou v ohrožení pro poruchy chování a delikvence, užívání a zneužívání alkoholu a jiných drog, úzkostné poruchy a mohou trpět poruchou fyzického zdraví. Dítě vyrůstající v rodině, kde je alkohol zneužíván, je citlivé na oblast sebevědomí, deprese či stresu souvisejícího s nemocí a potížemi ve škole. Kromě toho dospívající v takovéto rodině jsou v ohrožení rizika sebevražd, poruch příjmu potravy, či časného těhotenství. V těchto problémových rodinách je také nárůst fyzického a psychického zanedbávání dětí, stejně jako vyšší procento verbálního, fyzického a sexuálního zneužívání. Je zde i častější rozvodovost (Barnett, 2003, s. 467–472). Je velmi důležité, aby lidé, kteří spadli do problému alkoholismu, nebyli v rodině stigmatizováni. Rodina by naopak měla být sociální oporou pacienta (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 1–87).

Statistiky udávají, že mezi pacienty, kteří trpí depresí má 16,5 % problémy s alkoholismem. Stejná situace potkala i 18 % pacientů, kteří trpí úzkostnou poruchou. Pacienti, kterým byla diagnostikována závislost na alkoholu, častěji vykazují známky negativní afektivity. Nejčastěji se jedná o depresi či úzkost. U těchto pacientů se ukázalo i nižší průměrné sebehodnocení. Se závislostí na alkoholu souvisí i riziko relapsu deprese. Ze studií vyplývá, že následkem zvýšené konzumace alkoholu dochází ke snížení kontaktu s rodinou alkoholika i s jeho přáteli. V dřívějších dobách zůstávaly rodiny alkoholiků téměř nepovšimnuty, v dnešní době je ale opačný trend. Nejnovější studie totiž ukazují, že zapojení rodiny do rodinné terapie příznivě ovlivňuje celý průběh terapeutického procesu (Ježorská a kol., 2013, s. 17–22). V roce 1995 byla všemi státy EU podepsána charta o alkoholu, ve které se čtyři etické principy týkají rodiny (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 1–87)

Z výzkumu Ježorské vyplývá, že pokud se zvyšuje míra sociální opory, snižuje se tím míra úzkosti a naopak se zvyšuje míra celkové životní spokojenosti osob závislých na alkoholu. Závislost na alkoholu je tedy faktorem, který snižuje celkovou životní spokojenost (Ježorská a kol., 2013, s. 21).

Párová či rodinná KBT, která je také velmi účinná, posiluje abstinenci a dodává pacientovi oporu. Velmi vhodná je i pro adolescenty (Carroll, Onken, 2005, s. 1455–1456).

3.2 Léčba a výživa

3.2.1 Léčba

Závislost na alkoholu je onemocněním chronického rázu s možnými recidivami, na kterých se podílejí faktory biologické, sociální a psychické. Při léčbě je nutno působit na všechny tyto části. Nejdominantnější roli v léčbě hraje psychoterapie, neméně důležitá je také sociální rehabilitace. Velmi úspěšná je kombinace skupinové psychoterapie, prvků terapeutické komunity (nutnost aktivní účasti pacientů) s režimovou léčbou a farmakoterapií. Již od roku 1948 je využíván v ČR pro léčbu závislosti na alkoholu Antabus (disulfuram). Moderní je i zavedení „anticravingových“ léků (odvoz. od craving = bažení). Z nich se využívá nejčastěji Acamprosat. Celkovou

efektivitu farmakologické léčby zvyšuje kombinace těchto dvou preparátů (Popov, 2002, s. 4–7).

Autoři udávají pokrok v rozvoji KBT při zneužívání alkoholu a závislosti na něm. Kognitivní chování a přístupy jako je například prevence relapsu, jsou založeny na teorii sociálního učení. Cílem KBT během léčby je připravit klienta do jeho běžného života. Je kladen důraz na chápání užívání alkoholu v kontextu předchozího užívání a důsledků. Dále je důležitý nácvik dovedností, jehož prostřednictvím se jedinec učí rozpoznat situace nejvíce náchylné ke znovuužití alkoholu a vyhnout se jim. Výzkumy také ukázaly kladnou kombinaci KBT s terapií disulfuramem. V rámci KBT je opět důležitost motivačních rozhovorů (viz. kap. Prevence, edukace a pomoc pacientovi, s. 29) (Carroll, Onken, 2005, s. 1453–1457).

Výzkumy podtrhují důležitost sester ve skupinové terapii. Role sestry byly vždy soucit a empatie spolu se vzděláváním a prevencí, tak proč nesloučit tyto skvělé vlastnosti a dovednosti k vytváření intervencí, které budou úspěšné nejen v teorii, ale i v praxi (Puskar, McClure, McGinnis, 2007, s. 64–65). V rámci režimových opatření se během hospitalizace pacienta v léčebně tvoří individuální program následné (ambulantní) léčby, kdy pacient musí intenzivně spolupracovat. Tuto ambulantní léčbu by měl pacient absolvovat 1 rok od ukončení ústavní péče. Alternativní formou pro léčbu ústavní je intenzivní ambulantní léčba. Pacienti navštěvují buď denní stacionáře (4– 6 týdenní program s denní docházkou do terapeutického centra) či pravidelně dochází do centra (1–3 × týdně) nebo specializovaných ambulancí (např. Ordinance pro léčbu alkoholizmu a jiných toxikomanií – OAT). V rámci návštěv specializovaných ambulancí se může pacient účastnit psychoterapeutických skupin. Dále je mu poskytováno odborné individuální poradenství a možnost farmakoterapie. V případě potřeby pacienta je zde i možnost psychiatrické terapie. Poté, co pacient absolvuje odvykací kůru (buď ústavně či ambulantně), absolvuje další fázi terapie, která spočívá v posílení a udržení abstinence. Velmi oblíbené jsou svépomocné skupiny (nejč. Anonymní alkoholici). Zdravotní obtíže způsobené abúzem alkoholu jsou řešeny ve zdravotnických zařízeních (Popov, 2002, s. 4–7).

Léčba a ošetřovatelství mají mnoho společného. Oba vyžadují více než technické dovednosti. Pacienti vyžadují umění naslouchání a pozorování. Psychoterapie v organizované skupinové terapii byla definována jako metoda léčby, kdy se pacienti setkají s kvalitním personálem k dosažení pozitivní změny. V rámci terapie a

ošetřovatelské péče by se měla sestra dohodnout s pacientem na všeobecně používaném desateru (Příloha č. 6 – Terapeutické desatero) (Puskar, McClure, McGinnis, 2007, s. 64–65).

3.2.2 Výživa a složení stravy

Od samého začátku by si pacient měl být vědom, že většina onemocnění spojených s alkoholismem je chronického rázu a nemusí být vždy příčinou úmrtí. Dietní opatření musí být proto dlouhodobá. Cílem dietních opatření je zejména prevence anebo úprava malnutrice. Při přípravě diety se musí zvážit i individuální snášenlivost, momentální stav pacienta (dyspepsie apod.) a mělo by se spolupracovat se členy rodiny. Vyvážená dieta také zabraňuje možným komplikacím onemocnění (nejč. jaterní selhávání, retence tekutin, encefalopatie) (Brodanová, 2011, s. 552–554). Alkoholické nápoje se skládají převážně z vody, etanolu a variabilního množství sacharidů. Obsah dalších živin (např. bílkoviny, vitamíny, nebo minerály) je obvykle minimální (Lieber, 2003, s. 221). Nutriční doporučení se zaměřují na optimální dodávku adekvátních živin týkajících se požadavků organismu a vztahujících se k energii, bílkovinám, sacharidům, tukům, vitamínům a minerálům (Bémeur, Butterworth, 2013, s. 1).

Oblíbené jsou zejména „lehké“ diety (obsah cca 15 % proteinů, 30 % tuků a 55–60 % sacharidů). Při přípravě dáváme raději přednost vaření a dušení na grilu nebo teflonu a raději vynecháváme smažení nebo pečení, popřípadě můžeme připravované jídlo chránit alobalem (+ Příloha č. 7 - Přehled vhodných a nevhodných potravin). Příjem *proteinů* by měl být vyšší, než ve stravě zdravého člověka. Ideální a zároveň bezpečná dávka je 1,2 g/kg hmotnosti za 1 den, což odpovídá přibližně 100 g denně. Obvykle se velmi dobře snášejí bílkoviny mléčné (mléko je navíc velmi cenný zdroj vápníku a fosforu). Naopak bílkoviny rostlinného původu jsou neplnohodnotné, protože neobsahují všechny nezbytně potřebné aminokyseliny a snaha o dosažení přívodu bílkovin touto cestou je nutně spojena s konzumací většího množství potravy, což často vede k žaludečním obtížím (např. dyspepsii). *Sacharidy* jsou u alkoholiků zpracovávány dobře, proto se můžou používat prakticky bez obav. Doporučují se spíše malé dávky, které jsou rozdělovány do stejných množství během dne, a dále se ponechává jedna malá porce na pozdní večer. V dietě se ponechává 50–60 g *tuků* a dává se přednost zejména tukům rostlinným. V rámci *nápojů* jsou vhodné zejména ovocné šťávy či slabý

čaj. Minerální vody jsou vhodné pouze při dobré tekutinové bilanci. Kofein je povolen v menších dávkách. Z *vitaminů* tělo alkoholika potřebuje zejména vitaminy skupiny B pro vlastní metabolismus, vytvářejí se v nich aktivní formy i specifické přenašeče, v kterých jsou vitaminy přenášeny k periferním tkáním (Brodanová, 2011, s. 552–554). S nedostatkem vitamínu B1 se často setkáváme jako důsledek chronického alkoholismu. Nedostatek vitamínu A je přítomný u přibližně 50 % s chronickým alkoholismem. Protože vysoké dávky vitamínu A jsou potenciálně hepatotoxické, je tedy třeba dbát, aby se dosáhlo ideálního doplnění. Chronická onemocnění jater obvykle vyústí v nedostatek vitamínu D. Vitamin E má pro jaterní funkce blahodárné účinky. Z minerálů je zejména nedostatek zinku, magnézia, selenu, manganu a železa, které je vhodné dodávat. *Sůl* v potravě může zhoršit hromadění tekutiny a způsobit otoky. Alkoholici proto musí většinou omezit množství sodíku ve své stravě (Bémeur, Butterworth, 2013, s. 1–10).

3.2.3 Malnutrice a její prevence

Obecná pozorování naznačují, že mnoho alkoholiků nekonzumuje vyváženou stravu, proto trpí různými stupni malnutrice. K primární malnutrici dochází, pokud alkohol nahradí ostatní živiny v potravě. Sekundární malnutrice nastane, pokud piják konzumuje dostatečně živiny, ale alkohol narušuje vstřebávání těchto živin ze střeva, tudíž nejsou k dispozici organismu. Nejzávažnější stupeň podvýživy je doprovázen velkým snížením svalové hmoty, obvykle se nachází i další zdravotní komplikace alkoholismu (např. v souvislosti s jaterním onemocněním nebo jiným poškozením orgánů). Dochází tak často k nedostatku bílkovin a vitaminů (Lieber, 2003, s. 221–223).

Mezi příčiny malnutrice u onemocnění způsobených alkoholem řadíme nevhodné složení nebo úpravu potravin; nechutenství, léčiva, či nauzeu a dyspepsii (Brodanová, 2011, s. 553). Malnutrici dělíme na protein – energetickou, kdy je typický postupný úbytek jak tukové, tak i netukové hmoty, pokles váhy a (Body mass index, dále jen „BMI“). Příčinou je nedostatek potravy. Druhým typem je proteinová malnutrice, kdy dochází k poklesu plazmatických bílkovin, tvorbě edémů či změnám vnitřního prostředí. Vystupňováním těchto obtíží je kwashiorkor či marasmus. V rámci zhodnocení nutričního stavu pacienta lze využít vyšetření fyzikální, antropometrické, měření energetického výdeje a další. Z fyzikálního vyšetření a rozhovoru může sestra zjistit

obtíže pacienta jako je anorexie, dysfagie, zvracení či průjem, nechutenství, nauzea, změny charakteru stravy (např. tekutá, kašovitá, odpor k masu či tučným jídlům) či jestli se pacient nenachází ve větším stresu (bolest, rodinné podmínky aj.). V rámci antropometrie sestra změří BMI, tloušťku kožní řasy, či měření obvodu svalstva paže (OSP). Další možností je vyšetření biochemické, hematologické či imunologické. Podle National Academy of Science (World Food and Nutrition Study) je klasifikováno 5 oblastí, které bývají postiženy v rámci malnutrice:

- kognitivní funkce
- reakce na nemoc
- fyzická aktivita
- pracovní schopnost
- reprodukční schopnost

Terapie malnutrice je postupné zatěžování stravou (Zazula, Wohl, Wohl, 2006, s. 12–14)

3.3 Prevence, edukace a pomoc pacientovi

3.3.1 Kvalita života, životní styl a mentální zdraví

Mezi faktory ovlivňující životní styl pacienta řadíme nejen obávaný abúzus alkoholu, ale i špatnou životosprávu, nedostatek pohybu, kuřáctví, ostatní drogy nebo např. hazardní hry. Uplatňují se zde i celospolečenské vlivy jako je např. reklama, která má velký vliv nejen na děti, ale i na dospělé populaci. Dle výzkumu Vrublové by si oblast zneužívání návykových látek u dětí a dospívajících, kde výrazně vede alkohol, zasloužila maximální pozornost ve formě edukací. Z celkového počtu 437 respondentů, kteří byli rozděleni do tří kategorií, uvedlo 54 ze 113 respondentů ve věku 6–10,99 let, 89 ze 144 respondentů ve věku 11–14,99 let a 162 ze 180 respondentů ve věku 15–18,99 let občasnou konzumaci alkoholu (Vrublová, 2009, s. 156–159).

Základní pojmy ohledně kvality života jsou pohoda (well – being), spokojenost (satisfaction), očekávání (expectation) a význam (meaning). Při zajištění kvality života pacienta je důležité brát v potaz jak subjektivní (např. názory pacienta), tak i objektivní

faktory (důležité, jak se promítají do života pacienta). Aplikační přístupy v kvalitě života pacienta mají často užší směr, zaměřují se totiž na konkrétní onemocnění či problém. V ošetrovatelství má kvalita života úzkou souvislost s bio–psycho–socio–spirituálním modelem. Východiskem pro zabezpečení kvality života pacienta je tudíž přístup k pacientovi jako k celku, při kterém je nejdůležitější důraz na potřeby a hodnoty člověka. Existuje šest oblastí, které se podílejí na kvalitě života pacienta a o které by sestra měla pečovat, řešit a podporovat je:

- Závažnost nemoci
- Bariéry chování podporujícího zdraví
- Zdroje podpory zdraví ve smyslu sociální opory
- Self – efficacy
- Akceptace onemocnění
- Chování podporující zdraví a kvalitu života

Za základní komponenty kvality života lze považovat pohodu, zdraví a spokojenost (Gurková, Žiaková, 2009, s. 89–103)

3.3.2 Prevence a pomoc pacientovi

Sestra má významnou roli v prevenci a edukaci proti nadměrnému abúzu alkoholu (Govier, Rees, 2013, s. 42). Prevence a edukace v oblasti zneužívání alkoholu by měla být zahájena již od dětského věku. Nejvýznamnější místo v péči o zdraví celé populace zaujímá primární prevence. V dětském věku a při dospívání hraje primární prevence velmi důležitou roli, protože dochází k osvojování návyků a stereotypů, které mohou děti u rodičů vidět. Významným rizikovým faktorem u dětí či dospívajících je porucha uspokojování životních potřeb, které hrají důležitou roli při tělesném zrání a psychosociálním vývoji (Vrublová, 2009, s. 156–159).

Sestry ve všech zdravotnických zařízeních by si měly být vědomy důsledků zneužívání alkoholu, aby zajistily poskytnutí jasných a přesných informací, motivovaly a podporovaly pacienty a udržovaly je v bezpečné úrovni spotřeby alkoholu. Prvním krokem je vždy poradenství a podpora. Důležitou intervencí je i pevně zjistit denní spotřebu alkoholu. V dalším kroku všeobecná sestra diskutuje o problémech pacienta s alkoholem (Govier, Rees, 2013, s. 42–45). Zde jsou účinné motivační rozhovory

o léčbě trvající cca 45 minut, které se využívají od svého vzniku v 70. – 80. letech 20. století až dodnes. Cílem diskuze je zamyšlení pacienta nad celkovou situací. Nedávná studie vysoce rizikových pijáků ukázala využití stručného poradenství všeobecnými sestrami z praxe a odhalila významně větší pokles v týdenní konzumaci alkoholu. Je zde důraz na metodu osobní zpětné vazby o škodlivých účincích nadměrné konzumace alkoholu a na odpovědnost klienta a svobodu volby při udržování abstinence. Techniky motivačních rozhovorů zahrnují vyjádření empatie prostřednictvím reflektivního naslouchání, komunikaci, respekt, uznání klientů a jejich pocitů, používání otevřených otázek, které umožní klientům příležitost k sebereflexi a zkoumání jejich chování, nabídky alternativ, či podpora. V rámci konečné fáze motivačních rozhovorů je posílení odhodlání ke změně a shrnutí všeho dosud probíraného (Beckham, 2007, s. 103–110). Ze začátku je důležité vyhnout se citlivým tématům. Některé sestry se zdráhají rozhovorů s pacienty na téma alkoholu. V Anglii byl proto pro sestry vytvořen online e-learningový kurz, který je akreditován a je zcela zdarma. Mohou ho využít i sestry z jiných zemí. Najdou ho pod odkazem: <http://www.alcohollearningcentre.org.uk/eLearning/IBA/platforms/ALC/>. Pacient by se neměl cítit pod tlakem a vždy se cítit pod kontrolou, diskuze se může popřípadě přemístit na jinou dobu či den. Velmi důležitou součástí rozhovorů je edukace o správném životním stylu. Pacientům pomáhá například ve formě brožurky v tištěné podobě (viz. např. Brožurky s doporučeními o zdravém životním stylu od Státního zdravotnického ústavu – pozn. autora). Je důležité, aby přístup pacienta byl nekritický, aby měl zdravé self – efficacy, či důvěru v personál (Govier, Rees, 2013, s. 42–46).

V posledních dvaceti letech se objevují články o prospěšnosti mírných dávek alkoholu, zejména červeného vína. Pro lidi se tato informace stala velmi atraktivní a někteří mohou začít holdovat alkoholu s představou pozitivního účinku. V problematice červeného vína se používá pojem „francouzský paradox“. Tento paradox je založený na faktu, že Francie má nižší úmrtnost na kardiovaskulární choroby oproti jiným zemím. Vysvětluje se to konzumací červeného vína k nezdravé a tučné stravě s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin. Některé epidemiologické studie tento paradox potvrzují, jiné naopak vyvracují. V závěru ale stojí, že mírná konzumace vína, jako protektivního nápoje, není podložena relevantními studiemi a je to tedy neprokázaná strategie. Pravidelné mírné pití alkoholu je spíše spojeno s vyšší morbiditou a mortalitou (Kadaňka, 2013, s. 32–34).

Willaingová a Ladelungová provedly výzkum, v němž hodnotily vzdělanost a připravenost sester ohledně abúzu alkoholu. Výrazně více znalostí o problematice alkoholu měly psychiatrické sestry ve srovnání se sestrami u praktických lékařů a chirurgických sester. Analýzy také potvrdily, že psychiatrické sestry navíc neustále cítí motivaci pro další kvalifikaci v oblasti poradenství pacientům a příbuzným. Více pozitivní přístup k pacientům s abúzem alkoholu měly opět psychiatrické sestry, které jsou také více aktivní a často konfrontovány s problémem pacienta. Nicméně, mnoho chirurgických sester nepovažovalo tento druh preventivní péče nezbytnou součástí jejich praxe a to navzdory skutečnosti, že mnoho nemocí léčených na chirurgických jednotkách je spojeno s nadměrnou spotřebou alkoholu, která je i rizikový faktor u některých pooperačních komplikací (Willaing, Ladelung, 2005, s. 30–35).

3.3.3 Edukační činnost

Výzkumy potvrzují, že znalosti a postoje pečovatelů a rodinných příslušníků vůči osobám se zneužíváním návykových látek mohou být zlepšeny prostřednictvím vzdělávání. Sebevědomí a výsledky léčby pacientů jsou negativně ovlivněny negativními postoji poskytovatelů zdravotní péče, proto by se na tuto skutečnost měl dávat velký pozor. Bartlett klade důraz již na vzdělávání dětí a dospívajících o problematice závislosti (Bartlett a kol., 2013, s. 349–352). Velmi důležitou součástí nejen léčby, ale i dalšího počínání pacienta je pacientovo pojetí jeho nemoci či problému (Vachková, 2013, s. 30–34).

Všeobecné sestry mohou edukovat pacienty nejen v oblasti závislosti, ale také o důsledcích, které jim alkohol může způsobit (hepatitis a další). Účinným zásahem je motivační rozhovor, ale důležité je také nabízet účast na svépomocných skupinách, kde pacienti vyhledávají informace o své nemoci či problému či diskutují na téma jejich společného problému (Vachková, 2013, s. 30–34). Svépomocné skupiny jsou velmi užitečné pro osoby zotavující se ze závislosti v kombinaci s odbornými léčebnými programy. Tyto skupiny poskytují podporu oživení osobnosti, podporu abstinence a dalších aspektů zdravého životního stylu (Bartlett a kol., 2013, s. 349–352; Vachková, 2013, s. 30–34). Vachková v roce 2013 provedla výzkum, který ukázal rozdíly ve vnímání, prožívání a hodnocení nemoci mezi muži a ženami. Dle výsledků dotazníků, které vyjdou, může sestra zhodnotit, jakou mírou je nutné pacienta nadále

edukovat. Edukace tudíž může být více cílená. Velmi důležité a zajímavé je, že při výzkumu došlo ke změně postoje pacienta k jeho nemoci ještě před edukací sestrou. Tento výzkum také zjistil nejčastěji využívané ošetřovatelské diagnózy dle NANDA International:

1. Deficit znalostí (5. doména, 4. třída Kognice)
2. Zvládání/tolerance zátěže (9. doména, 2. třída – Reakce na zvládání zátěže)
3. 7. doména, 2. třída Rodinné vztahy – více diagnóz.

Ošetřovatelské diagnózy se týkaly především podceňování jejich onemocnění, nedodržení léčebného režimu, nesprávné výživy, postojů k chování a zdravému životnímu stylu, odmítání léčby a ošetřování, nedůvěrou v personál a nespolečnosti. Potřeba edukace v této oblasti je významná zejména v dodržování léčebného režimu, doplnění deficitu informací z hlediska etiologie nemoci a na základě údajů z anamnézy i podpory zdravého životního stylu. Z dotazníkového šetření Vachkové také vyplývá, že potřeba psychické opory při zvládání zátěžových situací je nejdůležitější edukační potřeba, v praxi se ale tato část velmi často opomíná. Edukační opora sestrou se v praxi spíše zabývá ošetřovatelskou péčí či léčebným režimem (Vachková, 2013, s. 30–34). Důležitou součástí je také edukace o výživě, která je nejen nedílnou součástí léčby (viz. kap. Léčba a výživa, s. 25), ale je součástí zdravého životního stylu, který musí alkoholik dodržovat. Klade se opět důraz na informovanost a vzdělanost všeobecných sester o dané problematice (Bartlett a kol., 2013, s. 349–352).

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo informovat o důsledcích závislosti na alkoholu v kontextu ošetrovatelské péče. Souhrn informací byl rozčleněn stanovením tří cílů. V sedmi přílohách lze nalézt doplňující informace k dané problematice.

První kapitola pojednává o alkoholu v obecné problematice jako o nebezpečné droze s velkým spektrem účinků, kdy bylo zjištěno, že v dnešní době je alkohol konzumován z jiných důvodů než dříve (Sandorová a kol., 2006, s. 358–360). Dále byly zjištěny jeho negativní účinky na orgánové systémy jako je onemocnění jater, srdce, CNS a mnoho dalších (Rehm, 2011, s. 135–137; Csémy a Winkler, 2013, s. 8–10; Connery Smith, 2011, s. 1–45). Česká republika je v předních žebříčcích nejen v konzumaci alkoholu u dospělých, ale také u mladistvých, kdy je konzumace často spojována se sebepoškozováním (Davies, 2012, s. 43–48). Dle výzkumů je alkohol u dospívajících nejčastěji zneužívanou drogou a je jednou z hlavních příčin morbidity a mortality u dětí a dospívajících (Nanda et Konnur, 2006, s. 193–199; Hladík, 2009, s. 48–50). V těhotenství je alkohol velkým problémem kvůli možnosti vzniku FAS, který je závažnou komplikací (Bearer, Stoler, Cook, 2005, s. 38–43). V mateřství považují kliničtí lékaři příležitostné expozice za příčinu intoxikace dítěte (Mennella, 2001, s. 230–234). Studie ukazují nejen číselné hodnoty, ale také souvislosti a rizikové faktory vzniku alkoholismu (Servodidio, 2011, s. 143–145; Steeves, 2011, s. 27–30; Hladík, 2009, s. 48–50). Z článků vyplývá také důležitost screeningu alkoholismu (Donnelly, Kent-Wilkinson, Rush, s. 9–14; Govier, Rees, 2013, s. 42–46; Vachková, 2013, s. 30–34). Autoři uvádí, že ošetrovatelství se řadí jako jeden z top 10 profesí, které trpí zneužíváním alkoholu. Sestry se často snaží alkoholem zamaskovat různé problémy (Servodidio, 2011, s. 143–145; Steeves, 2011, s. 27–30). První dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhá kapitola informuje o vztahu alkoholu a ošetrovatelství. Studie se shodují, že všeobecné sestry nejen v primární péči, ale v péči o pacienta komplexně mají nezastupitelné postavení a navíc se mohou aktivně zapojit do procesu screeningu, prevence a jiných aktivit (Truman, 2006, s. 41–44; Barnett, 2003, s. 467–472; Puskar, McClure, McGinnis, 2007, s. 64–65). Část akutní stavy se zaměřuje na abstinenční syndrom, delirium tremens a intoxikaci alkoholem, kde je velmi důležité včasné zahájení

intervencí a další monitorace pacienta (Donnelly, Kent-Wilkinson, Rush, 2012, s. 9–14; McKinley, 2005, s. 40–48; Mainerová, Horáček, Praško, 2013, s. 67–71; Chval, 2007, s. 283–286; Brunnerová, 2007, s. 9–13; Hladík, 2009, s. 48–50). Autorky Apalategui a Canut vyzdvihují důležitost ošetřovatelské diagnostiky včetně nejpoužívanější možných ošetřovatelských diagnóz, které se dají využít v diagnostice NANDA International (Apalategui, Canut, 2003, s. 51). Autoři také řeší důležitost komunikace a dostatku znalostí všeobecné sestry o problematice závislosti na alkoholu (Govier, Rees, 2013, s. 42–46; Beckham, 2007, s. 103–110; Willaing, Ladelung, 2005, s. 30–35). Další část řeší téma chronické péče, protože zvládnutí závislosti je dlouhodobý proces (Truman, 2006, s. 41–44; McKay, Hiller – Sturmhöfel, 2011, s. 356–370). Pomoc pacientovi ve formě edukace či prevence od všeobecné sestry velmi účinná (Vrublová, 2009, s. 156–159; Hladík, 2009, s. 48–50). Druhý dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetí kapitola se zabývá kvalitou života pacientů. Autoři zde zdůrazňují rodinu jako sociální oporu pacienta pomáhající nejen při léčbě (Barnett, 2003, s. 467–472; Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 1–87; Ježorská a kol., 2013, s. 17–22). Dále pojednává o léčbě a výživě, jakožto velmi důležité součásti léčby (Brodanová, 2011, s. 552–554; Lieber, 2003, s. 220–231; Bémeur, Butterworth, 2013, s. 1–10; Zazula, Wohl, Wohl, 2006, s. 12–14). Neméně důležitou složkou je prevence, edukace a pomoc pacientovi od všeobecné sestry. Je kladen důraz na co nejlepší kvalitu života pacientů s alkoholismem (Vrublová, 2009, s. 156–159; Gurková, Žiaková, 2009, s. 89–103; Bartlett a kol., 2013, s. 349–58). Autoři také zdůrazňují velkou efektivitu motivačních rozhovorů (Whitlock a kol., 2004, s. 557–568; McKay, Hiller – Sturmhöfel, 2011, s. 356–370; Carroll, Onken, 2005, s. 1452–60; Govier, Rees, 2013, s. 42–46; Beckham, 2007, s. 103–110; Willaing, Ladelung, 2005, s. 30–35; Bartlett a kol., 2013, s. 349–358). Při edukační činnosti všeobecné sestry je kladen důraz nejen na důležitost edukace všeobecnou sestrou, ale i na vztah edukace a ošetřovatelských diagnóz NANDA International (Vachková, 2013, s. 30–34). Třetí dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

VÝZNAM PRO TEORII A PRAXI

Vzhledem k dohledaným dokumentům je zřejmé, že v České republice a ve světě je toto téma v recenzovaných časopisech často publikované. Pro všeobecné sestry je ale

komunikace a přístup k pacientovi s problémem alkoholismu často velkým problémem kvůli nedostatkům informací (Govier, Rees, 2013, s. 42–46; Willaing, Ladelung, 2005, s. 30–35; Bartlett a kol., 2013, s. 349–358). Tato přehledová bakalářská práce může být využita pro účely vzdělávání všeobecných sester, dalších zdravotnických pracovníků, či studentů nejen v oblasti ošetřovatelství, ale komplexně v rámci celého zdravotnictví. Část týkající se výživy může být začleněna mezi edukační materiály pro pacienty v ambulancích závislosti, léčebnách, nemocnicích, či jiných zařízeních.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. ANDERSON, Peter, BAUMBERG, Ben. Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission. *Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission* [online]. 2006, vol. et no. neuvedeno, pp. 442. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://leonardo3.dse.univr.it/addiction/documents/External/alcoholineu.pdf>
2. APALATEGUI, Mercedes Ugalde, CANUT, Teresa Lluch. 2003. Quality Nursing Care of Drug-Dependent Patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* [online]. 2003, vol. 14, no. 4, pp. 51. [cit. 22. 10. 2013]. ISSN: 1541–5147. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/194430271?accountid=16730>
3. BARNETT, Mary Ann. 2003. All in the family: resources and referrals for alcoholism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 2003, vol. 15, no. 10, pp. 467–472. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 1041–2972. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/212878880?accountid=16730>
4. BARTLETT, Robin [et al.]. 2013. Harm reduction: Compassionate care of persons with addictions. *Medsurg Nursing* [online]. 2013, vol. 22, no. 6, pp. 349–358. [cit. 18. 12. 2013]. ISSN: 1092–0811. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=35377d32-6783-4d56-8a0c-2ec3df00cbf7%40sessionmgr112&hid=114>
5. BEARER, Cynthia F., STOLER, Joan M., COOK, Janine D. 2004. Biomarkers of alcohol use in pregnancy. *Alcohol Research and Health* [online]. 2004, vol. 28, no. 1, pp. 38–43. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 1535–7414. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222388471?accountid=16730>.

6. BECKHAM, Nancy. 2007. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 2007, vol. 19, no. 2, pp. 103–110. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 1041–2972. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/212890114?accountid=16730>
7. BÉMEUR, Chantal, BUTTERWORTH, Roger F. 2013. Nutrition in the management of cirrhosis and its neurological complications. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology* [online]. 2013. [cit. 2. 10. 2013]. ISSN: 0973– 6883. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0973688313005550>
8. BRODANOVÁ, Marie. 2011. Výživa u jaterního onemocnění. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, roč. 8, č. 12, s. 552–554. [cit. 22. 10. 2013]. ISSN: 1214– 8687. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201112-0013_Vyziva_u_jaterniho_onemocneni.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dbrodanov%E1%26sfrom%3D0%26spage%3D30
9. BRUNNEROVÁ, Romana. 2007. Ošetřování pacientů s intoxikacemi. *Multidisciplinární péče* [online]. 2007, roč. 2, č. 2, s. 9–12. [cit. 22. 10. 2013]. ISSN: 1802–0658. Dostupné z: http://www.ieducare.com/soubory/File/mpece/mp_rocnik_2_cislo_2_2007.pdf
10. CARROLL, Kathleen M., ONKEN, Lisa S. 2005. Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 2005, vol. 162, no. 8., pp. 1452–60. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 0002953X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/220498839?accountid=16730>
11. CONNERY SMITH, Hilary. 2011. Alcohol Use and Abuse. *Harvard Medical School Special Health Report* [online]. 2011, vol. et no. neuvedeno, pp. 45. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1370716264?accountid=16730>

12. CSÉMY, Ladislav. Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou Unii. Praha: Státní zdravotní ústav [online]. 2001. ISBN: 80–7071–189–2.
Dostupné z:
<http://www.szu.cz/uploads/images/czpz/zavislosti/alkohol/alkoholarodina.pdf>
13. CSÉMY, Ladislav, SOVINOVÁ, Hana. Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice, 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav [online]. 2003. ISBN: 80–7071–230–9. Dostupné z:
<http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00114960>
14. CSÉMY, Ladislav, WINKLER, Petr. 2013. Alkohol v České republice: spotřeba, zdravotní škody a ekonomické ztráty společnosti. *Revue České lékařské akademie* [online]. 2013, roč. 9, č. 9, s. 8–10. [cit. 15. 12. 2013]. ISSN: 1214–8881. Dostupné z: http://www.medical-academy.cz/cla/revue_9_2013.pdf
15. DAVIES, Nicola J. 2012. Alcohol Misuse in Adolescents. *Nursing Standard* [online]. 2012, vol. 26, no. 42, pp. 43–49. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 0029–6570. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1023393069?accountid=16730>
16. DONNELLY, Glenn, KENT – WILKINSON, Arlene, RUSH, Alecia. 2012. The alcohol-dependent patient in hospital: challenges for nursing. *Medsurg nursing* [online]. 2012, vol. 21, no. 1, pp. 9–36. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 1092–0811. Dostupné z : <http://search.proquest.com/docview/922981842?accountid=16730>
17. ELLISON, Nora S. 2004. Alcoholism and the elderly. *The Journal of practical nursing* [online]. 2004, vol. 54. no. 1, pp. 9–10.[cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 0022– 3867. Dostupné z:
<http://search.proquest.com/docview/228039467?accountid=16730>
18. GOVIER, Anne, REES, Colin. 2013. Reducing alcohol-related health risks: the role of the nurse. *Nursing Standard* [online]. 2013, vol. 27, no. 50, pp. 42–46. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 0029–6570. Dostupné z:
<http://search.proquest.com/docview/1435383429?accountid=16730>

19. GURKOVÁ, Elena, ŽIAKOVÁ, Katarína. 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovatel'stve. *Profese on-line* [online]. 2009, roč. 2, č. 2, s. 89–103. [cit. 28. 12. 2013]. ISSN: 1803–4330. Dostupné z:
http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2009_02/gurkova_final_tisk.pdf
20. HLADÍK, Michal. Alkohol - problém u dětí a mladistvých. 2009. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, roč. 10, č. 1, s. 48-50. [cit. 20. 1. 2014]. ISSN: 1213-0494. Dostupné z:
<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/01/14.pdf>
21. CHVAL, Josef. 2007. Delirium tremens. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 9, č. 12, s. 566–568. [cit. 28. 10. 2013]. ISSN: 1212–7299. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:bmc07505156>
22. JEŽORSKÁ, Šárka [et al.]. 2013. Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví. *Profese on-line* [online]. 2013, roč. 6, č. 1, s. 17–22. [cit. 28. 12. 2013]. ISSN: 1803–4330. Dostupné z:
http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_01/Jezorska.pdf
23. KABÍČEK, Pavel, KOBR, Jiří, ŠAŠEK, Lumír. et al. 2013 Alkoholové a drogové intoxikace u dospívajících přijatých na dětská oddělení v ČR. *Československá pediatrie* [online]. 2013, roč. 68, č. 5, s. 293–300. [cit. 15. 12. 2013]. ISSN: 0069–2328. Dostupné z:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2a0fdb83-8aa5-4005-a105-a3c407a4ca4d%40sessionmgr114&hid=112>
24. KADAŇKA, Zdeněk. 2013. Jak je to s prospěšností pití malých dávek vína (zejména červeného) pro lidské zdraví. *Revue České lékařské akademie* [online]. 2013, roč. 9, č. 9, s. 32–34. [cit. 15. 12. 2013]. ISSN: 1214–8881. Dostupné z:
http://www.medical-academy.cz/cla/revue_9_2013.pdf

25. LIEBER, Charles S. 2003. Relationships between nutrition, alcohol use, and liver disease. *Alcohol Research and Health* [online]. 2003, vol. 27, no. 3, pp. 220–231. [cit. 2. 10. 2013]. ISSN: 1535–7414. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222454677?accountid=16730>
26. MAINEROVÁ, Barbora, HORÁČEK, Rostislav, PRAŠKO, Ján. 2013. Delirium tremens a jeho léčba. *Postgraduální medicína* [online]. 2013, roč. 15, č. 1, s. 67– 71. ISSN: 1212–4184. [cit. 23. 11. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/delirium-tremens-a-jeho-lecba-468611>
27. McKAY, James R., HILLER-STURMHÖFEL, Susanne. 2011. Treating alcoholism as a chronic disease: Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research and Health* [online]. 2011, vol. 33, no. 4, pp. 356–70. [cit. 23. 11. 2013]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/863442756?accountid=16730>
28. McKINLEY, Mary G. 2005. Alcohol withdrawal syndrome: Overlooked and mismanaged?. *Critical Care Nurse* [online]. 2005, vol. 25, no. 3, pp. 40–49. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 0279–5442. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/228229273?accountid=16730>
29. MENNELLA, Julie. 2001. Alcohol's effect on lactation. *Alcohol research and health* [online]. 2001, vol. 25, no. 3, pp. 230–234. [cit. 23. 10. 2013]. ISSN: 1535–7414. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222387865?accountid=16730>
30. NANDA Sharmila, KONNUR Neelam. 2006. Adolescent drug & alcohol use in the 21st century. *Psychiatric Annals* [online]. 2006, vol. 35, no. 3, pp. 193–199. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 0090–4481. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/217550846?accountid=16730>

31. NECHANSKÁ, Blanka. Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních zařízeních ČR v roce 2012. Praha: ÚZIS [online]. 2012, [cit. 28. 12. 2013] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/ambulantni-pece-pacienty-uzivajici-psychoaktivni-latky-alkohol-jine-drogy-roce-2012>
32. OKRUHLICA, Ľubomír. 2009. Mýtus o tom, že závislost' je vždy chronickým ochorením. *Adiktologie* [online]. 2009, roč. 9, S1, s. 10–15. [cit. 28. 10. 2013] ISSN: 1213–3841. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/en/articles/download/3877/okruhlica-web-pdf>
33. POPOV, Petr. 2002. Závislost na alkoholu. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2002, roč. 4, č. 10, s. 4–7. ISSN: 1212–7299. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:bmc03001938>
34. PUSKAR, Kathryn, McCLURE, Elizabeth, McGINNIS, Kelley. 2007. Advanced practice nurse's role in alcohol abuse group therapy. *The Australian Journal of Advanced Nursing* [online]. 2007, vol. 25, no. 1, pp. 64–69. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/204206130?accountid=16730>
35. REHM, Jürgen. 2011. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* [online]. 2011, vol. 34, no. 2, pp. 135–143. [cit. 28. 10. 2013], ISSN: 1535–7414. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/912155333?accountid=16730>
36. SANDOROVÁ, Radka [et al.]. 2006. Droga jménem alkohol. *Kontakt* [online]. 2006, Roč. 8, č. 2, s. 358–365. ISSN: 1212–4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2006/387-droga-jmenem-alkohol>

37. SERVODIDIO, Camille A. 2011. Alcohol abuse in the workplace and patient safety. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2011, vol. 15, no. 2, pp. 143–145. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 1092–1095. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/860712707?accountid=16730>
38. STEEVES, Richard. 2011. Recognising Drug Abuse At Work. *Occupational Health* [online]. 2011, vol. 63, no. 9, pp. 27–29. [cit. 8. 10. 2013]. ISSN: 0029–7917. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/896272406?accountid=16730>
39. TRUMAN, Pamela. 2006. Strategies to reduce alcohol misuse in primary care. *Nursing standard* [online]. 2006, vol. 20, no. 43, pp. 41–44. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 0029–6570. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/219822619?accountid=16730>
40. VACHKOVÁ, Eva. 2013. Pacientovo pojetí nemoci – přínos pro ošetrovatelskou praxi. *Profese on-line* [online]. 2013, roč. 6, č. 1, s. 30–34. [cit. 28. 12. 2013]. ISSN: 1803–4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/pacientovo-pojeti-nemoci-prinos-pro-osetrovatelskou-praxi/>
41. VRUBLOVÁ, Yveta. 2009. Oblast edukace u dětí a dospívajících v primární péči o zdraví. *Kontakt* [online]. 2009, roč. 11, č. 1, s. 156–159. [cit. 18. 10. 2013], ISSN: 1212–4117. Dostupné z: <http://casopis.zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1-2009/470-oblast-edukace-u-deti-a-dospivajicich-v-primarni-peci-o-zdravi>

42. WHITLOCK, Evelyn. P., et al. 2004. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine* [online]. 2004, vol. 140, no. 7, pp. 557–568. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 1535– 7414. Dostupné z:
<http://search.proquest.com/docview/222194615/7FB9B0C4E3C4124PQ/1?accountid=16730>
43. WILLAING, Ingrid; LADELUND, Steen. 2005. Nurse counseling of patients with an overconsumption of alcohol. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2005, vol. 37, no. 1, pp. 30–35. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 1527–6546. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/236351794?accountid=16730>
44. Zákon č. 108/ 2006 Sb. O sociálních službách. [online]. [cit. 8. 10. 2013]. Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=108~2F2006&rpp=15#seznam>
45. ZAZULA, Roman, WOHL, Petr, WOHL, Pavel. 2006. Hodnocení metabolického a nutričního stavu nemocných. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, roč. 3, č. 1, s. 12–14. ISSN: 1214–8687. Dostupné z:
<http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200601-0003.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DHodnocen%ED%20metabolick%20a%20nutri%ED%20stavu%20nemocn%FDch%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
46. ZISSERSON, Rebecca N., OSLIN, David W. 2004. Alcoholism and at-risk drinking in the older population. *Psychiatric Times* [online]. 2004, vol. 21, no. 2, pp. 50–52. [cit. 15. 10. 2013]. ISSN: 0893–2905. Dostupné z:
<http://search.proquest.com/docview/204593473?accountid=16730>

SEZNAM ZKRATEK

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

BMI – body mass index

CAGE – **C**ut, **A**nnoyed, **G**uilty, **E**ye-opener – omezení, dotčení, pocit viny, „vyprošťovák“

CIWA-Ar - Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol

CRP – C-reaktivní protein

ČR – Česká republika

EKG – elektrokardiogram

EU – Evropská unie

ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

FAS – Fetální alkoholový syndrom

FAST – FAST Alcohol Screening Test

GENACIS – Gender, alcohol and culture: an international study

KBT – Kognitivně- behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OAT – Ordinace pro léčbu alkoholizmu a jiných toxikomanií

OSP – Obvod svalstva paže

PAT – Paddington alcohol test

SMASST – G – Alkoholismus screeningový test - Geriatrická verze

UPV – Umělá plicní ventilace

WHO – World Health Organization

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Klasifikace konzumentů alkoholu

Příloha č. 2 – Souhrn nejčastějších onemocnění způsobených abúzem alkoholu dle MKN

Příloha č. 3 – Dotazník CAGE

Příloha č. 4 – Rady rodičům

Příloha č. 5 – Symptomatologie deliria tremens

Příloha č. 6 – Terapeutické desatero

Příloha č. 7 – Přehled vhodných a nevhodných potravin

Příloha č. 1 – Klasifikace konzumentů alkoholu

1. Abstinent – umí uhasit žízeň i tekutinou, ve které není alkohol, protože požití této drogy z jakýchkoli důvodů odmítají. Nepožil alkohol po dobu min. 3 let.
2. Konzument – požívá alkohol sám od sebe z důvodů potlačení nepříjemných psychických stavů, dosažení příjemné nálady. Frekvence pití postupem času stoupají, nedochází ale k intoxikacím.
3. Piják – tolerance alkoholu markantně vzrůstá, dochází častěji k intoxikacím, pije rychleji více koncentrované nápoje a poté již méně koncentrované. Typická jsou „okna“. Je přesvědčen, že s požíváním alkoholu může kdykoliv přestat.
4. Osoba závislá na alkoholu – opíjí se častěji, opije se rychleji než dříve a většinou při nejméně vhodné příležitosti. Často pije již od rána. Občas si uvědomují, že alkohol již neovládají.

Zdroj: Sandorová a kol., 2006, s. 358-360

Příloha č. 2 – Souhrn nejčast. onemocnění způsobených abúzem alkoholu dle MKN

F10 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F10.0 Akutní intoxikace

F10.1 Škodlivé užívání

F10.2 Syndrom závislosti

F10.3 Odvykací stav

F10.4 Odvykací stav s deliriem

F10.5 Psychotická porucha

F10.6 Amnestický syndrom

F10.7 Reziduální psychotická porucha s pozdním nástupem

F10.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

F10.9 Nespecifikované duševní poruchy chování

G31.2 Degenerace nervové soustavy vlivem alkoholu

G62.1 Alkoholická polyneuropatie

G72.1 Alkoholická myopatie

I42.6 Alkoholické kardiomyopatie

E24.4 Alkoholem vyvolaný pseudocushingův syndrom

K29.2 Alkoholická gastritida

K70 Alkoholické onemocnění jater

K70.0 Alkoholická steatóza

K70.1 Alkoholická hepatitida

K70.2 Alkoholické fibróza a skleróza jater

K70.3 Alkoholická cirhóza jater

K70.4 Alkoholické jaterní selhání

K70.9 Alkoholické onemocnění jater, NS

K85.2 Alkoholická akutní pankreatitida

K86.0 Alkoholická chronická pankreatitida

O35.4 Péče o matku pro (podezření) poškození plodu z alkoholu

P04.3 Postižení plodu a novorozence vlivem požívání alkoholu matkou

Q86.0 FAS

X45 Náhodná otrava a expozice alkoholu

X65 Úmyslná sebeotrava a expozice alkoholu

Zdroj: Rehm, 2011, s. 135-137; Csémy a Winkler, 2013, s. 8-10.

Příloha č. 3 – Dotazník CAGE

Název dotazníku je tvořen počátečními písmeny daných dotazovaných oblastí v angličtině: **C** (Cut): potřeba (včetně pocitu) omezit pití alkoholu, 2. **A** (Annoyed): podráždění okolí z pití alkoholu, 3. **G** (Guilt): pocity viny vzhledem k pití alkoholu, 4. **E** (Eye-opener): pití alkoholu ihned po ránu za účelem uklidnění nebo odstranění kocoviny.

Tento dotazník byl v roce 1991 autory Brownem a Roundsem rozšířen i na ostatní spektrum drog s názvem CAGE-AID.

Otázky obsažené v dotazníku:

1. Have you ever felt your ought to **cut** down on your drinking? *Cítil jste někdy potřebu omezit konzumaci alkoholu?*
2. Have people **annoyed** you by criticizing your drinking? *Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaši konzumaci alkoholu?*
3. Have you ever felt bad or **guilty** about your drinking? *Míváte někdy kvůli konzumaci alkoholu negativní pocity či pocity viny?*
4. Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover ? *Konzumoval jste někdy alkohol ihned po probuzení (po ránu), abyste se zklidnil nebo odstranil kocovinu?*

Výhody dotazníku:

- Využití dotazníku pro veřejné účely včetně výzkumu není zpoplatněno
- Dotazník je dostupný veřejnosti
- Rychlá administrace a vyhodnocení
- Dotazník si respondent snadno zapamatuje
- Není třeba speciální školení ohledně dotazníku
- Dotazník je stručný, velmi srozumitelný a časově nenáročný

Každá otázka musí být zodpovězena. Každé odpovědi „ano“ je přidělen 1 bod. Rozmezí skóre je tedy od 0 do 4 bodů.

Skóre 1: Důkaz o ohrožení alkoholismem, je třeba další klinické zkoušky, je nutno položit doplňující otázky ohledně množství či frekvenci konzumovaného alkoholu

Skóre 2: Je podezření, že by se mohlo jednat o závislost na alkoholu, ale je potřeba další klinické zkoušky nebo doporučení návštěvy specialisty

Skóre 3 a více: Vysoká pravděpodobnost, že je člověk závislý na alkoholu, je nutno doporučení návštěvy specialisty a nutnosti léčby

Zdroj: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Screeningovy-dotaznik-CAGE>

Příloha č. 4 – Rady rodičům

Na co by se měli rodiče zaměřit, pokud zjistí, že jejich dítě opakovaně pije alkohol:

- nepopírat problém
- neskrývat problém a zbytečně neoddalovat pomoc od psychologa
- neobviňovat sebe sama
- vyvarovat se finančním příspěvkům
- vyvarovat se fyzickým trestům
- neodmítnout dítěti pomoci
- nejednat zbrkle
- neztrácet nikdy naději
- mluvit o důsledcích a řešit konkrétní příklady
- měli by se naučit naslouchat a vytvořit vztah a pocity důvěry u dítěte
- naučit dítě sebedůvěře kvůli stržení negativní partou
- měli by být pro dítě příkladem
- měli by částečně dítěti organizovat čas (nebo mu s tím pomoci) – zájmy, koníčky, aktivity
- měli by ve spolupráci s dítětem stanovit pravidla a případné tresty
- vyhledání pedagogicko-psychologické odborné pomoci (je lepší dříve)
- nutno zajistit spolupráci – s prarodiči a zbytkem rodiny, se školou, s léčebnami či různými poradnami

Rizikové faktory, které zvyšují nebezpečí alkoholizmu u dětí a mladistvých

1. Týkající se dítěte či dospívajícího
 - Psychiatrické poruchy (zejména duševní a poruchy chování)
 - Konzumace alkoholu v těhotenství matky dítěte
 - Brzké setkání s alkoholem či jinými drogami
 - Poškození mozku při porodu, úrazy a poranění hlavy
 - Dlouhodobé onemocnění, zejména bolestivé
 - Neschopnost zvládat situace s nadměrou stresu

- Minimum dovedností v mezilidských vztazích
 - Nízké sebevědomí
 - Nízká schopnost vzdorovat negativnímu vlivu okolního prostředí
 - Sklony k agresivitě či násilí, neovladatelnost
 - Snížená inteligence
2. Týkající se společnosti okolo dítěte
- Aktivně nabízené drogy (pomocí reklamy apod.)
 - Chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny
 - Nedostatek příležitostí k uplatnění
 - Okolí dítěti nenabízí ideální možnosti, jak trávit volný čas
 - Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů
 - Diskriminace (rasová aj.), jazykové bariéry, zvýšené množství kriminality nebo výskyt drogových gangů
 - Vůdci (politici aj.), kteří ovlivňují dítě

Zdroj: Hladík, 2009, s. 48–50

Příloha č. 5 – Symptomatologie deliria tremens

Psychiatrické příznaky:

zastřené vědomí

porucha kognitivních funkcí, dezorientace místem, časem i aktuální situací

úzkost, psychomotorický neklid až agresivita, nespavost

paranoidně persekuční bludná produkce

iluze, halucinace – vizuální, somatické (lezoucí hmyz) či sluchové

zvýšená sugestibilita

nutnost být neustále něčím zaměstnaný

Vegetativní a neurologické příznaky:

hrubý třes, ataxie

zvracení

epileptické záchvaty

zvýšené pocení

tachypnoe

tachykardie

arteriální hypertenze

febrilie

Zdroj: Chval, 2007, s. 283-286

Příloha č. 6 – Terapeutické desatero

1. Cílem skupiny je pomoci sobě i ostatním, aby pokračovali v abstinenci
2. Buďte upřímní o minulosti a současném užívání drog
3. Držte se závazku abstinence
4. Pravidelné docházky na psychoterapii
5. Nechodit do skupiny pod vlivem alkoholu či jiných látek
6. Počáteční recidivy budou považovány za učení se zkušeností
7. Dohodnout se na náhodném testování moči
8. Žádná socializace mimo skupinová sezení
9. Kontakt vedoucího skupiny a rodinného příslušníka je povoleno
10. Nutností je důvěrnost.

Zdroj: Puskar, McClure, McGinnis, 2007, s. 64-69

Příloha č. 7 – Přehled vhodných a nevhodných potravin

Vhodné potraviny:

Tuky – slunečnicový, řepkový a olivový olej

Libová masa – krůtí, králičí, libové vepřové a hovězí maso, filé, kapr

Uzeniny – Kuřecí a krůtí šunka, debrecínka, šunky nejvyšší jakosti

Mléčné výrobky – nízkotučné a polotučné jogurty, tvarohy a sýr (nízký obsah tuku)

Pečivo – včerejší pečivo, chléb – ne čerstvý, koláče (netučné), výrobky z bramborového a tvarohového těsta

Koření – neostřejší koření = bazalka, oregano, petržel, pažitka, majoránka, bobkový list, tymián

Zelenina – kořenová zelenina (mrkev, celer), rajčata, tykev, patison, petržel, brokolice, čínské zelí,

Ovoce – všechny druhy ovoce kromě kokosu; možno konzumovat i kompoty a marmelády

Nevhodné potraviny:

Tuky – smažená jídla, sádlo, máslo, jakékoliv tuky

Tučná masa – prorostlé tučné vepřové a hovězí maso, bůček, jakékoli tučné maso, vnitřnosti (játra, srdce,...), zabíjačkové výrobky (jitrnice, jelita, tlačenka,...)

Uzeniny – suché trvanlivé salámy, paštiky, klobásy, slanina

Ryby – losos, makrela, kaviár

Pečivo – teplé čerstvé pečivo, koláče, pečivo z kynutého a listového těsta

Mléčné výrobky – tučné sýry a smetanové jogurty

Zelenina – česnek, cibule, květák, okurka, sterilovaná zelenina

Koření – ostré koření (pepř, chilli, ostrá paprika, ostré omáčky), masox, bujóny, ocet, nadměra soli

Vejce – vejce a vaječné pomazánky, tatarka, majonéza

Alkohol

Různé druhy ořechů, mák, mandle, semínka

Sladkosti – oplatky, zákusky, čokolády

Zdroj: Brodanová, 2011, s. 552 – 554