

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení

Radmila Hofbauerová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radmila HOFBAUEROVÁ**

Osobní číslo: **H09218**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat problematiku závislosti na alkoholu. Objasnit specifika práce sestry při ošetrování pacientů na protialkoholním oddělení. Seznámit s léčbou a programy pro léčbu závislosti.

V praktické části pomocí rozhovoru zmapovat specifika práce sestry na protialkoholním oddělení, zjistit faktory a důsledky, které hrají roli pro vznik závislosti na alkoholu u těchto hospitalizovaných klientů. Analyzovat data výzkumného šetření a interpretovat zjištěné poznatky do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DUŠEK, K., A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2005. První pomoc v psychiatrii. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

NEŠPOR, K., L. CSÉMY. 1996. Léčba a prevence závislostí. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-52-2.

RABOCH, J., P. ZVOLSKÝ, et al. 2001. Psychiatrie. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. 1999. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 3. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Winklerová**

Ústav ošetrovatelství

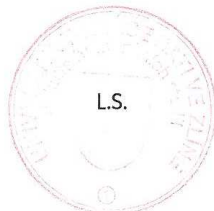
Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.3.2012

Kolářová

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je zkoumán pojem alkoholismus, jeho příčiny, vznik, důsledky, léčba a její postupy. Pozornost je také věnována specifikám práce zdravotní sestry na protialkoholním oddělení, zejména komunikaci, reakci zdravotní sestry na agresivního pacienta a pacienta v deliriu tremens. V praktické části bylo provedeno dotazníkového šetření metodou rozhovoru s klienty psychiatrické léčebny a se sestrami pracujícími na protialkoholním oddělení v psychiatrické léčebně. Cílem výzkumného šetření a také této bakalářské práce, bylo určit specifika ošetrovatelské péče v praxi zdravotních sester, stanovit faktory vztahující se ke vzniku alkoholové závislosti a také zjistit podíl zapojení rodinných příslušníků při léčbě alkoholismu.

Klíčová slova: alkoholismus, péče, pacient, protialkoholní oddělení, závislost

ABSTRACT

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. In theoretical part the concept of alcoholism, its causes, origin, consequences, treatment and procedures is examined. The attention is also held on specifics of nursing care for patients hospitalized at addiction treatment center for alcohol rehab, especially for communication, nurse response to aggressive patient and response to the patient held in delirium tremens. In practical part the questionnaire research with a method of interviewing psychiatric hospital clients and nurses, working at addiction treatment center for alcohol rehab was proceed. The objective of research survey and this bachelor thesis was to determine specifics of nursing care in their practice, specify factors related to creation of alcohol addiction and also find out the family members participation rate of contribution to alcohol addiction treatment.

Keywords: alcoholism, care, patient, alcohol rehab, addiction

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Evě Winklerové za její cenné rady i užitečné připomínky při vedení této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům Psychiatrické léčebny v Kroměříži, za možnost spolupráce a poskytnutí informací, bez kterých by práce nemohla vzniknout. Na závěr bych chtěla poděkovat všem respondentům za poskytnutí rozhovoru.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I	TEORETICKÁ ČÁST 11
1	ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST..... 12
1.1	HISTORIE ALKOHOLU 12
1.2	ALKOHOL 12
1.2.1	Alkohol a současná situace u nás 12
1.3	ALKOHOLISMUS 12
1.4	DIAGNOSTIKA ALKOHOLU V KRVÍ 13
1.5	KLASIFIKACE A KLINIKA PORUCH ALKOHOLISMU 13
1.6	KOMPLIKACE PŘI NADMĚRNÉM UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A JEHO NÁSLEDKY 16
1.6.1	Dopad alkoholu na zdravotní stav 16
1.6.2	Dopad alkoholu na psychický stav 17
1.6.3	Dopad alkoholu na rodinu a sociální prostředí 19
1.7	PRŮBĚH A PROGNÓZA 20
1.8	LÉČBA ZÁVISLOSTI 20
2	ORGANIZAČNÍ FORMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ..... 23
2.1	SYSTÉM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 23
2.2	REŽIM ODDĚLENÍ..... 23
2.3	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA 23
3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A DOVEDNOSTI SESTER NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ 25
3.1	SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRII 25
3.2	ZÁSADY SPRÁVNÉHO A CHYBNÉHO CHOVÁNÍ K PACIENTOVI/KLIENTOVI..... 26
3.3	OBECNÉ ZÁSADY PRO VEDENÍ ROZHOVORU 27
3.4	NEKLID, AGRESE A ZÁSADY JEDNÁNÍ S PACIENTY V TOMTO STAVU..... 27
3.4.1	Neklid a agrese 27
3.4.2	Faktory, které zvyšují napětí při vstupu do zdravotnického zařízení..... 27
3.4.3	Zásady kontaktu s neklidným a agresivním pacientem obecně 28
3.5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ ZÁVISLÝCH NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH..... 28
4	PSYCHIATRIE A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA 31
4.1	HOSPITALIZACE SE SOUHLASEM DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO 31
4.2	HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO..... 31
4.3	OCHRANNÁ LÉČBA 31
4.4	PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH 32
4.5	ETIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PSYCHIATRII 32
II	PRAKTICKÁ ČÁST 34
5	METODOLOGIE PRŮZKUMU 35

5.1	METODA SBĚRU DAT	35
5.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
5.3	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
5.3.1	Zpracování rozhovorů se sestrami	37
5.3.2	Zpracování rozhovorů s pacienty	51
6	DISKUZE	68
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Závislost na alkoholu neboli alkoholismus je chronické, často recidivující onemocnění, jak již bylo zmíněno v mnoha odborných publikacích či příspěvcích v odborném časopise. V celosvětovém žebříčku konzumace alkoholu se Česká republika řadí na první místa, bohužel s časným začátkem konzumace u dětí a dospívajících, které později vedou ke vzniku závislosti. Z důvodu abúzu alkoholu může docházet k psychickým i somatickým potížím a může to být důvodem časté hospitalizace v zařízení pro léčbu závislosti.

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat specifiky ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na protialkoholním oddělení v psychiatrické léčebně. Při práci s těmito pacienty se zdravotní sestra potýká s celou řadou fyzických či psychických stavů. Musí si s nimi umět poradit nejen ku prospěchu pacienta, ale také sama zvládnout náročnou psychickou a fyzickou stránku při výkonu své profese. Péče je v tomto ohledu náročná především ve znalosti jednotlivých stavů pacientů a také v efektivním využití specifického typu přístupu a jednání v konkrétní situaci. Jelikož žijeme v době, ve které je konzumace alkoholu ve společnosti častým jevem, vznik těchto závislostí, jejich četnost, individuální průběh a motivace jsou dokladem toho, že problém alkoholové závislosti a důsledků s tím spojených, se stává velmi aktuálním.

Teoretické část pojednává o vzniku samotné závislosti na alkoholu, možnostech léčby, jsou zde zmíněna specifika práce sestry na psychiatrii, je zde pospáno vhodné i chybné jednání vůči klientovi hospitalizovanému na protialkoholním oddělení.

Praktická část této bakalářské práce vychází z kvalitativního průzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jehož cílem bylo analyzovat a zmapovat dopady nadměrné konzumace alkoholu na celkové fungování člověka ve společnosti a na tělesné i duševní zdraví, a to z pohledu pacientů i sester.

Ve své bakalářské práci se tedy věnuji nejen zjišťování faktorů a důsledků, které vedou ke vzniku alkoholových závislostí u těchto jedinců, ale snažím se přispět k porozumění fenoménu zvanému alkoholismus a zároveň přispět k větší informovanosti o celkovém přístupu sestry při práci s lidmi závislými na alkoholu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST

1.1 Historie alkoholu

Alkohol byl vyráběn jako látka zvláštního významu používaná nejčastěji k náboženským rituálům, později užívaná častěji jako nápoj. V naší zemi se zachovaly důkazy o tom, že obliba piva a medoviny u nás přinášela řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly potřebu mocenského řešení, kdy vznikl první protialkoholní zákon, který byl vydán roku 1039 Břetislavem I., který zavedl přísné tresty opilcům a krčmářům, kteří těmto lidem nalévali. (Popov, 2001, s. 193)

1.2 Alkohol

Alkohol (etanol, etylalkohol) je chemicky jednoduchá látka, se složitým působením na organismus člověka. Je přijímán formou zažívacího traktu tj. sliznicí úst, dále je vstřebávána v žaludeční sliznici, kde se alkohol resorbuje z 20 %, poté pokračuje duodenem, a nakonec tenkým střevem kde se vstřebá zbylých 80 % alkoholu. Odbourávání alkoholu se děje zejména v játrech, kde se přemění, pomocí enzymu alkoholdehydrogenázy přes acetyldehyd, acetát, acetyl-koenzym A na vodu, oxid uhličitý a uvolněnou energii. Mimo jiné 5-10 % se v nezměněné formě vylučuje močí a dechem. (Pavlovský et al., 2009, s. 54, 55)

1.2.1 Alkohol a současná situace u nás

Popov uvádí, že: „Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20-60g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách (přepočteno na 100 procentní alkohol) vyšších než 18 g u žen a 20g u mužů sebou nese riziko návyku a posléze závislost na alkoholu. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30-40% celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení.“ (Popov, 2005, s. 151)

1.3 Alkoholismus

„Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována, jako alkoholismus. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v r. 1849. Teprve o sto let později (WHO, 1951) však začal být alkoholismus považován za medicínský problém oficiálně. Další desetiletí poté byl alkoholismus chápán naopak velmi

úze- jen jako zdravotnický problém. Až v roce 1974 byl WHO zaveden termín „problémy související s alkoholem.“ Jde o souhrnný název, který zahrnuje celou škálu negativních zdravotních a sociálních důsledků konzumace alkoholu týkajících se jak konkrétního jednotlivce, tak i malých skupin (např. rodiny), nebo i celé společnosti. Přitom první koncept (definice) pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784, autorem byl americký lékař Benjamin Rush, který je považován za otce americké psychiatrie.“ (Popov, 2003, s. 29)

1.4 Diagnostika alkoholu v krvi

Jak uvádí Pavlovský: „Jde o počet miligramů alkoholu, ve 100 ml krve. Zjišťuje se dvěma způsoby, a to plynovou chromatografií, která je pro ethylalkohol přísně specifická, a tudíž je metodou hlavní, a Widmarkovou reakcí, která spočívá v oxidaci dvojchromanu draselného alkoholem, za pomoci kyseliny sírové. Jde o nespecifickou reakci, která zachycuje přítomnost i dalších těkavých látek (acetonu, acetaldehydu, vyšších alkoholů aj.). Dle Widmarkovy reakce se za průkazné požití alkoholu považuje alkoholémie až od 0.3 ‰. Pro orientační zjištění přítomnosti alkoholu v dechu se používá trubiček Detalcol, v nichž se v pozitivním výsledku žluté krystalky dvojchromanu draselného mění na zelený síran chromitý. Měření je možné provést i v moči.“ (Pavlovský et al., 2009, s. 55)

1.5 Klasifikace a klinika poruch alkoholismu

Klasifikace poruch:

- Klasifikace způsobená nadměrným užíváním alkoholu a jeho přímým účinkem na nervový systém - např. alkoholová intoxikace, či jako následek chronické závislosti, což jsou např. odvykací stavy, psychotické poruchy
- Poškození vyjádřená návykovým chováním, spojené s nadužíváním (poškozená kontrola užívání) alkoholu, jež mají možnost vyústit v projev závislosti. (Popov, 2001, s. 194)

Alkoholická intoxikace

Alkoholická opilost (akutní intoxikace) je prostá opilost (ebrieta). Na začátku, při nižších dávkách, se projevuje stimulačně. Při rychlé a větší konzumaci alkoholu dochází k projevům nejdůležitějšího účinku ethylalkoholu na CNS, kterým je utlumení. Poté se objevuje únava, spánek, případně bezvědomí a smrt.

Podle hladiny jsou určena tato stádia:

- Excitační stádium je při koncentraci 0,5-1,0 g/l alkoholu v krvi - charakterizuje jej euforie a uvolněnost, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, snížení zábran aj.
- Narkotické stádium je při koncentraci okolo 2 g/l alkoholu v krvi - projevuje se zne-
citlivěním a ospalostí
- Asfyktické stádium je při koncentraci 3,0-5,0 g/l alkoholu v krvi - objevují se hlu-
boké poruchy vědomí a poruchy dýchání, je nutné poskytnout okamžitou pomoc, je-
likož tento stav může skončit i smrtí. (Kafka et al., 1998, s. 216, 217; Popov, 2001, s.
195)

Patologická intoxikace

Vzniká jako neočekávaná reakce na alkohol (patická ebrieta). Začíná časně po konzumaci relativně malého množství alkoholu, které by u většiny z nás nepůsobilo intoxikaci. Tento stav se projevuje poruchou vědomí s nepochopitelným jednáním. Objevuje se poškození emocí (strach, mohutná úzkost), poruchy vnímání (sluchové a zrakové halucinace) i poru-
chy myšlení (mnohdy s paranoidně perzekučními bludy). Mnohokrát je přítomna agresivita k okolí s projevem vzteku. Toto poškození trvá několik minut až hodin, převážně je ukon-
čeno terminálním spánkem, po kterém se objevuje částečná či úplná amnézie. (Popov, 2001, s. 195)

Škodlivé užívání

Jde o užívání, které způsobuje zdravotní problémy - jde o stav předcházející vlastní závis-
lostí na alkoholu při dlouhodobém užívání psychoaktivní látky. Dochází k zdravotním, ale
i psychickým obtížím (depresivní stavy) z důvodu chronického užívání alkoholu, na je-
jichž příznaky jsou tyto lidé upozorněni např. praktickým lékařem. Příkladem jsou jícnové
varixy, hepatopatie, avitaminózy aj. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s.
212; Popov, 2001, s. 196)

Závislost na alkoholu

Jde o shromáždění kognitivních, behaviorálních a fyziologických symptomů, které se roz-
vinou po opětovaném užívání psychoaktivních látek, v tomto případě po alkoholu. (Mar-
ková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 212)

Objevují se tyto znaky závislosti:

- Silná touha po alkoholu, bažení (craving) po alkoholu
- Problémy se sebeovládáním při užití alkoholu, a to pokud jde o začátek či konec, nebo o kontrolu množství konzumované látky
- Projevy somatického odvykacího stavu (nejméně 3 příznaky z těchto): pocení, zvracení, zrychlený puls, vyšší krevní tlak, tzv. velké epileptické záchvaty – grand mal, nevolnost, bolesti hlavy, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů, delirium tremens
- Růst snášenlivost související s pravidelnou konzumací alkoholu
- Zanedbávání zájmů nebo jiných požitků v důsledku zvýšeného množství času věnovaného získání a konzumaci alkoholu
- Trvání v užívání alkoholu, přes jasný důkaz škodlivých následků (Nešpor, 2007 s. 10; Popov, 2003)

V odborné literatuře je uvedena i klasická Jellinkova typologie, která rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

Typ alfa: tito lidé požívají alkohol k ulehčení vnitřních konfliktů, aby potlačili špatnou náladu, úzkost či naopak euforii, alkohol je používán i jako sblížovací prostředek s jinými lidmi.

Rizika mohou být: rostoucí frekvence abúzu, úrazy, spáchání trestných činů a jiné.

Typ beta: příležitostné požívání alkoholu, výrazné ovlivnění sociokulturní okolnosti, tj. pití ve společnosti. Objevuje se zde obvyklá motivace nelišit se od ostatních a nezůstat v izolaci.

Rizika mohou být: zvyšující se tolerance i četnost abúzu, mimo jiné se může objevit porušení dopravních předpisů.

Typ gama: také označován jako „ztráta kontroly“, typickým znakem je nespolehlivost, zvyšování tolerance k alkoholu, následně se mohou objevit somatické i psychické poruchy. Tento typ se vyskytuje nejčastěji.

Typ delta: jde o chronickou konzumaci alkoholu. Je to trvalé udržování hladiny alkoholu v krvi, bez výraznějších projevů opilosti či ztráty kontroly. Převažují zde somatické problémy nad problémy psychickými, a to např. cirhóza jater.

Typ epsilon: je nedaleko typu delta, avšak jde zde o epizodické zneužívání alkoholu, kdy je období nadměrné konzumace střídané abstinencí. Tento typ není příliš častý.

Jellinek dále vypracoval popis vývoje závislosti na alkoholu do 4 fází, které se vztahují především k typům alfa a gama:

- 1) Počáteční (symptomatické) období
- 2) Varovné (prodromální) období
- 3) Rozhodné (krucální) období
- 4) Konečné (terminální) období. (Skála et al., 1987, s. 44-47)

Odvykací stav

Objevuje se po vysazení alkoholu a po jeho mnohaleté nadbytečné spotřebě, která vedla právě k syndromu závislosti. Prostý odvykací stav se projevuje četnými vegetativními a následujícími somatickými potížemi ve formě tachykardie, pocení, třesu, nestálosti krevního tlaku a epileptickými záchvaty, z psychických problémů se objevuje nespavost, poruchy soustředění, úzkost a celková nevykonnost. (Pavlovský et al., 2009, s. 58)

1.6 Komplikace při nadměrném užívání alkoholu a jeho následky

1.6.1 Dopad alkoholu na zdravotní stav

Nadměrné užívání alkoholu postihuje tyto orgány: trávicí systém, a to zejména rozšíření cév jícnu, onemocnění slinivky břišní a jater, objevují se i žaludeční vředy. Co se týče kardiovaskulárního systému, ten je ohrožen zejména zvýšeným krevním tlakem a záněty srdečního svalu. Respirační systém může ohrozit tuberkulóza a rakovina plic. Vyskytují se viditelné změny na kůži, jako například oteklé tváře a překrvení spojivek. Dále jsou tyto lidé poznamenáni poruchou krvetvorby, anemií a poškozením srážlivosti krve. Klient může trpět alkoholickou polyneuropatií, která obsahuje tyto příznaky: bolesti v lýtkách, nedosta-

tečnost, bolest, slabost při chůzi. U žen závislých na alkoholu se může vyskytnout fetální alkohol syndrom, který postihuje právě děti alkoholiček. Alkohol je teratogen, který způsobuje zpomalení prenatálního i postnatálního růstu novorozence, deficit intelektu, poškození lebky a tváře, mohou se objevit i anomálie kostry a srdce. (Čerňanová, 2011, s. 69)

1.6.2 Dopad alkoholu na psychický stav

Delirium tremens

Řadí se mezi alkoholové psychózy objevující se hlavně u odvykacího stavu, a to nejčastěji 2. - 3. den abstinence. Vyskytuje se častěji u mužů. Delirium tremens ohrožuje klienta na životě jednak vznikem úrazu při pádu, epileptickými záchvaty či infekčními komplikacemi jako jsou bronchopneumonie, dále například rozvraty vnitřního prostředí. Projevuje se psychomotorickým neklidem, zrakovými halucinacemi, třesem končetin a celým tělem, nadměrným pocením, tachyardií a febrilií. Klient volá různé osoby, odhání zvířata a hmyz, a vykonává imaginární činnost, např. kouří, nebo pije. Průběh u této psychózy je kolísavý a k zhoršování příznaků dochází hlavně v noci. Tento stav trvá zpravidla 3-6 dní, kdy končí hlubokým spánkem. Po tomto spánku se pacient probírá do relativně normálního stavu nebo symptomy postupně odeznívají. Léčba spočívá především v tlumení neklidu a vegetativní hyperaktivity (užívají se benzodiazepiny jako je diazepam, oxazepam, tiapridal, haloperidol aj.), podpůrné interní léčbě (substituce tekutin, minerálů a vitamínů), prevenci a léčbě komplikací (infekce). U těchto pacientů je nutné sledovat vitální funkce a celkový stav. Na vrcholu se pacient neobejde bez fyzikálního omezení na lůžku. (Chval, 2007)

Alkoholická halucinóza

Objevuje se náhle, zpravidla po větším abúzu alkoholu u závislých lidí, ale i u opakovaného vzplanutí, není výjimkou ani u menších dávek alkoholu, a to hned po prvním napití. Při této halucinóze jsou centrem klinického obrazu halucinace „hlasy“. Projevují se sluchově verbálně (slovně) halucinace více hlasů, kdy nemocný slyší hlasy, které o něm mluví v negativním slova smyslu a to nadávkami, kritikou a výhrůzkami. Pacient se snaží na tyto hlasy nějak reagovat, někdy až agresivně, a konat podle nich. Tento stav je spojený s úzkostí, kdy se v léčbě této halucinózy podávají neuroleptika s tím, že uvedený stav odezní během několika dní. (Ondriášová, 2005, s. 104; Sokol, 1987, s. 70, 71)

Alkoholická paranoidní psychóza

V této psychóze je nutné provést diferenciální diagnostiku a zjistit, zda jde o paranoidní psychózu vyvolanou alkoholem, nebo o schizofrenní paranoidní psychózu. Projevem této psychózy způsobené alkoholem je bludné přesvědčení o nevěře partnera nebo partnerky. Může se projevovat i perzekučním vyjádřením. V této fázi může dojít k agresi proti partnerovi nebo partnerce a zdánlivému konkurentovi. U tohoto stavu nejsou žádnou výjimkou ani vraždy ze žárlivosti. Partnerské vztahy se většinou rozpadají, proto je přínosná léčba abstinencí od alkoholu. V terapeutické fázi se tyto bludné postoje a chování tlumí neuroleptiky. (Kafka et al., 1998, s. 218; Pavlovský et al., 2009, s. 59; Sokol, 1987, s. 72)

Korsakovova psychóza

Je také uváděna jako amnesticko-konfabulátní syndrom, který může být následkem deliria tremens, nebo se díky dlouhodobému užívání alkoholu vyvíjí přímo. Za největší projev jsou považovány masivní poruchy paměti. Rozvíjejí se hrubé výpadky paměti, které se pacient snaží zaplnit svými konfabulacemi (smyšlenkami). Smyšlenky se u pacienta rychle mění. Tento stav může způsobit, že pacient nemusí mít podvědomí o svojí osobní minulosti, vede tzv. bodovou existenci, která se odehrává jen v právě probíhajícím časovém bodě. V léčbě jsou podávány skupiny vitamínu B. Při dlouhodobé abstinenci, je eventuální dopět k zlepšení stavu. (Ondriášová, 2005, s. 104)

Alkoholická demence

Může se vyvinout z alkoholického deliria tremens, anebo se rozvíjí postupně bez jakéhokoli vymezení akutní psychické poruchy. Předpokládá se, že příčinou této alkoholové demence je přímý vliv toxických látek alkoholu na nervové buňky. Z klinických příznaků jsou to poruchy paměti, chápání, úsudku, objevují se poruchy emotivity, především poruchy vyšších citů (emoční deprivace a degradace). Tento nemocný postupně ztrácí schopnost postarat se sám o sebe. Základem léčby je abstinence na alkoholu. Pokud se nemocnému podaří abstinovat, je zmíněná demence léčitelná, ačkoli tento stav nemusí být návratný, neboli nedosáhne se stavu, jaký byl před uvedenou nemocí. Léčbou je podávání nootropik a vitamíny typu B. (Ondriášová, 2005, s. 104)

Alkoholická epilepsie

Provokujícím činitelem je etanol. Projevuje se epileptickými záchvaty typu grand mal v období užívání alkoholu. Jako terapie je uvedena abstinence od alkoholu. (Čerňanová, 2011, s. 69; Chvíla, 2007, s. 33; Sokol, 1987, s. 72)

Alkoholická charakteropatie

Jde o změnu osobnosti, která se manifestuje střídáním nálad, poklesem sociálních a etických citů, poškozením vůle a konfliktovostí. (Čerňanová, 2011, s. 69)

1.6.3 Dopad alkoholu na rodinu a sociální prostředí

Zaměstnání

Závislost na alkoholu zhoršuje pracovní efektivitu. Takto závislý člověk má nedostatečnou koncentraci pozornosti, nepracuje přesně, ale s chybami a je pomalejší. Může být nervózní, vznětlivý a mívá obvykle špatnou náladu. Není spokojen v zaměstnání a vinu připisuje jiným spolupracovníkům. Tento člověk není schopen dodržet pracovní dobu, přichází později na pracoviště a nespokojenost nadřizovaných připisuje nespravedlivému hodnocení. Následně, pod vlivem opilosti dochází ke ztrátě zaměstnání. Mnohdy tyto lidé nemají zájem o hledání nového zaměstnání případně bývají často odmítáni. Jako odezvu ztrácejí profesní roli. (Vágnerová, 1999, s. 293)

Rodina

Závislost na alkoholu má dopad i na rodinnou situaci. Postupně dochází k narušení vztahů v rodině a ke zvratu rolí. Tito lidé se chovají výbušně až agresivně ke svému okolí. Postupně ztrácejí úctu, prestiž i svou, například rodičovskou, roli. Je jim opovrhováno, jsou nenáviděni a dochází u nich až k odcizení od rodiny. Člověk závislý na alkoholu není schopen plnit rodičovskou ani manželskou roli, a tak dochází k rozvodům a zanedbávání dětí. Osoba závislá na alkoholu také ovlivňuje sociální, ekonomickou i kulturní situaci rodiny. Těhotné ženy, které jsou závislé na alkoholu, mohou ovlivnit zdravotní stav svého dítěte a jejich dítě může trpět fetálním alkoholovým syndromem. (Čerňanová, 2011, s. 69; Vágnerová 1999, s. 293-295)

Společnost

V naší společnosti je tolerance k alkoholu velká, proto jsou drobnější výkyvy přehlíženy a nejsou považovány za vážné. Ovšem pokud člověk ztrácí soudnost regulovat pití alkoholu,

postoj společnosti se mění a tento člověk je vystaven opovržení, odmítání a má nízký sociální status. Člověk, který je závislý na alkoholu, není schopen plnit své sociální role. U těchto lidí pak dochází k častým konfliktům, nedokáží adekvátně vnímat, jaký má alkohol účinek na jejich chování. Alkohol odstraňuje zábrany a pud sebezáchovy, proto se pod vlivem alkoholu stupňuje riziko nehod, úrazů a škod materiálního původu. Intoxikace alkoholem je důvodem spousty trestných činů. Někteří neléčení lidé závislí na alkoholu končí jako lidé bez domova, kteří nejsou schopni se o sebe postarat. Tito lidé se přiživují na společnosti tím, že často provádějí malé krádeže, vybírají odpadkové koše a požadují peníze od ostatních spoluobčanů. Lidé alkoholově závislí mají větší nároky na zdravotní a sociální služby. (Čerňanová, 2011, s. 69; Vágnerová 1999, s. 295, 296)

1.7 Průběh a prognóza

Popov (2005) zmiňuje, že závislost na alkoholu je recidivující onemocnění, a pokud není pacient přiměřeně léčen, jeho onemocnění postupuje a v terminálním stádiu může dojít k deprivaci s nezbytným umístěním pacienta v psychiatrickém zařízení. V opačném případě, při správné léčbě, je možné uzdravení. Na rozdíl od jiných závislostí, u alkoholismu není možné dosáhnout kontrolovaného pití alkoholu. Abstinence je podmínkou léčby závislosti na alkoholu. U velké většiny léčených pacientů však dochází k nestálé abstinenci. Měřítkem úspěšnosti není jen abstinence jako taková, ale trvalá nepřerušovaná abstinence po celý zbytek života.

1.8 Léčba závislosti

Léčba je indikována buď soudním nařízením, a tím je léčba nazývána ochranná, nebo je dobrovolná, ta je neúčinnější. Závislost je léčena buď ambulantně, nebo v psychiatrických zařízeních. Při léčbě závislosti na alkoholu je nejvhodnější začít co nejdříve, nejlépe v počátečním stádiu vývoje. V léčbě závislosti je kladen důraz jak na psychoterapii, tak i na režimová opatření, která jsou nedílnou a důležitou součástí léčby. (Kafka et al., 1998, s. 219- 221; Raboch a Pavlovský, 1998, s. 61)

Detoxikace

Významem detoxikace je odstranit z organismu návykovou látku a pomoci pacientovi zvládnout případné odvykací symptomy. Tato léčba spočívá v úpravě poruch elektrolytové rovnováhy, v dostatečné hydrataci a farmakoterapii. Dalším důvodem detoxikace je bezpečnost pacienta a jeho okolí, zejména u toxických nebo alkoholických psychóz. Detoxi-

kace trvá do 3 týdnů. (Chvíla, 2007, s. 31; Nešpor, Csémy, 1996, s. 39- 41; Popov, 2001, s. 200)

Farmakoterapie

Alkohol způsobuje četné somatické obtíže, například jaterní onemocnění, trávicí obtíže, dekompenzace diabetu mellitu a jiné, které je nutno léčit. V léčbě alkoholismu samotného je používán disulfiram (antabus), který senzibilizuje organismus na alkohol. Použití antabusu je vhodné u těch pacientů, kteří mají zájem a snahu abstinovat. Před tím, než je podáván, je nutné interní vyšetření, jelikož je nezbytné vyjádření interního lékaře. Dále se podávají anticravingové léky, které jsou určeny k zmírnění bažení při dlouhodobé léčbě u pacientů závislých na alkoholu. Mezi tyto léky patří Naltrexon a Acamprosat, ovšem i tyto léky mohou mít nežádoucí účinky a jsou mnohem nákladnější, než disulfiram. (Kafka et al., 1998, s. 219- 221; Seifertová, Praško a Höschl, 2004, s. 32; De Sousa, 2005)

Psychoterapie

Má klíčovou úlohu v léčbě závislosti na alkoholu. Ve většině případů se používá skupinová psychoterapie. Na lůžkových odděleních jsou využívány terapeutické komunity, kdy jedním z hlavních záměrů je získat nadhled, který pacienta upevní v rozhodnutí abstinovat. Do psychoterapie spadá i kognitivně behaviorální terapie, která nabízí množství užitečných postupů, do kterých patří nacvičování sociálních dovedností, jako je schopnost říci "ne", dále nácvik řešení problémů, zvládání emocí a kognitivní restrukturační (přerušování smýšlení, které vede k recidivě a záměna vhodnějšími myšlenkami. V těchto psychoterapiích se pracuje s identifikací „spouštěčů“, tedy niterných stavů, které oživují závislost. Tato psychoterapie se týká i rodinné terapie, kdy je důležitá práce s rodinou, a jako vhodná je považována tehdy, když jsou zachovány alespoň částečně rodinné vztahy. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 74; Popov, 2001, s. 199, 200; Seifertová, Praško a Höschl, 2004, s. 30, 31)

Následná terapie

Mezi následnou terapii neboli doléčování spadá ambulantní doléčování a socioterapeutické kluby, jako jsou anonymní alkoholici a intenzivní léčebné pobyty v přírodě, které mají za úkol podpořit prevenci recidiv. Anonymní alkoholici dodržují tato základní pravidla: Setkání zahajuje, řídí a končí volený předseda, účastníci se oslovují jen křestními jmény v rámci zachování anonymity, pokud někdo začíná hovořit, začíná větou: „Jsem (jméno), a jsem alkoholik.“, ten, kdo hovoří, neměl by být přerušován a neměly by mu být kladeny otázky. V neposlední řadě platí, že ti, kdo jsou pod vlivem alkoholu, se mohou zúčastnit,

ale nesmějí mluvit. (Cohen, 2002, s. 25; Chvíla, 2007, s. 32 ; Nešpor, 2007, s. 104, 105; Skála et al., 1987, s. 93, 94)

2 ORGANIZAČNÍ FORMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ

2.1 Systém ošetrovatelské péče

Na protialkoholním oddělení se nejčastěji objevují dva systémy:

Skupinový systém, který spočívá v tom, že sestra dostane přidělenou skupinu pacientů, jimž se věnuje a stará se o ně po celou pracovní dobu. Sestra je za pacienty zodpovědná a provádí u nich komplexní ošetrovatelskou péči, přičemž zodpovídá za její kvalitu. Výhodou tohoto systému je, že sestra je v užším kontaktu s pacienty, a proto vzrůstá vzájemná důvěra. Sestra je schopna plánovat společně s pacienty, kteří se podílejí jak na realizaci, tak i na vyhodnocení ošetrovatelské péče.

Systém primárních sester je založen na principu, kdy primární sestra provází pacienta po celou dobu hospitalizace. Tato sestra nese zodpovědnost za ošetrovatelský proces u svěřených nemocných a pacienti se na ni mohou obracet, kdykoliv je třeba. Tento systém zajišťuje individualizovanou péči pacientům a vytváří vztah důvěry mezi zdravotní sestrou a pacientem. Sestra je koordinátorkou ošetrovatelského procesu a spolupracuje se svými pacienty i s jejich rodinou, kdy například hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče. Primární sestra by měla být profesionální, zodpovědná, autoritativní aj. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 52, 53)

2.2 Režim oddělení

Na protialkoholním oddělení je nezbytné, aby pacienti dodržovali režim oddělení, který je podstatný v léčbě závislosti na alkoholu, a je také označován jako "léčba prostředím". Nemocný se podřizuje režimu oddělení, má však právo na ukončení hospitalizace, a to podle své úvahy. Oddělení se obecně rozděluje na ženská, mužská a koedukovaná, což znamená sloučení mužů i žen do jednoho oddělení. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 78, 79)

2.3 Terapeutická komunita

Na protialkoholním oddělení je uplatňována terapeutická komunita, nebo také léčebné společenství, které spočívá v cílené podpoře a aktivní spoluúčasti pacientů na řízení oddělení, plánování aktivit a v neposlední řadě také na léčbě samotné. Hlavním cílem terapeutické komunity je zvládnutí soužití ve skupině či komunitě, rozvoj sociálních dovedností a růst

sebevědomí. Tato komunita realizuje program, ve kterém je kladen důraz na demokratické rozhodování a dosažení vzájemné komunikace pacientů a personálu. Komunita napodobuje přirozené prostředí, a posiluje schopnost orientovat se v reálném životě. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 80- 82)

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A DOVEDNOSTI SESTER NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ

3.1 Specifika práce sestry na psychiatrii

„Těžiště práce sestry na psychiatrii je zcela odlišné od práce na jiných odděleních. Navázání blízkého vztahu s pacienty, jejich provázení v těžkých obdobích, vytváření nových, bezpečných struktur denního života patří k její denní práci. Osobnost sestry zde více než jinde ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče.“ (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 57)

Faktory ovlivňující kvalitu péče:

Osobnostní předpoklady - je důležité sebepoznání, umění zvládat náročné situace. Tato práce vyžaduje empatii k nemocným. Je žádoucí mít neutrální postoj bez sympatií a antipatií, dále zvládat individualizovanou péči o pacienta. Reakce sestry umožní zvládat i vypjaté situace a různé reakce pacienta.

Znalost symptomatologie duševních poruch - je nezbytným předpokladem. Neznalost může vést k závažným chybám v přístupu. Důležité je i správné posouzení příčin pacientova chování, které umožní udržet si potřebný odstup. Například u agrese vůči personálu je třeba mít toto na mysli.

Zvládnutí metod získávání údajů - rozhovor, pozorování, specifická ošetrovatelská diagnostika vyžaduje nejen teoretické znalosti, ale také nácvik praktických dovedností. Obzvlášť je nutné ovládat efektivní komunikaci, správné kladení otázek, umění naslouchat a dát prostor také pacientům.

Znalost účinků psychofarmak - tyto lékové skupiny mají řadu specifíků, například dobu nástupu účinku, kumulace léčiva v organismu apod.

Orientace v psychoterapii - sestra je členem terapeutického týmu a účastní se psychoterapeutických aktivit buď přímo (vedení relaxace, funkce koterapeuta u skupinové psychoterapie, podpurná terapie u individuální péče o pacienty), nebo nepřímo svým přístupem k nemocnému, způsobem kontaktu apod.

Znalost nových metod ošetřování nemocných je žádaná, neboť podle průběhu onemocnění je nutné volit vhodný model ošetrovatelské péče. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 57)

„Sestra, se při péči o psychiatrické pacienty snaží o co nejmenší zásah do jejich sebepéče, vede je k samostatnosti, snaží se předcházet vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém

zařízení. Kromě běžné náplně práce sestry, spočívající v komplexní ošetrovatelské péči, včetně plnění ordinací, vykonává sestra na psychiatrii tyto okruhy činností:

- Sleduje nemocné ohrožující sebe a okolí (spolupacienty, zdravotníky, rodinu apod.),
- Podává psychofarmaka, zvláště dohlíží na jejich užití u pacientů s problematickým přístupem k léčbě, sleduje nástup účinku, symptomy předávkování,
- Asistuje při specifických druzích léčby (elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace); připravuje nemocného a pečuje o něj po výkonech,
- Podílí se na psychoterapeutických aktivitách,
- Při sběru anamnestických dat hledá psychogenní a sociogenní příčiny duševních poruch,
- Orientuje se v právní problematice (ochranná léčba, nedobrovolná hospitalizace),
- Zapojuje se do resocializace nemocných,
- Zaměřuje se na edukaci v oblasti duševního zdraví.“ (Marková, Venglářová, Babiačková a et al., 2006, s. 57)

3.2 Zásady správného a chybného chování k pacientovi/klientovi

Zásady správného chování k psychiatrickým pacientům:

- Klidný přístup
- Budování důvěry
- Aktivní podílení pacientů v léčebném procesu
- Zachování společenských pravidel
- Stanovení jasných pravidel
- Práce celého týmu, týmové vztahy
- Taktní vyžadování nepříjemných požadavků

Zásady špatného chování k psychiatrickým pacientům:

- Bagatelizace, ironické chování
- Soukromé vztahy k pacientům
- Podrážděnost, nervozita
- Negativní až útočný postoj k pacientovi
- Rezignace, lhostejnost
- Přehnaná péče

- Neosobní vztah. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 87, 88)

3.3 Obecné zásady pro vedení rozhovoru

Nezbytný je projev trpělivosti, je třeba dát pacientovi najevo zájem o jeho aktuální situaci, vcítění se bez odsuzování jeho samotného. Cílem správného rozhovoru je vyvolat v pacientovi uvolnění emocí, dospět k afektivní regulaci a vyzrálějšímu uvažování. Je prospěšné a nezbytné propátrat se k sociální stránce pacienta, stavu jeho rodiny a případně ji zajistit. Je důležitý také klidný, jasný tón hlasu. Vyhýbáme se konfrontaci a jakýmkoliv slovním útokům ze strany pacienta. Je potřebné věnovat komunikaci dostatek času, uvědomit si stud pacienta, ptát se ho, vypátrat jeho přání, a zjistit, zda má dostatek informací. (Beer, Pereira a Paton, 2005, s. 41, 42; Dušek, Večeřová-Procházková, 2005, s. 13-15; Šlaisová, Hosák a Michálková, 2004, s. 9, 10)

3.4 Neklid, agrese a zásady jednání s pacienty v tomto stavu

3.4.1 Neklid a agrese

Neklid je status vyšší pohybové aktivity, která může přecházet z mírnější formy projevující se větší gestikulací, přešlapováním a celkovým neklidem, až do fáze například násilného chování, které je definováno jako používání síly vůči lidem či věcem, jenž jsou spojeny s nepřátelským afektem.

Agrese je provázena hněvem, vztekem, pocitu nenávisti a může vést až k napadení zdravotního personálu či jiného pacienta. Objevuje se i verbální agrese, která je přímá a nepřímá. Přímá agrese je to, že klient sestře nadává, uráží ji aj. a do nepřímé spadá psaní dopisů či telefonáty, kdy člověk nadává druhému a tím ventiluje svoji agresi zevně. Mezi největší agresi fyzickou patří brachiální agrese, je to nejvážnější stupeň. Jde rozdělit na agresi zaměřenou vůči sobě, která je označována jako autoagrese a na agresi zaměřenou na okolí, což je heteroagrese. Nejčastější prameny agrese bývají spojeny s alkoholem, jeho intoxikací, deliriem tremens, dále pak s toxikománií, osobnostní poruchou, psychózou, organickými stavy jako je zmatenost, chronický etylismus a nakonec s bolestí a frustrací. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 106, 107)

3.4.2 Faktory, které zvyšují napětí při vstupu do zdravotnického zařízení

K těmto faktorům patří obtížná orientace, dlouhá doba strávená v čekárně, nedostatek podaných informací pacientovi, neprofesionální přístup personálu, neumožnění kontaktu

s rodinnými příslušníky, faktor nového, neznámého prostředí a nesprávné, zkreslené představy o psychiatrii jako takové. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 107)

3.4.3 Zásady kontaktu s neklidným a agresivním pacientem obecně

Je vhodné s pacientem o jeho problému mluvit, projevit mu empatii a dostatečné porozumění. Naopak není vhodné být s takovýmto pacientem sám v uzavřené místnosti a přibližovat se k němu zezadu, důležité je být s ním v kontaktu ve vhodně zvolené bezpečné vzdálenosti - nejméně na délku paže - a pobývat blízko místa úniku, blízko dveří. Personál by měl vědět, že při vystupňovaném neklidu pacienta je vhodné ukončit rozhovor. Nezbytné je zajištění dostatečné fyzické převahy oproti pacientovi, udává se, že na jednoho agresivního pacienta je třeba pět členů personálu, je to však ovlivněno pohlavím jak personálu, tak i pacienta, věkem, hmotností a fyzickou zdatností. Je možné přivolat na pomoc policii, když je pacient fyzicky hodně zdatný. V případě nutnosti jsou používány omezovací prostředky, které musí být uplatněny co nejšetrnějším a nejbezpečnějším způsobem a jsou ordinovány lékařem. Nutné je nenarušovat pacientovu důstojnost, vždy takovému pacientovi věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči s důslednou kontrolou životních funkcí, prokrvení končetin, případné tvorby dekubitů. Mezi omezovací prostředky používané v psychiatrii patří manuální fixace, upínací popruhy na lůžku, takzvané kurty, svěrací kazajka a možnost umístění pacienta v izolační místnosti. Užívání těchto omezovacích prostředků musí být řádně dokumentováno, a to v písemné podobě. Dále je využívána farmakoterapie ze skupiny antipsychotik, anxiolytik. Pokud je možné, personál se snaží dávkovat pacientovi léky per os, pokud je to nerealizovatelné, aplikují se léky parenterálně. Jestliže lze, jsou pacientovi aplikovány injekce s jeho souhlasem, naproti tomu pokud ne, je třeba využít fyzické převahy a aplikovat tyto léky proti jeho vůli. U dlouhodobého, nezvladatelného psychotického neklidu je možno využít elektrokonvulzivní léčbu. (Hýža, Hanušková a Hosák, 2007, s. 140)

3.5 Ošetrovatelský proces u pacientů závislých na psychoaktivních látkách

Nezbytné je zhodnocení, je třeba rozlišit akutní intoxikaci, odvykací stav, či odvykací stav s deliriem, nebo zjistit, zda se jedná o komplexní léčbu pacienta. Je třeba se zaměřit na anamnestické údaje například u lidí při akutní intoxikaci a odvykacího stavu na: stav vědomí, přítomnost halucinací, bludů, problémy s koordinací pohybu, třes, strach, úzkost,

orientaci, možné známky agrese, přítomnost abstinčních příznaků, schopnost uspokojit základní potřeby a riziko úrazu či násilí vůči sobě nebo okolí. A u lidí při komplexní léčbě: na postoj pacienta k nemoci a sobě samému, jeho motivaci k léčbě, informovanost a sociální zázemí.

Do ošetrovatelského procesu spadá stanovení ošetrovatelských diagnóz jako: porušená interpretace okolí, hrozící násilí vůči sobě i jiným, riziko poškození, snížená nebo žádná sebezpečí, zmatenost, narušená funkce rodiny psychoaktivní látkou, nedostatek informací, neochota ke spolupráci, riziko relapsu, popírání nemoci a jiné. Ve fázi plánování je třeba určit si cíle, kterých chceme dosáhnout. Cíle péče u akutní intoxikace a odvykacího stavu jsou: získat nejpříznivější zdravotní stav, uspokojit základní potřeby, realizovat sebezpečí na úrovni svých schopností, zachovat zdraví a bezpečnost pacienta, sledovat chování z hlediska úzkosti, fyzické odpovědi organismu na prožitek úzkosti, udržet a renovovat orientaci v realitě.

Dále jsou rozděleny cíle u pacientů ve fázi rehabilitace, které jsou: uznání reality závislosti, edukace pacienta a členů rodiny o účincích a následcích návykové látky, projevení přesné znalosti stavu a pochopení režimu, který je léčebný, rozpoznání způsobů chování, přijetí odpovědnosti za vlastní činy, úspěchy i neúspěchy, účast na plánování způsobu života, pokroky k žádoucím cílům, zapojení se do společenských aktivit, nácvik dovedností ke zvládnutí úzkosti, identifikovat problém předcházející úzkosti a připravit pacienta do domácího prostředí. Do ošetrovatelského procesu patří neméně důležitá realizace, která je také rozdělena podle stavu pacienta na akutní intoxikaci a odvykací stav, kam patří: klidná komunikace, podávání stravy a tekutin, zapojení pacienta do rozhodnutí v souvislosti s léčbou, zapojení pacienta do úkonů sebezpečí, hodnocení stavu kůže u pacienta, sledování chování z hlediska úzkosti a jeho prožitek, sledování stavu vědomí, orientace, monitorace stavu myšlení ve spojitosti s halucinacemi a bludy, upravení prostředí kvůli bezpečnosti, omezení agresivního pacienta dle ordinace lékaře, používání zábran, provádění ordinací a pravidelné zápisy do dokumentace. U pacienta ve stádiu rehabilitace je nutné realizovat toto: podávání dostatečných informací rodině i pacientovi, zapojení pacienta i rodiny do péče, posilování, v pozitivním slova smyslu, pacientova žádoucího chování, zhodnocení - spolu s pacientem - nutnosti změny jeho životního stylu i pracovních možností, vedení pacienta k realistickým cílům, je třeba umožnit pacientovi hovořit o svých pocitech, jako je úzkost, strach a jiné, provádět nácvik dovedností, pomoci pacientovi sestavit seznam lidí a institucí, na které je možno se obrátit - např. krizová centra aj., pobízet pacienta k účasti na

aktivitách, zvládat psychoterapii, provádět ordinaci od lékaře a pravidelné záznamy do dokumentace pacienta. Ještě do tohoto procesu patří hodnocení, které se provádí v denních intervalech. Vše je nutné dostatečně a správně zaznamenat. (Hosáková et al., 2007, s. 36-38)

4 PSYCHIATRIE A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

4.1 Hospitalizace se souhlasem duševně nemocného

Je realizováno na takzvaně otevřeném oddělení psychiatrického lůžkového zařízení. Týká se lidí, kteří se chtějí léčit a kteří jsou k tomu zdravotně způsobilí. Tito pacienti stvrzují dobrovolný vstup svým podpisem, kdy se podepisují také dva svědci. Nemocní se musejí podrobit řádu oddělení, který je stanoven. Tito lidé se mohou rozhodnout a ukončit svoji léčbu předčasně, mnohdy jsou tato rozhodnutí provedena neuváženě. Nesouhlasí-li lékař s ukončením hospitalizace, je třeba vyžádat si a podepsat negativní revers. Je možné, že pokud se pacientovi v průběhu hospitalizace zhorší jeho duševní porucha natolik, že se nemocný stane nebezpečný sobě i okolí, může lékař změnit tento vstup na hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Tuto změnu je nutno hlásit do 24 hodin soudu. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 59)

4.2 Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného

Někteří pacienti nemají kritický náhled na svoji duševní poruchu a nejsou si vědomi tohoto poškození, proto nejsou schopni kvalifikovaně se rozhodnout, zda se budou anebo nebudou léčit. Tito lidé mohou ztratit právo na osobní svobodu, například když spáchají trestný čin a jsou odsouzeni k podmíněnému trestu. Ohrožují jak sebe případnými suicidálními tendencemi nebo tělesným napadením, tak i své okolí svou agresivitou nebo nepřiměřeným chováním. Soudu je nezbytné nahlásit do 24 hodin převzetí pacienta. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 59)

4.3 Ochranná léčba

Ochranou léčbu nařizuje soud, a to na doporučení soudních znalců, na základě konkrétních vzniklých situací (v případě, kdy trestní řízení neplní zcela očekávaný účel). Léčení ovšem není efektivní bez spolupráce pacienta. Soud uloží ochrannou léčbu, pokud pachatel, který se oddával zneužívání návykové látky, spáchal trestný čin pod jejím vlivem, nebo v souvislosti s jiným zneužíváním. Ochrannou léčbu lze přidělit i vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Druhy ochranné léčby jsou psychiatrická, sexuologická, protitoxikomaničká, protialkoholní a kombinovaná. (Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006, s. 62- 65)

4.4 Práva duševně nemocných

Dle Deklarace lidských práv a duševního zdraví schváleného v roce 1989, jsou práva duševně nemocných stanovena následovně:

- „ Pacient má právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost,
- má právo na svobodné rozhodování o sobě samém,
- má právo na soukromí,
- má právo na práci a spravedlivou odměnu,
- má právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě oslabení,
- má právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb,
- má právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech,
- má právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci,
- má právo na lidský kontakt, na osobní svobodu,
- má právo na kultivaci a osobní růst.“ (Šlaisová, Hosák a Michálková, 2004, s. 8)

4.5 Etika ošetrovatelské péče v psychiatrii

„ Sestra v psychiatrickém ošetrovatelství:

1. Respektuje kodex své profese
2. Uplatňuje holistický přístup
3. Respektuje individuální osobnost pacienta/klienta
4. Vytváří společně s pacientem/klientem terapeutický vztah naplněný vzájemnou důvěrou
5. Vytváří u něho pocit bezpečí
6. Ve vztahu k pacientovi/ klientovi vystupuje taktně a otevřeně
7. Volí jasný a účinný způsob komunikace jak s pacientem/klientem, tak se členy zdravotnického týmu
8. Vystupuje jednotně ve verbální i neverbální komunikaci
9. Aktivně pacientovi/klientovi naslouchá
10. Zvládá a koriguje u pacienta/klienta maladaptivní vzorce chování
11. Respektuje pacienta/klienta v jeho vlastnostech a projevech, zvláštnostech ve věku, pohlaví, náboženském vyznání, politickém přesvědčení, etnickém původu a socioekonomickém statusu

12. Rozumí svým vlastním potřebám, hodnotám, zájmům, postojům, přednostem, nedostatkům
13. Zvládá vlastní negativní emoce jako je hněv, úzkost
14. Využívá svých kladných vlastností ve prospěch pacienta/klienta
15. Uplatňuje přirozenou autoritu, sebedůvěru.“ (Šlaisová, Hosák a Michálková, 2004, s. 11)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Cílem průzkumného šetření bylo analyzovat a zmapovat dopady nadměrné konzumace alkoholu na celkové fungování člověka ve společnosti, na tělesné i duševní zdraví, a to z pohledu pacientů i sester.

Výzkumný problém: Jaké důsledky může mít nadměrná konzumace alkoholu, jaký dopad má alkohol na člověka a jeho psychickou, fyzickou a sociální stránku a jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty hospitalizované na protialkoholním oddělení v psychiatrické léčebně?

Dílčí výzkumné otázky

O1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu ?

O2: Které faktory hrají roli pro vznik závislosti?

O3: Jaké jsou důsledky závislosti na alkoholu v oblasti zdravotní, psychické a sociální?

O3: Jaká je spoluúčast rodiny při léčbě závislostí na alkoholu?

5.1 Metoda sběru dat

Ke zpracování daného tématu „*Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení*“, byla použita metoda kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. „Polostrukturovaný rozhovor je zřejmě nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak i plně strukturovaného interview. Polostrukturované interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Je možné zaměňovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy pořadí upravovat, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview.“ (Miovský, 2006, s. 159)

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výběr základního výzkumného souboru bylo rozhodující splnění předem stanovených kritérií:

- Pacient na protialkoholním oddělení
- Sestra pracující na protialkoholním oddělení

Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů hospitalizovaných na protialkoholním oddělení v Psychiatrické léčebně v Kroměříži a 10 sester pracujících na protialkoholním oddělení v Psychiatrické léčebně Kroměříž.

Průběh výzkumného šetření, sběr dat

Rozhovory byly sestaveny pro sestry i pro pacienty hospitalizované na protialkoholním oddělení v Kroměříži v psychiatrické léčebně. Rozhovor tvořilo 15 otázek pro sestry a 16 otázek pro pacienty. Rozhovory byly provedeny v období leden až březen 2012. Celkový rozhovor se všemi pacienty trval necelých 50 minut, se sestrami probíhal individuálně v průběhu 14 dní, s každou z nich přibližně 20 minut. Otázky byly pokládány volně, respondentům jsem nechala prostor k vyjádření, abych tím získala co nejvíce potřebných informací. Rozhovory s pacienty byly zaznamenány na audiozáznamu a rozhovory se sestrami byly zaznamenány do záznamového archu. Výsledky jsou rozebrány v kapitole 6. Tyto výsledky jsou zobrazeny přepisem rozhovorů.

5.3 Prezentace výsledků výzkumného šetření

5.3.1 Zpracování rozhovorů se sestrami

Sestra 1

1. *Kolik je vám let?*

Je mi čtyřicet let.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Mám vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Pracuju tady jeden a půl roku.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládnutí agrese aj.)?*

Ne, jen střední školu.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Myslím, že jsou to pohovory s pacienty, probírání textů o alkoholismu, dále pak edukace o nutnosti změny životního stylu, co dodržovat při různých onemocněních, které si tito pacienti přivodili nadužíváním alkoholu a hlavně dodržování režimu stanoveného oddělením.

6. *Jsou vypracované standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení?*

Pokud ano, jaké?

Do těch to standardů patří péče o neklidné, terapeutická komunita, psychiatrická první pomoc při akutních intoxikacích, první pomoc v psychiatrii, neklidný, agresivní pacient.

7. *Na co kladete největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Podle mě to je udržení režimového chodu oddělení, přesné dodržování „ časů“ jako jsou třeba podávání léků, jídla, kontrola dodržovaných a stanovených časů těchto činností a programů u pacientů.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*

Vyžadovat důslednost, odpovědnost a neponižovat pacienty.

9. *Setkala jste se s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Ano, setkala, tito pacienti se projevují hrubě v rámci abstinčních příznaků, proto je důležité u těchto pacientů reagovat pohotově a adekvátně a udržovat si odstup v rámci jejich agrese.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*
Ne, nesetkala.
11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*
Ano, určitě.
12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*
Například správné oslovení pacienta, dle domluvy s ním - neponižovat ho a nesrovnávat ho s jinými pacienty.
13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*
Pro mě osobně je pozitivní to, že pacient vydrží abstinovat, dodržuje nastavený režim a životní styl.
14. *V čem spatřujete negativa této práce?*
Jsou to časté recidivy pacientů, jejich vyhoření a těžká spolupráce s pacienty, kteří bagatelizují svoji závislost.
15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*
Více vnímám v okolí osoby, které požívají alkohol a mám tendence je upozorňovat na možnost vzniku závislosti, a to adekvátně. A mimo jiné upozorňuji i své děti na možnost vzniku závislosti.

Sestra 2

1. *Kolik je vám let?*
Je mi šedesát let.
2. *Jaké je vaše vzdělání?*
Všeobecná zdravotní sestra.
3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*
Už je to šestnáct let.
4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládání agrese aj.)?*
Při nástupu do psychiatrické léčebny jsem absolvovala psychiatrické minimum.
5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*
Dohled na dodržování režimu oddělení, dodržování hygienických návyků. Provádění psychoterapeutických skupinek, vysvětlování textů o alkoholu a pohovory zaměřované na získávání náhledu na problémy nemocného.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienty na protialkoholním oddělení, pokud ano, jaké?*
Ano, speciální ošetrovatelská péče na psychiatrii, posouzení pacienta, jeho stavu, pozorování nemocného, plánování, hodnocení a realizace.
7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*
Dodržování režimu, důslednost a dostatečná znalost problematiky.
8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*
Podle mého je to přísnost, dodržování si odstupů a správné vedení pohovoru s nemocnými.
9. *Setkala jste se s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*
Ano, setkala, kontaktovala jsem lékaře, kdy do jeho příchodu jsem se snažila nemocného zklidnit slovy a uklidit z jeho dosahu to, čím by se mohl zranit.
10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*
U této ošetrovatelské péče je potřeba sledovat životní funkce pacienta, aplikovat ordinovanou terapii dle lékaře, zamezit opuštění lůžka, mít nad pacientem dohled, aby sobě nebo někomu neublížil a mít dohled na hygienickou péči.
11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*
Ano je to důležité.
12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*
Profesionální přístup, a v druhé řadě seznámení s režimem.
13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*
Když nemocní abstinují, dávají o sobě vědět a jsou vděční za naši snahu a péči, která není jednoduchá.
14. *V čem spatřujete negativa této práce?*
V časté recidivě nemocných.
15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*
Vidím problémy tam, kde možná nejsou. Člověk si domýšlí i to, co by se mohlo kdykoli stát.

Sestra 3

1. *Kolik je Vám let?*

Třicet sedm.

2. *Jaké je Vaše vzdělání?*

Všeobecná zdravotní sestra.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Letos to bude deset let.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládání agrese aj.)?*

Při nástupu do psychiatrické léčebny jsem absolvovala všeobecné psychiatrické minimum.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Osobně si myslím, že je nejdůležitější dohled nad dodržováním režimu, rozhovory s pacienty zaměřené na získávání nadhledu a přísnost k pacientům.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení?*

Pokud ano, jaké?

Ano jsou. Speciální ošetrovatelská péče na psychiatrii, posouzení stavu nemocného, plánování, realizace, hodnocení, pozorování a pohovor s pacienty.

7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Na dodržování režimu, důslednost, znalost problematik alkoholismu, na skupinovou psychoterapii, terapeutickou komunitu v rámci spolupráce při léčbě a zachování klidné mysli.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislími na alkoholu?*

Přísnost, odstup - tím myslím, že pacienti bývají často familiární - psychoterapeutické pohovory a učení se textů.

9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Ano, setkala, informovala jsem lékaře, s pacientem navázala kontakt, dala jsem z dosahu vše, čím by se mohl poranit.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*

Ano, ošetrovatelská péče je náročná pro možnost zranění jak zdravotníka, tak i sebepoškození pacienta. Musí se zamezit opuštění lůžka pacientem, je nutné sledovat tělesné funkce a dodržovat aplikaci léků. Mám osobní zkušenost, že pacient trpěl halucinacemi natolik, že

viděl trpaslíky, jak mu kradou věci ze skříně. Jelikož je důležité těmto lidem nevyvracet jejich představu, tak jsem přistoupila na tuto hru a utěšila ho, že mu jeho cennosti uschovám, ať je v klidu. Nad ránem tento pacient usnul vyčerpáním a nic si poté nepamatoval.

11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*

Ano je to podstatnou součástí léčby.

12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*

Jednat profesionálně, rázně a dostatečně vysvětlit režim oddělení.

13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*

Abstinenci pacientů, kteří buďto přijdou, nebo se telefonicky ozvou, že se jim dobře daří, našli si práci a rodina je šťastná - jelikož většina z nich je bez zaměstnání a bez rodinné podpory.

14. *Co vidíte jako negativa této práce?*

Častou recidivu pacientů.

15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*

Velmi mě tato práce ovlivňuje, protože mám syna, kterému je devatenáct a když si občas zajde s kamarády na pivo, snažím se ho ihned poučovat, ať se to pro něj nestane zvykem, protože jako většina lidí nepovažuje pivo za alkohol. I v mé rodině byl člověk, který se léčil ze závislosti a pohled na mladé lidi zde na léčení ve mně umocňuje neustálé obavy, někdy i zbytečně.

Sestra 4

1. *Kolik je vám let?*

Třicet dva.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Středoškolské s maturitou.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Třetím rokem.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládání agrese aj.)?*

Ne bylo to ode mne vyžadováno.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Sestra musí být důsledná hlavně v dodržování řádu oddělení a jeho režimu.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení? Pokud ano, jaké?*
Péče o pacienta v odvykacím stavu, kontroly fyziologických funkcí, edukace pacienta o teorii alkoholismu, stanovení si ošetrovatelských diagnóz, cílů, plánování a jejich vyhodnocení.
7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*
Na sledování pacienta po tělesné a psychické stránce a na edukaci o teorii alkoholismu.
8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*
Sestra by měla být důsledná, empatická, profesionální a držet si jistý odstup.
9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*
Ne, nesetkala.
10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*
Ne, rovněž jsem se s těmito pacienty nesetkala.
11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*
Určitě, komunikaci je přikládán velký význam.
12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*
Měli bychom mluvit co nejvíce srozumitelně, ne příliš odborně, jelikož je důležité, aby pacient pochopil, o čem se mluví a zpětnou vazbou zjišťovat, zda všemu porozuměl. Také je důležitá ochota naslouchat a ze zásady pacientovi nikdy netykat.
13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*
Baví mě práce s lidmi, a jsem ráda za každé malé procento úspěšnosti abstinence.
14. *V čem spatřujete negativa této práce?*
V tom, že jsem touto prací ovlivněna, a proto nahlížím na lidi ve svém okolí kriticky ve vztahu k alkoholu.
15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*
Ano ovlivňuje, jak jsem již popsala v předchozím příkladu.

Sestra 5

1. *Kolik je vám let?*
Padesát dva.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Mám ukončenou střední zdravotnickou školu s maturitou, všeobecná sestra.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Pracuji tady šestnáct let.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládnutí agrese aj.)?*

V roce 1996 jsem absolvovala psychiatrické minimum, v roce 2001 jsem absolvovala specializační pomaturitní studium ošetrovatelské péče v psychiatrii. A průběžně v rámci vzdělávání navštěvuji různé semináře a konference pro registraci sester.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Individuální a kolektivní psychoterapie s důrazem na direktivní přístup, důslednost, kontrola a pozorování.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení? Pokud ano, jaké?*

Ano, jsou to základy pro ošetrovatelskou péči v psychiatrii, aplikace léků a podobně, péče o neklidné pacienty, terapeutické komunity, ochranné léčení a užívání omezovacích prostředků v psychiatrii.

7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Na komunikaci, směřování myšlení, postoj a chování pacientů.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*

Je to profesionalita, udržování odstupů s empatií, sestra by neměla být shovívavá vůči pacientovi a v neposlední řadě trpělivost.

9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Ano, je nutné zachovat klid a rozvahu, nereagovat na verbální agresi, zajistit bezpečnost a koordinaci týmu pro zvládnutí typické agrese a mít neustálý slovní kontakt s pacientem.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*

Ano, setkala jsem se, je nutné dodržovat bezpečnost pacienta a jeho okolí, uklidnit ho jak slovně, tak medikamentózně a zajistit pacientovy životní funkce.

11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*

Ano, velký význam má v naší práci právě komunikace.

12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*

Klidný rozvážený přístup, podpora pacienta, je správné dodržovat jak verbální, tak i neverbální komunikaci a udržovat oční kontakt.

13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*

Široké spektrum pacientů z rozdílných sociálních skupin, možnost nabídnout nové, jiné životní styly a hodnoty pacientovi.

14. *V čem spatřujete negativa této práce?*

V dlouhodobé návratnosti vloženého úsilí a práce, dále je to slabá podpora nezdravotnické veřejnosti pro její neinformovanost, podceňování alkoholu jako nebezpečné drogy, zkreslený pohled na alkoholiky a z toho vyplývajícího chování okolí k nim.

15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*

Ano ovlivňuje mne toto povolání v kritičnosti ke svému okolí a jeho požívání alkoholu.

Sestra 6

1. *Kolik je vám let?*

Dvacet šest let.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Absolvovala jsem střední zdravotnickou školu.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Prvním rokem.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládnutí agrese aj.)?*

Ano absolvovala jsem psychoterapeutický výcvik, který trval dva roky.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Je potřebný přísný přístup, ale v souvislosti s empatickou důsledností, hlavně při režimové léčbě.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení?*

Pokud ano, jaké?

Ano jsou vypracovány standardy zaměřené na odvykací stav, na zvládnutí teorie alkoholismu a na zlepšení vztahů s rodinou.

7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Na začátku je to zvládnutí odvykacího stavu, je potřebná edukace o teorii alkoholismu a důslednost při dodržování režimové léčby.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*

Musí být autoritativní, důsledná a empatická.

9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Nesetkala.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*

Ne, nesetkala.

11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*

Ano.

12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*

Mluvit s klientem srozumitelně, empaticky, ale zároveň autoritativně, trpělivě a stále vysvětlovat problematiku, aby klient získal nadhled.

13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*

Asi podrobné pochopení problematiky alkoholismu a výsledky z odvedené práce, čímž jsou abstinující klienti.

14. *V čem spatřujete negativa této práce?*

Při léčbě často klient na začátku zkresluje informace o tom, jak na tom doopravdy je. Bagatelizuje některé věci a je velmi těžké přesvědčit ho o pravdě. Dále jsou to recidivy klientů.

15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*

Samozřejmě ano, jak v přístupu k sobě, tak i k okolí - v souvislosti s alkoholem.

Sestra 7

1. *Kolik je vám let?*

Třicet osm.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Středoškolské, střední zdravotnická škola.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Pracuji tady sedmnáct let.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládání agrese aj.)?*

- Ano, absolvovala jsem psychiatrické minimum a seminář o závislosti na alkoholu.
5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*
Dodržování řádu, administrativní činnost a observace pacienta.
6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení? Pokud ano, jaké?*
Nejsem si vědoma přesných názvů těchto standardů, ale vím, že nějaké jsou.
7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*
Největší důraz je kladen na to, aby nebyla snižována důstojnost pacienta kvůli jeho nemoci.
8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*
Dbát na dodržování režimu, dodržovat odstup mezi sestrou a pacientem a ujistit se, že pacient problematice rozumí.
9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*
Ano, je důležité vést klidný rozhovor, informovat lékaře, nenechat se vyprovokovat, pokud rozhovor k ničemu nevede, dát pacientovi nabídku, že přijdete jindy a odejít.
10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*
Zajistit bezpečnost personálu, pacienta a jeho okolí. Pak informovat lékaře. Při následném omezení pacienta je nutné sledovat stav kůže, vyprazdňování, fyziologické funkce, stav vědomí, orientaci osobou, místem a časem. Aplikovat terapii dle ordinace lékaře, sledovat bilanci tekutin a pečovat o hygienu pacienta v souvislosti s opruzeninami.
11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*
Ano samozřejmě.
12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*
Stanovit si délku rozhovoru, jeho téma, prostředí, kde bude tento rozhovor probíhat, respektovat stud pacienta. Je také důležité vysvětlit pacientovi, co od něj očekáváme.
13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*
Baví mě práce s lidmi, pak snaha pacientů řešit svůj problém a myslím, že je dobře, když rodiny závislých osob si odpočinou v rámci léčby. Velký význam vidím i v pravidelnosti setkávání se v A klubech.
14. *V čem spatřujete negativa této práce?*

V možnosti nakažení se infekčními nemocemi jako jsou TBC, žloutenka, riziko syndromu vyhoření a jistá ztráta anonymity.

15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*

Využití znalosti problematiky a případná pomoc ostatním lidem při řešení tohoto problému.

Sestra 8

1. *Kolik je vám let?*

Třicet osm.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Mám střední zdravotnickou školu.

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*

Pracuji tady dva roky.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládání agrese aj.)?*

Ne jen klasickou nástupní praxí.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Typickou prací je kontrola pacientů při režimové léčbě, pak provádění psychopohovorů, sledování psychiky pacientů a monitorování fyziologických funkcí první tři dny nástupu na léčbu.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení? Pokud ano, jaké?*

Nejsem si vědoma.

7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Na administrativní činnost, na dodržování režimu oddělení a na kontroly pacientů v rámci vycházek, zda u sebe nemají nějaký alkohol.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*

Musí dodržovat anonymitu pacientů, pokud si sami nepřejí některé věci zveřejnit, podat co největší možné informace pacientovi o alkoholismu a být empatická.

9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Ne, nesetkala.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*
Ne, nesetkala.
11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*
Ano.
12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*
Je důležité správné vedení otázek, empatie a všímavost sester.
13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*
Samozřejmě každého abstinujícího alkoholika. A ráda pracuji s lidmi.
14. *V čem spatřujete negativa této práce?*
Tato práce má zátěž na psychiku, a myslím, že je možné riziko syndromu vyhoření.
15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*
Mám pocit, že všude kolem sebe vidím potencionální alkoholiky, a mám strach, aby tak neskončili například mí nejbližší.

Sestra 9

1. *Kolik je vám let?*
Je mi čtyřicet pět let.
2. *Jaké je vaše vzdělání?*
Střední zdravotnická škola ukončená maturitou.
3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?*
Na tomto oddělení pracuji již pátým rokem.
4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládání agrese aj.)?*
Ano, absolvovala jsem kurz psychiatrického minima, dále kurzy a semináře v rámci vzdělávacího programu, jako registrace sester.
5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*
Sestra na tomto oddělení musí plnit administrativní činnost, provádět edukce a psychoterapeutické skupiny.
6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení? Pokud ano, jaké?*

Jsou to základní principy a podklady pro alkoholiky i personál, jak pracovat s těmito závislími lidmi. Je zde zahrnuta první pomoc v psychiatrii, fyzické omezování neboli kurtování, zvládnutí agrese u těchto klientů. Péče o neklidné nemocné a terapeutická komunita.

7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Na dodržování režimové léčby, na dostatečnou znalost problematiky alkoholismu a na správnou komunikaci.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislími na alkoholu?*

Být profesionální, empatický a důsledný k pacientům.

9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Ano, setkala, ale tento pacient byl již zmanipulován. Důležité na práci s těmito pacienty je nebát se, být v pohotovosti a adekvátně reagovat.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*

Ano s takovým pacientem jsem se setkala, specifikem je třeba zpřísněná a neustálá kontrola pacienta, monitorace základních životních funkcí, kontrola agrese u těchto lidí, kontrola psychomotorického stavu a dávat neustále pozor na možné ublížení nejen sobě, ale i okolí. Pokud je tento člověk kurtován, je nutné provádět pravidelné záznamy a kontroly.

11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*

Ano, musí být správná komunikace, má to zde velký význam.

12. *Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?*

Základním pravidlem je jasná, výstižná komunikace, kdy podporujeme klienta a neměli bychom měnit svá tvrzení. Měli bychom stanovit kritéria léčby, vytvořit plán do budoucnosti a jeho další možnosti.

13. *Co vidíte jako pozitiva na své práci?*

Mám radost z úspěchu léčby, kdy pacient vydrží abstinovat, navštěvuje léčebný institut se sdělením, že se mu daří ve všech oblastech - jak rodinného, tak i sociálního života.

14. *V čem spatřujete negativa této práce?*

Málo viditelný efekt úspěchu léčby, sociální debakl a lidé, kteří se jdou jen schovat před zimou a nemají zájem se léčit.

15. *Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?*

Ne, neovlivňuje.

Sestra 10

1. *Kolik je vám let?*

Je mi třicet jedna let.

2. *Jaké je vaše vzdělání?*

Všeobecná zdravotní sestra

3. *Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti?*

Je to deset let.

4. *Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/ vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení?(například kurz zvládnání agrese aj.)?*

Ano, byl to specializační program a to ošetrovatelská péče u pacientů na psychiatrii.

5. *Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním oddělení, co je pro ni typické?*

Asi dohled na dodržovaný režim oddělení a vysvětlování problematiky závislosti na alkoholu.

6. *Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení?*

Pokud ano, jaké?

Ano, jsou zaměřené na odvykací stav, na znalost problematiky závislosti a na onemocnění způsobené nadměrným užíváním alkoholu.

7. *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?*

Myslím, že na dodržování režimové léčby a na znalost problematiky závislosti na alkoholu.

8. *Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislými na alkoholu?*

Je to profesionální chování a dodržení si určitého odstupu od pacienta, dále pak empatie k pacientovi a je nutné zachovávat správnost a zásady edukace v souvislosti s touto problematikou.

9. *Setkala jste se někdy s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?*

Ano, setkala, je nutné zachovat klid, plnit ordinace dle lékaře, to znamená nějaká klidová léčba a je nezbytné zachovat bezpečnost vůči pacientovi i sobě a okolnímu prostředí.

10. *Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?*

Ano, setkala, je třeba zajistit pacientovi bezpečnost, zavodňovat ho, sledovat fyziologické funkce a dodržovat základní potřeby, jako je třeba hygienická péče.

11. *Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?*

Ano samozřejmě, j to předpoklad pro tuto práci.

12. Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?

Je to srozumitelná komunikace a správné vysvětlení problematiky alkoholismu, direktivní rozhovor s nemocným a trpělivost.

13. Co vidíte jako pozitiva na své práci?

To, že pacienti dlouhodobě abstinují, jezdí do A klubů a je vidět, že se jim daří jak v životě, tak hlavně v abstinenci.

14. V čem spatřujete negativa této práce?

V tom, že jsou pacienti, kteří zneužívají systém a vracejí se opakovaně do léčebny bez většího zájmu o léčbu alkoholismu a spolupráci, a také jsou to časté recidivy pacientů.

15. Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?

Ano, zvýšeně sleduji své okolí a samozřejmě, že i sebe, když se pije alkohol.

5.3.2 Zpracování rozhovorů s pacienty

Pacient 1

1. Váš věk?

Čtyřicet jedna.

2. Jaké máte dosažené vzdělání?

Středoškolské.

3. Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?

Třikrát.

4. Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?

Tak prostředí, to znamená, kamarádi, vlastně uvolnění, relax, jo vlastně, co bych k tomu ještě řekl, ta společnost ano vlastně jo, protože ta společnost dneska je tak postavena, že většina ten alkohol konzumuje, takže aby se člověk zařadil, tak nějakým způsobem vlastně začal, aby zapadl do té společnosti, tak začal konzumovat alkohol, a u mě to přerostlo do větší míry.

5. Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?

Pivo a tvrdé.

6. Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?

No asi patnáct roků, no tak jako dřív, tak možná osmnáct let já, tak osmnáct let spíš no, přesně si to nepamatuju.

7. Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?

Tak byly to problémy v osobním životě, problémy v práci, no a vlastně i třeba, že jsem zanedbával sport nebo koníčky, takže vlastně, vlastně ten život nebyl tak kvalitní no, to hodně věcí vyřeší.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu Váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Určitě, tak konkrétně třeba nemám úplně v pořádku játra a samozřejmě ten alkohol působí aj na tu psychiku, takže ta psychika, nervy, všechno vlastně ten stav se horší, že ten alkohol to vlastně narušuje, tu správnou činnost tady těch.

10. *Napadla vás někdy myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Ve výjimečných případech asi ano, ale myslím, že bych nebyl schopen jako dokonat.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

No tak asi doba, kterou jsem strávil na uzavřeném oddělení.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

No já to mám tak, že já vždycky třeba se mně začne dařit, tak většinou podlehnu nějakému tomu uspokojení, to znamená, ten alkohol si připustím po nějaké době, a tím pádem vlastně všechno, co člověk nějakým způsobem buduje, tak ten - to si zničím tím pádem, takže začínám zas znovu. Momentálně su na úřadu práce.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

Tak určitě to mělo vliv třeba aj na rozchod s přítelkyní bývalou, a co se týká jako rodiny, rodičů, ti jako s těma mám dobrý vztah, ti jsou rádi, že aspoň nějak něco - no samozřejmě to zklamání tam nějaké bylo, že, třikrát léčba je dost, že. Děti nemám.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Teď asi rodiče.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

No já tady odsud nastupuju do doléčovacího centra v Olomouci, takže vlastně já tady potom budu absolvovat po těch třech měsících, budu normálně, jako budu absolvovat ten doléčovací program. To už mám vlastně všechno domluvené, tady odsud budu posílat přihlášku, takže... Já jsem tam chodil už ambulantně, ale dozvěděl jsem se o tom taky tady, v Kroměříži.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

Doléčovací centrum, no a pak co nejdelší doba abstinence.

Pacient 2

1 *Váš věk?*

Čtyřicet sedm.

2 *Dosažené vzdělání?*

Střední odborné.

3 *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Ústavně teďka poprvé.

4 *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

Těžko povědět, průběžné pití celý život, povězte na tom vršku té snesitelné úrovně a teďka rozvod. Teďka rozvod v poslední době mě rozpil takovým způsobem, že jsem skončil tady.

5 *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

Dříve jsem byl ortodoxní pivař, a protože teďka jsem věděl, že už su v problémech, sem začal pít tajně doma, a to čistý alkohol, destiláty.

6 *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

Já jsem si to v podstatě nepřiznal, to mi došlo až tady, já jsem se sem šel schovat před kombinací problémů. To nadměrné pití plus hádky doma a podobně, to souvisí s tím rozvodem, mě donutily v podstatě jako kdyby utéct, svým způsobem.

7 *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

Kombinace těch faktorů, co se nahromadily.

8 *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9 *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

V podstatě ne, ty problémy souvisely s akutním stavem teďka, vlastně po tom detoxu a po tom zbavení se těch věcí jsem se dostal zdravotně jako kdyby zpátky, pochopitelně výsledky jsou takové, že tam je poškození na játrech trvalého rázu, nicméně to člověk nevnímá na sobě, necítí, to člověk ví jako fakt.

10 *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Ne.

11 *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

Nejhorší je ten začátek, protože člověk si po takových, po tom týdnu uvědomí vlastně, kam se dostal, k tomu dojde až tady - si uvědomí svůj vlastní stav, který je velice vážný, to je

taková ta negativní. Další negativní - člověk, jak je rozpitý a jak v tom žije dlouhodobě a je starší a má jakýsi už režim, který je tím pitím ovlivněný, tady je velice nepříjemná ta režimová léčba, kdy vlastní plnění těch drobných, častokrát nelogických a nutných úkolů. Oni jsou logické, to člověkoví dojde až pozděj, to člověkoví dojde, ta logika docvakne člověkoví až pozděj. Na začátku se to jeví jako nesmysl, potom člověkoví dojde, že to má vyšší význam.

12 Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?

Zaměstnání minimálně teď, když to hodnotím takhle zpětně, v práci jsem problémy neměl, ale na druhou stranu jsem určitě mohl být podstatně dál. Ano, ta profesní kariéra mohla a má trvalý jakýsi mírný vzestup, nicméně myslím si, že jsem mohl být podstatně dál. Na vyšší úrovni.

13 Jak ovlivnila závislost váš osobní život?

Bude to jeden z důvodů toho rozvodu.

14 Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?

Rodina určitě, ta přímá pokrevní rodina, ta je mi velkou oporou, a paradoxně ti kamarádi, ti nejlepší kamarádi, co mi zůstali, byli to kamarádi z toho období toho pití, nicméně to jsou hlubší vazby, a ti mi teďka pomáhají velice hodně.

15 Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?

Určitě ano, něco člověk určitě ví z toho obecného rozhledu, ale ty zásadní konkrétní informace jsem získal tady.

16 Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?

Bude to všechno závislé na tom, jak proběhne ten rozvod, který mě teprve čeká, a ten soud, jestli tam vzniknou nějaké komplikace a například v souvislosti přímo s tím pozemním stáním soudím, už su tady domluvený, že kdyby mě to dostalo do kolen, tak nastupuju okamžitě zpátky na nějakou rekondici. A pokračování té léčby, sem ten začátek přežil, no a pak je to jednoduché, já mám povolen Antabus, díky svému zdravotnímu stavu dobrému, takže tam je to jasné, to budu minimálně rok na tom Antabusu a všechno, co se bude odvíjet, protože mi začíná úplně nový život, se bude odvíjet od toho. Nicméně ty zásadní věci striktně musím dodržovat, protože já su takový chaotik člověk, takže režim a pravidelné návštěvy u psychologa a psychiatra, kterého mám velice dobrého v Brně, budou nezbytnou nutností.

Pacient 3

1. *Váš věk?*

Čtyřicet.

2. *Dosažené vzdělání?*

Střední pedagogická škola s maturitou.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Teď poprvé.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

Tak to postupovalo postupně že jo, od sedmnácti let, nebo tak, jak se začíná, až po ty další stádia, ke kterým jsem se propracoval kolem dvaceti pěti let, kdy jsem začal pozorovat příznaky toho, že jsem se potřeboval napít i ráno, spravít se, jak se říká, ale samozřejmě jsem to ještě pořád nějak zvládal, a k tomu opravdu jako léčení jsem se rozhodl, tak to bylo až jsem se oženil, narodila se mi dcera. V podstatě předtím jsem si vždycky říkal, že jde jenom o mě, což samozřejmě není pravda, že jo, takže v podstatě, v podstatě tohle založení rodiny.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

Pivo a tvrdý alkohol.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

No začalo to ve mně hlodat tak kolem osmadvaceti let. Kdy příznání přišlo třeba k té třicítce, tak nějak.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

No samozřejmě, s tím jsem, že bych se měl léčit, s tím si člověk zahrává a zvažuje, ale pořád nebyl asi ten důvod, pořád jsem byl jenom já, což pro mě nebyl ten hlavní důvod, takže nejspíš ta rodina, no.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

No začal jsem třeba pozorovat, to bylo zase dřív, teď to pominulo, ale kolem té, kolem toho třicátého roku, tak samozřejmě když jsem konzumoval alkohol, tak se zvyšovala agresivita, před tím to bylo samozřejmě zábava, že jo, člověk je zábavný, uvolněný nějak, potom se to stupňovalo k agresivitě. Zdravotní problémy zatím nic.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

To ne, to ne, prožíval jsem těžký, no těžký - prostě deprese, úzkosti, tady ty stavy tam byly, ale jako na sebevraždu, to jsem nikdy nad tím nepřemýšlel.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

Nejhorší to odloučení od rodiny, od dcery prostě, od manželky.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

Určitě to člověka ovlivňuje v těch zaměstnáních, samozřejmě já jsem to, jak se říká tak zvládal, nějakou dovolenou, člověk lže většinou, nebo někomu se to podaří, někomu ne mně se to dařilo dlouhá léta, takže - ale určitě to ovlivňuje hodně to zaměstnání, no. Jsem zaměstnaný ještě pořád.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

Osobní životy, no určitě to ovlivňuje.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Psychickou - teď určitě manželka, rodina, dcera.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

Ty informace tady získáváme v průběhu, takže je to určitě dobré, no vědět o té nemoci, v podstatě tady si člověk uvědomí opravdu, že je to nemoc, že to není tak, jak to bral doposud.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

No zatím si srovnávám, zatím v hlavě všechno, určitě je tam ten boj s tím, že prostě se musím naprosto přesvědčit, že kontrolované pití neexistuje, protože to jsem zkoušel mnohokrát a někdy se mi to podařilo dlouho a potom to prostě skončí, tak jak to skončí.

Pacient 4

1. *Váš věk?*

Dvacet tři.

2. *Dosažené vzdělání?*

S maturitou středoškolské.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Poprvé jsem tu.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

No já jsem měl po tom epileptický záchvat po tom, tak kvůli tomu, no.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

No pivo většinou.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*
No, dobrá otázka. Tak věděl jsem, že su alkoholik, tak nějak mezi téma dvaceti jednadvaceti rokama, ale tak nějak mě to... Od kolika let jste pil? Tak od těch patnácti, šestnácti.
7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*
Já jsem šel sám, po tom záchvatu jsem se rozhodl sám.
8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*
Ne to ne.
9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*
Ne, jenom ten epileptický záchvat, psychické stavy to ne.
10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*
Ne to ne, na to mám ještě čas.
11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*
Nejhorší, nejhorší no, tak hlavně mňa štve to ranní vstávání, ale nejlepší? Tož já nevím, tak hlavně ta společnost tady, že mě vzali mezi sebe vlastně, tady sú všechno starší generace než já, jako tak jsem si říkal, že mě tak nějak jako odpálkují, ale berú mňa v pohodě.
12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*
Já jsem byl nezaměstnaný, já su na úřadě práce.
13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život-rodina, partnerka?*
Já jsem se rozešel před půl rokem, ale to nebylo kvůli alkoholu, to bylo zase něco.
14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*
Tak víceméně ti rodiče, nebo... no, dalo by se říct.
15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*
No zatím ani ne, tak já su tady druhý týden, takže jako no.
16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*
Tak určitě si najít zaměstnání a potom až budu mět finance a vlastně ještě bývání, tak odstěhovat se někam.

Pacient 5

1. *Váš věk?*
Třicet.
2. *Dosažené vzdělání?*
Vyučen, elektromontér.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Poprvé.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

No dlouhodobé požívání, nadměrné požívání a potom hodně volného času jsem měl, jak jsem marodil s pracovním úrazem, tak tam jsem se hodně rozpil.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

Pivo a slivovicu.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

Zhruba od těch osmnácti roků piju, takže po určitě po patnácti letech jsem si to přiznal, že už nějaký problém je.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

Sám.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Já jsem měl problémy se slinivkou vloni a taky ten zdravotní stav mně dotlačil, nebo bylo to jeden z aspektů, že jsem se dotlačil k tomu, abych se rozhodl o léčbu.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Tak daleko jsem snad ještě nezašel.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

Tak jelikož tu su třiatřicátý den, tak zatím nejhorší co bylo, tak zvyknout si a pochopit ten režim, což už jsem asi překonal a už bych to chtěl celou tu kúru dotahnout do konca.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

Neztratil jsem zaměstnání, ale bylo tam jisté náznaky, že jestli tak budu pokračovat, tak bych nebyl zaměstnán. Já jsem zaměstnaný stále.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

Tak, taky je to jeden z důvodů, proč jsem šel, abych neztratil rodinu.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Já si myslím, že no tak manželka s děckama jezdí, nebo teďka víceméně, když už mám dovolenky, tak jedu dom po čtrnácti dnech, protože je to daleko, takže já jedu, než aby tu byli dvě hodiny, tak já radši jedu dom.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

Zjišťuju, tak pomalu se ke mně dostávají. Všecko tady, předtím jsem se o léčbu nějak nezajímal, jak to probíhá, vůbec jsem neměl představu, jak to tady bude.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

Nějaké vize mám, ale to bych si ještě chtěl nechat pro sebe, protože jsem tu krátce. Nad něčím si uvažuji, ale nerad bych to vypúšťal ještě. Já když něco tak povím, tak většinou se to nesplní.

Pacient 6

1. *Váš věk?*

Padesát čtyři.

2. *Dosažené vzdělání?*

Střední odborné učiliště.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Jednou, šestnáct dní. A teď po druhé? Ano.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

No já jsem soukromničil patnáct roků, potom jsem dostal epileptický záchvat, tak jsem musel skončit, protože já jsem jezdil, no tak to bylo v roce dva tisíce šest, pak jsem neměl práci, nakonec jsem si ji našel, no a v té práci po tři a půl letech jsem nadýchal údajně, no ale to je jedno, no a jsem neměl práci, a tak jsem začal znova, čím dál víc pit.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

Destiláty.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

Tak vloni, tak v listopadu.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

Hlavně manželka.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Ne.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Ne to vůbec ne.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

Prvních čtrnáct dní, že jsem ztratil svobodu.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání? Jste nyní zaměstnaný?*

Teď ne.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

No v pořádku, jsem třicet roků ženatý, manželka každý týden jezdí, když nejedu na dovolenky, takže... Mám dvě šikovné děti, jednoho vysokoškoláka, jako dceru, zdravotní sestru, takže...

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu? Rodina?*

Ano.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

Já myslím, že jo. Hlavně z tadyma.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

V první řadě si najít práci.

Pacient 7

1. *Váš věk?*

Padesát dva.

2. *Dosažené vzdělání?*

Středoškolské, středoškolské s maturitou.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Dokončených léčeb jsou čtyři nebo pět, ano byly tam hospitalizace, ještě jednodenní a týdenní, takže shodou... nebo tady jsem už poosmé, včetně denní, týdenní a tak.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

Těch příčin na ten vývoj je tak složitější, ne, je delší, troufám si říct, že to nejsou nějaké havárie nebo hrozné události, ale většinou, většinou jako nedobry stav psychický a utíkání od problémů, a no - a v drtivé většině teda vyhrotilo se to v době rozvodu.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

Tvrký alkohol, konkrétně teda borovičku a pivo.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

No tak určitě už dávno, dávno před první léčbou jsem si to uvědomil, což bylo pro mě asi druhého ledna dva tisíce tři, už dávno před tím jsem si to přiznal, protože i v práci jsem popíjel, a k výkonu práce jsem někdy v uvozovkách potřeboval ten alkohol, potřeboval, že už jsem byl v takovém stavu závislosti.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

Tak říká se, že jsem se rozhodl sám, nebo sám, ale přesto je to takové skryté, sám jsem se rozhodl, donutili mě k tomu pochopitelně i okolnosti kolem mne, jak na mě nahlíželo okolí, nikdo mě přímo nenutil, nebo tak, ale už jenom to, jak na mě nahlíželo okolí, mě - mě vlastně nepřímo donutilo, abych se šel léčit, rozhodl jsem se tedy sám, že jsem tady sám, nikdo mě sem nedovezl ani násilím, ani zarytě, ale nepřímo jsem byl, jsem i okolnostmi.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ano. Vybavuji si to velice, velice matně, no matně, ale i potom, potom si to vybavuju, prostě tam to bylo spojeno s, s pokusem o ukončení života a byly tam, byly tam halucinace, halucinace a prostě pamatuju si, že jsem zápasil, to bylo ještě ve Zlíně, než mě převezli sem, že sem zápasil s tím zdravotním personálem.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Zdravotní potíže se objevily, všeobecné oslabení organismu po stránce fyzické, fyzické všeobecné oslabení, no samozřejmě, že se to pozná i no jako takové fyzické projevy nespavost a tak dál a psychické samozřejmě také, pochopitelně určitá ztráta intelektu, intelektu, hůře, horší schopnost komunikace bez alkoholu, bez alkoholu, i všeobecně. No a takové věci, že jsem se spíše uzavíral do sebe, méně komunikace a mám všechno víceméně kvůli alkoholu.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

To jsem to, to by tak ani nebylo způsobené konzumací alkoholu nebo tak samozřejmě, že ano, samozřejmě že nadměrná konzumace to udělá, ale tam byl, tam sehrály obrovskou roli právě ty problémy kolem toho rozvodu, který byl ale samozřejmě produktem také toho požívání toho alkoholu, já nevím řekněme z devadesáti, pětadevadesáti procent produkt toho alkoholu, no a z něj vyplývající ta žárlivost a takové, což je také vlastně produkt toho alkoholu, tam byla žárlivost no a ty neshody v době toho rozvodu.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

V té hospitalizace tak při té těm první, první hospitalizaci jsem to cítil jako jakési omezení svobody nebo tak, ale na které, při té první nebo respektive snad druhé je to určité omezení svobody, ale uvědomoval jsem si, že do toho stavu jsem se dostal sám, takže se vlastně tomu musím podřídit, tak já sem nějaké závažné problémy, problémy s tím režimem a tak neměl. Pochopitelně ze začátku člověk má problémy s tím, že neustále, místo aby se věnoval tak nějak léčbě, si pořád sype popel na hlavu: " Proč, proč, proč, proč jsem to udělal?" Takže to mi vadí, že ze začátku se enom člověk bečí, ohlíží se kolem, co napáchal a kolik

peněz utratil, co všechno zničil, co mohlo být a tak, ale to sem myslím odpověděl trochu mimo.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

Já v současné době nemám zaměstnání, o zaměstnání jsem svým způsobem přišel, přišel ne přímo přišel, i ohledně toho alkoholu, ta firma se potom rušila, ale bylo, bylo jinak, bych tam prostě... což, v současné době nemám zaměstnání, měl jsem tam nějakou proluku plného invalidního důchodu, takže se ztratily kontakty, ale teďka mi plný invalidní důchod skončil, takže mám problémy sehnat zaměstnání.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

Tak osobní život ovlivnila naprosto zásadním způsobem, protože - no především ten rozvod, rozvod, protože to manželství nebýt toho alkoholu, tak bylo velice, velice dobré.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Tak, kdo mě podporuje? Samozřejmě synové, samozřejmě synové, kteří jako oni to neříkají přímo nebo takhle, ani sem třeba za mnou nejezdí, protože jsem to zakázal, nechci, aby tady jezdili, prostě ta podpora tam je obrovská, už jenom tím, že mi věří.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

Ano, mám, mám. Ano získal jsem je v drtivé většině tady.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

Samozřejmě mám, jinak bych nesplnil, ani ta léčba neměla význam. Vizi mám, včetně pokračování, pokračování léčby, což jsem minule nedělal a spolehlivost sám na sebe, to je hlavní, no a to zaměstnání, a tak dál.

Pacient 8

1. *Váš věk?*

Třicet osm.

2. *Dosažené vzdělání?*

Vyučen v oboru.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Poprvé su.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

Tak já jsem vlastně v osmnácti nebo v sedmnácti začal pít, tož ale to po tanečních zábavách a tak normálně, jinak ne a práci nebo něco, pak jsem se oženil, ještě to bylo v pohodě. Asi ten největší zlom přišel, když jsem začal jezdit na montáže po celé republice, Ra-

kousko, Slovensko, po republice různé ubytovny a po večerech hospody, na pokoji dorána kolikrát - a tam asi nastal největší zlom.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

Pivo, rum, slivovice.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

No tak vystupňovalo se to hlavně, když jsem začal jezdit na ty montáže, tak před těma pěti, šesti rokama.

A od té doby jste si to uvědomil kdy?

Tak asi před rokem.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

Rodina.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Ne.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Někdy jo, ale to tak spíš...

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

Překvapilo... v podstatě nic tak nepřekvapilo, ale co se změnilo, tak si myslím, že se tak nějak psychicky vyrovnávám. Takže takové ty deprese a takové ty tyto.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

Ztratil.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

Su ženatý, dvě děti.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Manželka, rodina.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

Jo, už jsem předtím byl u psychiatra a tady něco, tak různě to sbírám.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

No určitě jít do práce zpátky, řemeslo umím, už mi volali, takže práce, dodělat barák spravuju, je toho hodně.

Pacient 91. *Váš věk?*

Třicet osm teď budu mět.

2. *Dosažené vzdělání?*

Střední odborné učiliště s maturitou.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

No jako léčen poprvní, ale před třema rokama jsem byl na tým, jak říkáte detox, na čtyři týdny, ale takhle na léčení su poprvní.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

No tak příčinou? No tak prakticky, jak bych to řekl, no, piju už dvacet let a začalo to jako že aj v rámci toho povolání, že su kuchař-číšník že, takže tak to nějak začalo, že v těch sedmnácti, osmnácti v té práci no prakticky, pak samozřejmě na vojně, že a už to šlo dál a dál, čím dál tím víc, samozřejmě.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

No, pivo ze začátku, no a teďka už aj vodku.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

Tož přiznal, tak vlastně poprvním před téma aj no, deseti lety to může být.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

No teď už jsem prostě sem přišel, že sem se rozhodl sám samozřejmě, že už to bylo neunsno, nějaký průsery v práci a tak dále, a taky hlavně, že su na tym zdravotně špatně, protože mám cukrovku.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Tak ne, nezažil.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Tak psychické ne, ale kvůli tomu alkoholu říkám jesi ta cukrovka, no ona ta cukrovka takhle, no, mě deset let je to, že mně vzali slezinu, takže nemám slezinu, a pak jaksi před pětima letama, jak sem byl na nějakým prostě tym vyšetřením, nebo na krvi prostě, tak mi zjistili, že mám cukrovku no, takže to je vlastně všecko prakticky z teho alkoholu, určitě no.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Tak jako myšlenky no tak, jako že bych to, takhle to sou, to byly takový blbý kecy, třeba mezi sebou, nebo tak, ale že bych jako nad tym uvažoval, že bych to udělal to ne.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

No tak vlastně su tu teprve no čtrnáct dní prakticky, ale tož ze začátku no tak ten režim, tak sem, si zvyknout, zvykl že?- Po tym týdnů, ale nějaký takový, spíš já si musím hlídat hlavně, že kvůli té zas kvůli té cukrovce ten inzulin, to pichání a glykémii hlídat a tu dietu no, pro mě je to, jako kuchař, to je neštěstí.

A předtím jste to nějak striktně nedodržel?

Tak takhle jako, myslíte ohledně té diety nebo té cukrovky? Tak já vím, co mám jíst nebo kolik toho mám jíst jako, já třeba na sladký nejsu, takže sladký nejím prakticky skoro vůbec, ale prostě takhle, co se doma uvařilo, sem snědl, takhle ne, ale že bych se přejídal to já nejsu jako takové, že bych jedl moc, ale vůbec sem neřešil, jestli mám jest to, nebo to, prostě, co se uvařilo, to se sní.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

Jo su zaměstnaný, ale říkám, za těch dvacet let byly už nějaké ty problémy že, v tym zaměstnání, stalo se, že ne jako, že bych byl ožralej, ale prostě jo, nějaké problémy tam byly dycky nekdy, nebo dycky no, né dycky, ale za tu dobu sem už ze dvakrát, ze třikrát mě nějaké takovej.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

No tak asi moc, protože už sem mohl byt nekde jinde, že su prakticky svobodnej, bezdětnej, takže asi v mojich letech už sem měl byt nekde jinde.

Takže to připisujete tomu alkoholu?

No určitě.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Tak podporuje... no tak, když jsem sem šel nebo tak, tak samozřejmě rodiče řekli, že jo. Já žiju sám, takže prostě aj kdyby, teď budu tři měsíce tady, tak já, že ať jdu, ať to prostě udělám a tak. Takže nejvíc rodiče, to je jasný, jinak jako brácha nebo známí všeci, ale prostě jenom v kontaktu su s něma, prakticky.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

No tak říkám, to ještě třeba jsme tady takhle zatím ještě neřešili, jsem tu čtrnáct dní prakticky jo, takže, ale už tak jako si na to musím udělat nějaký ten názor nebo takhle, že?

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

No tak představa - no tak určitě tu práci si udržet nebo třeba aj změnit to zaměstnání nebo takhle, ale říkám, já se musím zas dívat kvůli tomu mojemu zdravotnímu stavu, že zas, že mám třeba částečně invalidní důchod, že zas nemůžu nějak vybírat práci, nebo musím

dělat nejak, jak se to říká, prostě určitý pracovní hodiny, nebo takhle. Takže to zaměstnání no, říkám, třeba ještě nejsou tak starej, že tu rodinu třeba ještě do budoucna, nebo prostě tak plán, nebo plán, je to můj sen prakticky.

Pacient 10

1. *Váš věk?*

Padesát let.

2. *Dosažené vzdělání?*

Vysokoškolské.

3. *Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?*

Myslíte-li komplexní léčbu, tak dvakrát.

4. *Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?*

Tak těch příčin je celá řada, ale taková ta největší příčina, kdy člověk začal pít, prostě nějak recidivovat, tak to byl stres.

5. *Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?*

No asi tvrdý alkohol.

6. *Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?*

No, tak to jsem si uvědomil ve čtyřiačtyřiceti.

7. *Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?*

Obecně okolí.

8. *Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?*

Ne.

9. *Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?*

Ano, mám vysoký tlak a poškozená játra. Tak určitě alkohol vlastně ovlivňuje psychický stav, takže ano.

10. *Napadla vás myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?*

Ne.

11. *Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?*

Tak určitě je vždycky složité přizpůsobit se danému režimu na tom oddělení, protože to je režimová léčba.

12. *Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?*

Momentálně jsem nezaměstnaný, já jsem byl OSVČ, takže jsem v podstatě přestal, jako, a přihlásil jsem se na pracovní úřad.

13. *Jak ovlivnila závislost váš osobní život?*

Já myslím, že přímo ten alkohol neměl, spíš to byl důsledek.

14. *Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?*

Maminka.

15. *Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?*

Myslím si, že mám dostatek informací a většinou z té léčby to je.

16. *Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?*

Představa? Tak chtěl bych si najít práci a přítelkyni že.

6 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu, zjistit, které faktory hrají roli pro vznik závislosti, zmapovat důsledky závislosti na alkoholu v oblasti zdravotní, psychické a sociální a také zjistit, jaká je spoluúčast rodiny při léčbě závislosti na alkoholu.

Pro šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a pacienty. V rozhovoru se sestrami byla položena výzkumná otázka: *Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu?* V rozhovoru s pacienty byly položeny výzkumné otázky: *Které faktory hrají roli pro vznik závislosti? Jaké jsou důsledky závislosti na alkoholu v oblasti zdravotní, psychické a sociální? Jaká je spoluúčast rodiny při léčbě závislosti?*

Na základě výzkumného šetření byly zjištěny tyto výsledky: Rozhovorů se zúčastnilo 10 sester, které odpovídaly na 15 kladených otázek. První čtyři otázky byly orientačního typu. Ptali jsme se sester na jejich věk, kdy 6 sester má věk v průměru mezi 31 až 40 lety, 2 sestry mají 51 až 60 let, 1 sestra má mezi 41 a 50 lety a 1 sestra je ve věku mezi 20 až 30 lety, což znamená, že jsou zastoupeny všechny věkové kategorie. Na druhou otázku, kdy jsme se ptali, jaké je vzdělání sester, nám bylo jednoznačně odpovězeno, že všech 10 sester má ukončené středoškolské vzdělání maturitní zkouškou. Dále jsme zjišťovali, kolik let pracují sestry na protialkoholním oddělení, kdy 3 sestry zde pracují 11 až 17 let, další 3 sestry odpověděly, že pracují na tomto oddělení mezi 2 až 5 lety, 2 sestry jsou zde zaměstnány už 6 až 10 let a najdou se zde i sestry, které pracují na tomto oddělení krátce, a to do jednoho a půl roku. Na otázku, zda sestry absolvovaly nějaké speciální kurzy, či vzdělání nám bylo odpovězeno, že 5 sester má psychiatrické minimum, 2 sestry absolvovaly specializační studium a 1 sestra má psychoterapeutický výcvik.

Jedna z výzkumných otázek, která měla odpovědět na cíl první, zněla: *Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu?* Tuto otázku jsme rozebrali několika otázkami, kdy jsme se ptali sester, jak by charakterizovaly práci na svém oddělení a co by zmínily, že je pro ni typické. Z toho 7 sester uvedlo, že je nutné dohlížet na dodržení režimu, dále 4 sestry řekly, že jsou to psychoterapeutické skupiny, stejný počet sester zmínilo i rozhovory s pacienty a vysvětlení daného problému, což 2 sestry uvedly jako edukační činnost. Toto tvrzení je shodné s odbornou literaturou, kdy se uvádí, že tyto rozhovory jsou důležitou součástí léčebného programu. V rozhovorech 1 sestra také

odpověděla, že je charakteristická i administrativní činnost a kontrola fyziologických funkcí. Naší další otázkou bylo: *Zda jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení?* Z 10 sester nám 9 odpovědělo, že jsou vypracovány standardy a 1 sestra uvedla, že si není vědoma těchto standardů. Také jsme chtěli vědět: *Jak se tyto standardy používané na protialkoholním oddělení nazývají?* Na tuto otázku 3 sestry uvedly, že jsou to standardy Péče o neklidné, Péče o agresivní pacienty. Dále do těchto standardů spadá podle 3 sester Terapeutická komunita, 3 sestry odpověděly, že je to Edukační činnost a znalost teorie alkoholismu. Mezi uvedené standardy také podle sester patří Speciální ošetrovatelská péče na psychiatrii, Péče o pacienta v odvykacím stavu. 2 sestry řekly, že jsou to standardy o Užívání omezovacích prostředků, 1 sestra uvedla, že zde patří i standard Psychiatrická první pomoc při akutních intoxikacích a v neposlední řadě 3 sestry odpovídaly, že do těchto standardů patří Ošetrovatelský proces. V další otázce jsme se zajímali: *Na co je kladen největší důraz v práci sestry na tomto oddělení?* Bylo nám sděleno 7 sestrami, že největší důraz je kladen na režimovou léčbu. Což píše i odborná literatura, která uvádí, že režimová léčba je nedílnou součástí komplexní léčby závislosti na alkoholu. Samozřejmě, že sestry kladou důraz na znalost problematiky závislosti na alkoholu, což uvedly 4 sestry. 2 sestry si myslí, že je nezbytné umět dobře komunikovat, kdy v odborné literatuře Šlaisová, Hosák a Michálková (2004) uvádí, že je důležitá komunikační dovednost sester v celém psychiatrickém ošetrovatelství. Mezi důležité činnosti sestry patří edukační činnost, sledování psychického a fyzického stavu pacienta je také důležité při této práci, jak odpověděly 2 sestry tohoto oddělení. Dále nám 1 sestra řekla, že je kladen důraz na zvládnutí odvykacího stavu a 1 sestra zmínila, že sem spadá terapeutická komunita a psychoterapie, která je velmi důležitou součástí při léčbě závislosti na alkoholu, jak je zmiňováno v odborných publikacích, kterými jsou autoři Zvolský, Raboch, Nešpor a další. Další sestry kladou důraz v jejich práci na důstojnost pacienta a také na administrativní činnost, což uvedla 1 sestra. Dále jsme se zajímali: *Jaké jsou tři hlavní zásady, které se musí dodržovat při práci s pacienty?* Na tuto otázku odpověděly 4 sestry, že je zásadní dodržovat důslednost a profesionalitu, 6 sester uvedlo, že je to udržování si odstupů od pacientů a 5 sester nám sdělilo, že je také zásadní empatické chování k pacientům. Dále bylo uváděno, že je důležité dodržovat zásady správného vedení rozhovoru, do čehož spadá i psychoterapie a jiné. V neposlední řadě uváděly sestry, že je vhodné zachování anonymity pacienta, kdy není vhodné pacienta jakkoliv ponižovat. Zaměřili jsme se také na to: *Zda se sestry pracující na protialkoholním*

oddělení setkávají s agresivními pacienty? 7 sester odpovědělo, že se již setkaly s agresivním pacientem a 3 zbylé sestry se s těmito pacienty ještě nesetkaly. Poté nás zajímalo: *Co je důležité při práci s těmito agresivními pacienty dodržovat, na co si dávat pozor?* Nejčastěji sestry odpovídaly, že je nutné kontaktovat lékaře, plnit jeho ordinace, což uvedlo 5 sester, další 4 sestry řekly, že je nezbytné uklidnit pacienta a navázat s ním kontakt, dále sestry kladly důraz, že je vhodné udržet si jak svoji, tak i pacientovu bezpečnost a v neposlední řadě je důležité zachovat klidnou hlavu a umět jednat pohotově. Tyto tvrzení potvrzuje i Hosáková et al., (2007), která uvádí, jaké jsou zásady kontaktu s agresivním klientem obecně, zmiňuje, jak udržovat kontakt s pacientem, tak i zachování bezpečnosti a dodržování kontaktu s tímto agresivním pacientem. V další otázce nás zajímalo: *Zda se sestry setkaly s pacientem v deliriu tremens, pokud ano, jaká jsou specifika péče a co je důležité u těchto pacientů?* Z 10 sester se s pacientem v deliriu tremens setkalo 6 sester, které uvedly zásady péče u těchto pacientů. Sestry uvedly, že mezi tyto specifické úkony patří sledování životních funkcí. Chval (2007) uvádí to samé v odborné literatuře. Dále je to zabránění poranění pacienta a jeho opuštění z lůžka, plnění ordinací od lékaře, je důležitá zvýšená hygienická péče, ve smyslu péče o kůži a vyprazdňování. Další součástí péče o pacienty v deliriu tremens je podle sester uklidnění pacienta, zápis a sledování omezovacích prostředků, jejichž použití je někdy nezbytné. Péče o pacienta v deliriu tremens, je také zaznamenána v příloze P II. V šetření jsme také zjišťovali: *Zda je přikládán význam pro správnou komunikaci s pacienty hospitalizovanými na protialkoholním oddělení?* Jednoznačně, nám bylo odpovězeno 10 sestrami, že správná komunikace má význam při práci s těmito pacienty. Součástí další otázky, bylo: *Jaká jsou základní pravidla správné komunikace?* V těchto odpovědích bylo zahrnuto, že je důležité hovořit jasně, srozumitelně a ne příliš odborně, což uvedlo 5 sester, 3 sestry sdělily, že by rozhovor měl být autoritativní a direktivní, 3 další sestry uvedly, že by měl být tento rozhovor trpělivý, klidný a rozvážný, což se ztotožňuje s mnoha autory uvedenými v teoretické části bakalářské práce. I já se s tímto názorem ztotožňuji. Poté bylo zbylými sestrami zmíněno například empatické chování, naslouchání, udržení očního kontaktu s pacienty a jiné. V rozhovoru se sestrami jsme se ptaly: *Co vidí jako pozitiva na své práci?* 8 sester řeklo, že jsou to úspěšné abstinence, dodržení režimu a životního stylu, dále 5 sester uvedlo, že je pro ně pozitivum, když o sobě pacienti dají vědět, nebo se schází v A klubech, které zmiňuje v odborné literatuře i (Nešpor, 2007). Poté vidí sestry jako pozitivum, že je to práce s lidmi. Naopak jsme se ptaly sester: *V čem spatřují negativa své*

práce? 6 sester odpovědělo, že jsou to časté recidivy pacientů, 2 sestry uvedly, že je to těžká spolupráce a bagatelizace problému ze strany pacientů, 3 sestry řekly, že je to možné riziko syndromu vyhoření, potom slabá informovanost veřejnosti a podceňování alkoholu jako drogy, možnost nakažení se infekčními nemocemi, sociální debakl a nezájem léčit se. U sester jsme také zjišťovali: *Zda ovlivňuje práce jejich osobní život, pokud ano jak?* Z 10 sester jen u jedné sestry neovlivňuje práce její osobní život, ale ostatních 9 ano. Projevuje se to kritičtější náhledem na sebe i na své okolí, to zmínilo 7 sester. 2 sestry upozorňují na možný vznik závislosti na alkoholu, 1 sestra využívá znalostí problematiky v osobním životě a podle možností pomáhá i ve svém okolí.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit: *Které faktory hrají roli pro vznik závislosti na alkoholu?* Rozhovory s pacienty byly daleko obtížnější než rozhovory se sestrami. Pacienti mnohdy odbíhali od tématu a neodpovídali přesně na položené otázky. Než jsme přistoupili k otázkám zjišťujícím tyto faktory, ptali jsme se pacientů na orientační otázky, kdy jsme se ptali kolik je jim let. Nejčastěji se na tomto oddělení pohybovali pacienti ve věku mezi 41 až 60 lety, kterých bylo 5, dále pacienti, kteří jsou ve věkové hranici mezi 31 až 40 lety, které zastupovali 3 pacienti a našli se i 2 pacienti mladšího věku v rozhraní mezi 18 a 30 lety. Na tomto věkovém rozmezí je vidět, že závislost může postihnout jakýkoli věk. Dále nás zajímalo, jaké je dosažené vzdělání těchto pacientů, kdy převážná většina pacientů absolvovala střední školu v počtu 6 pacientů z 10. U 3 pacientů jsme zjistili, že jsou vyučeni v oboru, 1 pacient úspěšně absolvoval vysokou školu ukončenou titulem Ing. V souvislosti s faktory vzniku závislosti nás zajímalo: *Kolikrát byli pacienti léčeni ze závislosti na alkoholu?* 6 pacientů uvedlo, že jsou na tomto léčení poprvé a zbylí 4 pacienti řekli, že jsou léčeni opakovaně, což odpovídá výpovědím sester, které tvrdí, že je negativní na jejich práci to, že se objevují častá recidiva při léčbě alkoholismu. V další otázce se dostáváme k podstatě cíle, který nás zajímal a to: *Faktory hrající roli pro vznik závislosti na alkoholu?* Nejčastěji pacienti uváděli, že je to pití po celý život, což řekli 3 pacienti, dále ztráta zaměstnání, to uvedli také 3 pacienti a kromě toho se objevovaly časté odpovědi typu, že faktorem vzniku závislosti bylo rozvodové řízení, které buď proběhlo, nebo teprve proběhne. To, že má alkohol vliv a dopad na rodinnou situaci, přesněji řečeno na rozvod, potvrzuje i (Čerňanová, 2011 a Vágnerová, 1999) ve své publikaci. Nechyběly odpovědi typu: nadbytek volného času nebo stres, který vyvolal tu danou závislost na alkoholu. U pacientů jsme také zjišťovali: *Jaký druh alkoholu, nejčastěji konzumovali?* Tato otázka byla zodpovězena mnoha pacienty stejně, kdy uvedli, že pili pivo, poté destiláty a 1 pacient

řekl, že konzumoval i čistý alkohol. V následující otázce jsme zjišťovali: *Po kolika letech si pacienti přiznali, že jsou závislí na alkoholu?* Polovina pacientů uvedla, že si to přiznali po 6 až 10 letech, 2 pacienti si uvědomili svou závislost v rozmezí 1 roku až 5 let, další 2 pacienti si to uvědomili až po 11 až 16 letech. A 1 pacient, si to uvědomil až v léčebně, kdy se šel původně ukrýt před svými problémy. Otázkou, která zněla: *Kdo nebo co ovlivnilo rozhodnutí pacienta léčit se?* částečně odpovíme na cíl, kterým zajišťujeme spoluúčast rodiny při léčbě závislosti na alkoholu a to v tom ohledu, že právě rodina a okolí ovlivnila pacienta k rozhodnutí léčit se. Tuto odpověď učinili 4 pacienti. Mimo jiné se další 4 pacienti rozhodli léčit díky vlastnímu rozhodnutí, zbytek pacientů nastoupilo do léčebného programu kvůli osobním problémům, nebo kvůli problémům, které měli v zaměstnání. Kromě jiných otázek nás zajímalo: *Zda pacienti někdy zažili stav zvaný delirium tremens?* V tomto případě nám odpovědělo 9 pacientů z 10, že takový stav nikdy nezažili. Stav zvaný delirium tremens je ve spojitosti s alkoholismem popisován v mnohých literaturách, v mé bakalářské práci to popisuje například (Chval, 2007).

Na další z cílů, kdy jsme zjišťovali: *Jaké důsledky v souvislosti se závislostí na alkoholu se objevují u pacientů?* nám bylo odpovězeno, že 4 pacienti na sobě pociťují celkové zhoršení zdravotního stavu, například vysoký krevní tlak, zhoršený diabetes mellitus a jiné. Z odpovědí 3 pacientů jsme zjistili, že na sobě vnímají, nebo že jsou si vědomi toho, že se jim, kvůli nadměrnému požívání alkoholu poškodily játra. Toto tvrzení se shoduje s odbornou literaturou, jejíž autorkou je (Čerňanová, 2011). U těchto pacientů se objevují i psychické změny, jako například demence, kterou popisuje i (Ondriášová, 2005). Nebo se u těchto pacientů objevují epileptické záchvaty, které jsou způsobeny nadužíváním alkoholu, jak uvádí (Čerňanová, 2011, Hosáková et al., 2007 a Skála et al., 1987). Mezi 3 pacienty se objevilo tvrzení, že na sobě nevnímají žádné změny a že jsou bez problémů, jak zdravotních, tak i psychických. Ve spojitosti s nadměrným užíváním alkoholu, jsme pátrali po tom: *Zda pacienty napadla někdy myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?* Na tuto otázku odpověděli 4 pacienti kladně a 6 pacientů se tato úvaha ani nedotkla, v souvislosti se závislostí na alkoholu. Mimo jiné nás upoutalo: *Co je pro pacienty hospitalizované na protialkoholním oddělení nejhorší, s čím se špatně sžívají?* Na tuto otázku bylo reagováno tak, že především se pacienti potýkají s režimovou léčbou, kterou musí dodržovat. To uvádí i (Kafka et al., 1998; Marková, Venglářová, Babiaková a et al., 2006) a jiní. Potom je to jistá ztráta svobody, odloučení od rodiny a další. V rozhovoru s pacienty jsme se ptali na úspěšnost a činnost pacientů v zaměstnání, což je

částečnou odpovědí, na třetí zjišťovaný cíl v této bakalářské práci. Důsledky spojené i se sociální situací zaznamenali pacienti ve svých zaměstnáních, kdy 6 pacientů je nezaměstnáno a evidováno na úřadu práce a 4 pacienti zaměstnání mají, ale pociťují buďto mírný propad, anebo nějaké problémy, které se v práci objevily v souvislosti s požíváním alkoholu. „Tento člověk není schopen dodržet pracovní dobu, přichází později na pracoviště, kdy nespokojenost nadřízených připisuje k nespravedlivému hodnocení. Následně pod vlivem opilosti dochází ke ztrátě zaměstnání. Mnohdy tito lidé nemají zájem k hledání nového zaměstnání“, toto uvádí (Vágnerová, 1999) ve své literatuře, což se shoduje s tvrzením většiny pacientů.

Dalším cílem bakalářské práce bylo, zmapovat: *Jaká je spoluúčast rodiny při léčbě závislosti?* Na tuto otázku je částečně odpovězeno v otázce, kdy se ptáme, jak ovlivnila závislost osobní život pacientů. Načež 7 pacientů z 10 řeklo, že se jejich osobní život změnil, buďto rozvodem, anebo zklamáním rodiny a jejich blízkých. Zbylí 2 pacienti odpověděli, že to jejich osobní život nezměnilo a 1 pacient uvedl, že je to spíše důsledek, čímž odpověděl na cíl, který byl zjišťován jako předchozí. K cíli týkající se spoluúčasti rodiny při léčbě závislosti, byla položena otázka, kdy jsme se zajímali: *Kdo je pro pacienty největší psychickou oporou při jejich léčbě ze závislosti na alkohol?* Všichni pacienti uvedli, že psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu, je pro ně ať už manželka, nebo rodiče a děti, tak i kamarádi. V souvislosti s častou recidivou u pacientů, což uvedly sestry v předchozím rozhovoru, nás zajímalo: *Zda mají pacienti dostatek informací o následné domácí péči a pokud ano, odkud je získali?* V tomto ohledu má 8 pacientů dostatek informací, které získali od pracovníků Psychiatrické léčebny v Kroměříži, 1 pacient je získal i od svého psychologa a psychiatra a 2 pacienti uvedli, že nemají dostatek informací, že jsou teprve krátce hospitalizováni na protialkoholním oddělení v Kroměříži. A jako poslední nás zajímalo: *Jaké mají pacienti představy po propuštění z léčebny?* 6 pacientů uvedlo, že mají snahu najít si, nebo udržet své zaměstnání, 3 pacienti odpověděli, že chtějí vydržet abstinovat, dodržovat léčbu a režim, 1 pacient řekl, že má domluvené doléčovací centrum a 1 pacient uvedl, že se musí vyvarovat alkoholu a připustit si, že kontrolované pití neexistuje.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení měla za úkol zjistit následující cíle: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu, zjistit faktory, které hrají roli pro vznik závislosti, zmapovat důsledky závislosti na alkoholu v oblasti zdravotní, psychické a sociální a nakonec zjistit, jaká je spoluúčast rodiny při léčbě závislosti na alkoholu. Všechny čtyři cíle byly splněny. Šetření bylo realizováno kvalitativním výzkumem, který byl prováděn polostrukturovaným rozhovorem. Tímto šetřením jsme zjistili skutečný stav dané problematiky.

První cíl této bakalářské práce byl splněn, kdy jsme zjistili, že je kladen důraz při práci s pacienty závislými na alkoholu hlavně na dodržení daného režimu, který je nedílnou součástí komplexní léčby závislosti na alkoholu. Poté jsou důležité rozhovory s pacienty, což znamená předpoklad správných komunikačních dovedností pro sestry, a to i ve formě psychoterapeutických skupiny, kdy součástí je i administrativní činnost. Na protialkoholním oddělení je možno se setkat i s agresivními pacienty, a je proto nutné postupovat adekvátně dané situaci. Dále jsou jisté zásady, které musí sestry při práci s těmito pacienty zachovávat, do nichž spadá dodržování důslednosti, profesionality, udržení si jistého odstupu k pacientům, ale naopak je důležitá empatie k pacientům obecně. Dle odpovědí je důležité také neponižovat pacienty a zachovávat jejich anonymitu. I cíl druhý byl splněn. Faktory, které mají vliv na vznik závislosti na alkoholu, jsou podle pacientů například pití po celý život, ztráta zaměstnání, dále rozvodové řízení, nadbytek volného času nebo stres, který vyvolal závislost na alkoholu. Třetím cílem jsme zjistili důsledky závislosti na alkoholu. V tomto případě pacienti na sobě pociťují celkové zhoršení zdravotního stavu, mezi které patří například vysoký krevní tlak, zhoršený diabetes mellitus a jiné. Pacienti na sobě vnímají, nebo jsou si vědomi toho, že se jim díky nadměrnému požívání alkoholu poškodila játra. U hospitalizovaných pacientů se objevují i psychické změny, jako například demence, a objevují se epileptické záchvaty. Mnozí z pacientů si myslí, že alkohol na nich nezačal žádný dopad ať už zdravotní, nebo psychický. Při tom pacienty v některých situacích spjatých s alkoholem napadala myšlenka na sebevraždu, což do jisté míry neberou jako psychickou nepohodu. V oblasti sociální jsou tito lidé dostatečně poškozeni, jelikož valná většina pacientů je bez zaměstnání, nebo alespoň pocítili nějaké problémy ve svém pracovním životě. Čtvrtý cíl byl rovněž splněn, pacienti hospitalizováni na protialkoholním

oddělení jsou podporováni rodinnými příslušníky, i když někteří uváděli, že alkohol měl vliv na rodinnou situaci, a to konkrétně na rozvodové řízení.

Na závěr je vhodné podotknout, že lidé závislí na alkoholu si mnohdy neuvědomují vážnost celé situace, kdy jsou podle výpovědí sester opětovně hospitalizováni pro časté recidivy alkoholismu. Tato práce je jen zlomek průzkumu, stále se objevují nové otázky, na které je třeba nalézt odpovědi. Specifika ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu, je proto nutné předat dál do praxe. Jako výstup této závěrečné práce jsme vytvořili edukační materiál v podobě Power Point prezentace, která je uvedena v příloze P VII. Přednáška je určena 3. a 4. ročníkům SZŠ v Kroměříži, termín je předběžně domluvený s vedením školy na září 2012.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEER Dominic M., Stephen M. PEREIRA a Carol PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0363-7.
2. COHEN, Robert M., 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Přeložila Silvie STRUKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 80-7178-497-4.
3. ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. *Ošetrovanie chorých s psychiatrickými problémami na somatických oddeleniach*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-354-7.
4. DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.
5. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. HOSÁKOVÁ, Jiřina et al., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Vyd.1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-7248-442-3.
7. HÖSCHL, Cyril et al., 1997. *Psychiatrie*. Praha: Scientia medica. ISBN 80-85526-64-6.
8. HÝŽA, Martin, Vlasta HANUŠKOVÁ a Ladislav HOSÁK, 2007. Akutní stavy v psychiatrii. In: HOSÁKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, s. 139-146. ISBN 978-80-7248-442-3.
9. CHVÍLA, Libor, 2007. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané psychoaktivními látkami. In: HOSÁKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, s. 30-35. ISBN 978-80-7248-442-3.
10. KAFKA, Jozef et al., 1998. *Psychiatrie*. Martin: Osveta. ISBN 80-88824-66-4.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
12. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
13. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

14. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislostí*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-52-2.
15. NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.
16. ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-199-9.
17. PAVLOVSKÝ, Pavel et al., 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2618-2.
18. POPOV, Petr, 2001. Návykové poruchy. In: RABOCH, J., P. ZVOLSKÝ et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, s. 193-202. ISBN 80-7262-140-8.
19. PROFOUS, Jiří, 2011. *Průvodce alkoholovou závislostí*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-820-9.
20. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ, 1998. *Psychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 80-85875-98-5.
21. SEIFERTOVÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL, 2004. *Postupy v léčbě psychiatrických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-06-2.
22. SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
23. SOKOL, Ilja, 1987. Alkoholické psychózy. In: SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987, s. 68-72. ISBN 08-077-87.
24. ŠLAISOVÁ, Iva, Ladislav HOSÁK a Věra MICHÁLKOVÁ, 2004. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. Praha: Nucleus HK[®]. ISBN 80- 86225-51-8.
25. VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

Seznam elektronických zdrojů:

1. DE SOUSA, Avinash, Alan DE SOUSA. An open randomized study comparing disulfiram and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. In: Oxfordjournals.org [online]. © 2005, č. 40 [cit. 2012-03-15]. ISSN 1464-3502. Dostupné z: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/40/6/545.long>

2. CHVAL, Josef. Delirium tremens. In: Psychiatriepropraxi.cz [online]. © 2007, č. 6 [cit. 2012-03-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200706-0004.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Ddelirium%20tremens%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
3. POPOV, Petr. Alkohol. In: Drogy-info.cz. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. [online]. © 2003 – 2006, poslední aktualizace 05. 10. 2005 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/ucebnice_drogy_a_zavislosti/3_rozdeleni_a_ucinky_na_vykovych_latek
4. POPOV, Petr. Závislost na alkoholu. In: Psychiatriepropraxi.cz [online]. © 2003, č. 1 [cit. 2012-03-12]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200301-0007.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dz%20vislost%20na%20alkoholu%26sfrom%3D0%26spage%3D30>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ÚP	Úřad práce
PL	Psychiatrická léčebna
WHO	World Health Organization
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
aj.	A jiné
např.	Například
ml.	Mililitr
SZŠ	Střední zdravotnická škola
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Postupy při prohledávání pacienta a jeho majetku
- P II Péče o pacienta v deliriu tremens:
- P III Péče o pacienta/klienta při Antabusové reakci
- P IV Otázky pro rozhovor s pacienty
- P V Otázky pro rozhovor se sestrami
- P VI Audiozáznam rozhovorů na CD
- P VII Ukázka prezentace pro SZŠ
- P VIII Informovaný souhlas pacienta o účincích Antabusu
- P IX Týdenní program pro pacienty na protialkoholním oddělení

PŘÍLOHA P I: POSTUPY PŘI PROHLEDÁVÁNÍ PACIENTA A JEHO MAJETKU

Předmluva

Prohledávání pacienta a jeho majetku je choulostivá záležitost, provádíme ji proto poctivě a dodržujeme profesionální standardy. Tato činnost má rysy provokace a degradace, následující postupy se snaží proto zachovat důstojnost a prospěch pacienta.

1. Obecné postupy

1.1 K prohledání pacienta a jeho věcí dochází na žádost sloužícího týmu a po schválení vedoucí sestrou. Důvodem je podezření o přechovávání předmětů a drog i alkoholu, které potenciálně i bezprostředně ohrožují bezpečnost pacienta a ostatních osob.

1.2 Prohledání je „poslední volbou“, není prvotním řešením problému, protože i jiné metody mohou přinést uspokojujivé řešení.

1.3 Během prohledávání s pacientem mluvíme, dáme mu možnost k vyjádření jeho úzkosti. Personál nikdy neprojevuje zjevné potěšení apod.

1.4 Při prohledávání pacientových věcí ho požádáme o svolení, i když ho nemusíme mít. Pacient si může přát být přítomen, personál zváží, zda je to bezpečné.

1.5 Při zcizení věcí jednotky si počínáme podle pravidel příslušných manuálů.

2. Postupy při prohledávání osoby

2.1 Pacienty prohledáváme individuálně v soukromí jejich pokojů, nevyžaduje-li naléhavost situace jiné řešení.

2.2 Pacienta prohledávají minimálně dva zaměstnanci, kteří jsou stejného pohlaví jako pacient. Jedním z nich je trénovaný pracovník. Naléhavost situace nás nemá vést k porušování této zásady.

2.3 Pacienta informujeme o důvodech jeho prohledání, dáme mu možnost vysvětlit situaci a sdělit důležité věci.

2.4 Pacient se sám svléká pod dozorem, pracovníci pak prohledávají jednotlivé části oděvu.

2.5 **JE ZAKÁZÁNO PROHLEDÁVAT INTIMNÍ ČÁSTI TĚLA.**

2.6 Personál zajistí pacientovo dostatečné oblečení před přemístěním do jiné místnosti.

3. Postup při prohledávání osobního majetku

3.1 Osobní majetek prohledáváme vždy za přítomnosti pacienta.

3.2 Prohledávání provádějí dva členové týmu, z čehož jeden pracovník je stejného pohlaví jako pacient a druhým pracovníkem je sestra s příslušným vzděláním.

- 3.3 Všechny věci vrátíme do původního uspořádání, nic nesmíme poškodit.
- 3.4 Prohlídku a její výsledky zaznamenáváme do pacientova chorobopisu.

Poslední kontrola - datum

Příští kontrola - datum

PŘÍLOHA P II: PÉČE O PACIENTA V DELIRIU TREMENS

Kompetence:	sestra s vysokoškolským vzděláním Sestra specialista-PSS Sestra VOŠ Sestra s 4 letou SZŠ
Vypracovala:	XX
Odborný garant:	XX
Zodpovídá:	vrchní sestra, staniční sestra
Platnost:	od 1. 10. 2003
Cíl:	Stabilizace vitálních funkcí u pacienta Návrat základní orientace pacienta- osobou, místem, časem Zajištění hydratace a příjmu potravy Obnovení pohody pacienta
Pomůcky:	Pomůcky k eventuální resuscitaci Samostatný pokoj Pomůcky k fyzickému omezení
Standard pro postup:	Ulož pacienta na samostatný pokoj Sleduj hodnoty základních funkcí Sleduj příjem a výdej tekutin Zklidni pacienta vysvětlením akutního stavu Navazuj stálý verbální kontakt Sleduj třes, koordinaci pohybů, udržení rovnováhy

Všímej si zvláštností upozorňujících na přítomnost halucinací a pocitů neklidu

Sleduj vyprazdňování

Dohlížej na osobní hygienu

Všímej si kvality spánku

Zajisti v případě neklidu bezpečnost pacienta omezovacími prostředky

Prováděj fyzické omezení na základě písemné ordinace lékaře na nezbytně nutnou dobu

Zajisti přítomnost dostatečného počtu osob k provedení fyzického omezení

Zajisti ordinované odběr a informuj o laboratorních výsledcích lékaře

Podávej lék dle ordinace lékaře

Prováděj zápisy pozorování do ošetrovatelské dokumentace

Umožni pacientovi po odeznění akutního stavu zapojit se do režimové terapie

Využívej stále možnosti psychoterapeutického působení s vysvětlením nutnosti dalšího léčení a trvalé abstinence

Komplikace:

Neschopnost spolupráce

Náhlá změna laboratorních hodnot

Selhání základních životních funkcí

PŘÍLOHA P III: PÉČE O PACIENTA/KLIENTA PŘI ANTABUSOVÉ REAKCI

Kompetence:	sestra s vysokoškolským vzděláním Sestra specialista-PSS Sestra VOŠ Sestra s 4 letou SZŠ
Vypracovala:	XX
Odborný garant:	XX
Platnost:	od 1. 10. 2003
Cíl:	informovaný, uklidněný, spolupracující pacient Dobrá komunikace a pochopení dané situace Zajištění bezpečného prostředí Zajištění vitálních funkcí Obnovení pohody klienta Postupné zapojení do režimové terapie Trvalá abstinence (dlouhodobý cíl)
Pomůcky:	samostatný pokoj určený pro Antabusovou reakci Pomůcky a léky dle ordinace lékaře pro poskytování KCPR Zrcadlo Emitní miska na zvratky Alkohol pro antabusovou reakci Tiskopis pro záznam o průběhu Antabusové reakce

Lékařská a ošetrovatelská dokumentace klienta

Standard pro postup: kontroluj užívání Antabusu před Antabusovou reakcí

Informuj klienta o přípravě před Antabusovou reakcí

Pouč klient, aby si zajistil k Antabusové reakci alkohol

Pouč ho a kontroluj, aby byl lačný ráno před Antabusovou reakcí

Podej klientovi informace o možném průběhu Antabusové reakce

Nabízej mu alkohol v menších dávkách

Požádej klienta o spolupráci ve sdělování svých pocitů a nepříjemných reakcí

Sleduj míru zrudnutí v obličejí, překrvení spojivek, dechovou frekvenci, pulz, TK, TT, intenzitu zvracení

Prováděj podrobný zápis pacientových reakcí do ošetrovatelské dokumentace

Poskytni klientovi podpůrnou psychoterapii ve smyslu posílení averzní reakce

Komplikace: selhání základních životních funkcí

Zvláštní upozornění: Antabusová reakce je prováděna se souhlasem klienta

po dobu reakce je přítomen lékař

PŘÍLOHA P IV: OTÁZKY PRO ROZHOVOR S PACIENTY

- 1) Kolik je vám let?
- 2) Jaké je vaše dosažené vzdělání?
- 3) Kolikrát jste byl léčen ze závislosti na alkoholu?
- 4) Co vás vedlo k nadměrné konzumaci alkoholu? Co bylo příčinou vzniku vaší závislosti?
- 5) Jaký druh alkoholu jste nejčastěji konzumoval?
- 6) Po jaké době jste si přiznal závislost na alkoholu?
- 7) Kdo nebo co ovlivnilo vaše rozhodnutí léčit se?
- 8) Zažil jste někdy stav zvaný delirium tremens?
- 9) Zhoršil se v důsledku nadměrné konzumace alkoholu váš psychický stav, popř. vyskytly se somatické problémy?
- 10) Napadla vás někdy myšlenka na sebevraždu v souvislosti se závislostí na alkoholu?
- 11) Co pro vás během hospitalizace je/bylo nejhorší?
- 12) Jak ovlivnila vaše závislost na alkoholu vaši činnost/úspěšnost v zaměstnání?
- 13) Jak ovlivnila závislost váš osobní život?
- 14) Kdo je pro vás největší psychickou oporou při léčbě ze závislosti na alkoholu?
- 15) Máte dostatek informací o následné domácí péči? Pokud ano, kde jste je získal?
- 16) Jaká je vaše představa o budoucnosti po propuštění z léčebny?

PŘÍLOHA P V: OTÁZKY PRO ROZHOVOR SE SESTRAMI

- 1) Kolik je vám let?
- 2) Jaké je vaše vzdělání?
- 3) Kolik let pracujete na oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu?
- 4) Absolvovala jste nějaké speciální kurzy/vzdělání pro práci sestry v psychiatrické léčebně na protialkoholním odd.?(např. kurz zvládnání agrese aj.)
- 5) Jak byste charakterizovala práci sestry na protialkoholním odd., co je pro ni typické?
- 6) Jsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním odd.? Pokud ano, jaké?
- 7) Na co je kladen největší důraz v práci sestry na protialkoholním oddělení?
- 8) Jaké 3 nejhlavnější zásady musí dodržovat sestra při práci s pacienty závislími na alkoholu?
- 9) Setkala jste se s agresivním pacientem/klientem? Pokud ano, jak jste reagovala, co je důležité při práci s těmito pacienty?
- 10) Setkala jste se někdy s pacientem v deliriu tremens? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těchto pacientů? Co je důležité, na co dávat pozor?
- 11) Je při vaší práci přikládán význam pro správnou komunikaci s klienty/pacienty?
- 12) Pokud ano, jaká jsou základní pravidla správné komunikace?
- 13) Co vidíte jako pozitiva na své práci?
- 14) V čem spatřujete negativa této práce?
- 15) Ovlivňuje vaše práce váš osobní život? Pokud ano, jak?

PŘÍLOHA P VIII: INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA O ÚČINCÍCH ANTABUSU

Byl jsem informován o účincích Antabusu, zejména o nutnosti zachovat
naprostou abstinenci od alkoholu v průběhu podávání
a nejméně týden po poslední dávce. Požití alkoholu by
znamenalo vážné zdravotní problémy až ohrožení života.

datum:

podpis:

PŘÍLOHA P IX: TÝDENNÍ PROGRAM PRO PACIENTY NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ

Týdenní program na odd. 17.B.

denně: 6,00 budiček, os. hygiena, víkend - v 7.00
6.30-6.35 rozcvička ,úklid
7,30 snídaně,dokončení úklidu odd., kontrola rajonu
8.00 , 12.00,20.00 podávání léků
8,15-9,00 komunita
11,30 -12,30 oběd, odpol. klid do 12,30
15,15-svačina
15,15-17,30 - 18,00 večeře, úklid, kontrola rajonu
22,00 večerka/pátek nebo sobota do 24.hod dle domluvy na komunitě -
schvaluje oš. lékař dle navrženého tel.programu / řád odd. čl. 14/

PO:

8,30-11,30 velká vizita
13,00-13,30 relaxace skupina č.1.
13,45-14,45 osvěta,zadání úkolů a otázek na středu
16.00-16,30 čtení
16,30-17.30 osobní volno
kontrola pokojů a skříněk dle rozhodnutí personálu

ÚT:

9,00-11,30 pracovní terapie-skupina č. 2,provedení
plánovaných vyšetření, převazů apod.
9,30-10,30 skupina č. 1 s PHDr. Sládkovou- chodba pokoj 1-4
13,00-13,30 Relaxace skupina č.2
13,00-15,00 pracovní terapie skupina č. 1
13.45-14,45 skupina č.2-Dr.Račinská jídelna
15.30-16.30 sport.
16.30-17.30 os. volno

ST:

9,00-11,30 pracovní terapie
13,00-13,50 písemná práce z osvěty- jídelna
14,00-17,00 vycházky povolené na velké vizitě,náštěvy
18,15-19,30 večerní klub

ČT:

9,00-11,30 malá vizita
9,30-10,30 skupina č.1/PHDr.Sládková/chodba pokoj č.1-4
13,00-13,30 relaxace skupina č. 1
13.45-15,00 skupina č. 1-pracovní terapi
13,45-14,45 skupina č. 2-jídelna MUDr. Račinská
15.30-16.30 sport
16,30-17,30 osobní volno

PA:

9,00-11,30 společný úklid odd.
13,00-13,30 relaxace skupina č. 2
13,45-14,45 volná tribuna
15,30-17,30 osobní volno

SO, NE: návštěvy, vycházky, sport, TV, individ.pohovory se sestrou
Poslední čtvrtek v měsíce se na odd. pořádá A klub od 15,00 hod.
od 12,30 se společně připravují prostory odd.