

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu na standardních odděleních

Pavla Frajtová, DiS.

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla Frajtová, DiS.**

Osobní číslo: **H14599**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu na standardních odděleních**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti specifík ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

LINDENMEYER, Johannes. Závislost od alkoholu: pokroky v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009. ISBN 978-80-88952-54-1.

MARMOT, M. G. a Richard G. WILKINSON. Social determinants of health. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-01-9856-589-5.

NESPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Isoučasné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

ŠIMOVCOVÁ, Darina. Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia. Ve Zlíne: Univerzita Tomáše Bati, 2015. ISBN 978-80-7454-515-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

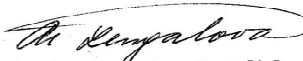
Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**

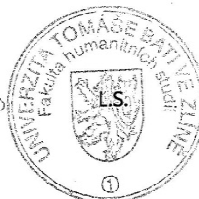
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíne dne 9. prosince 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 Zlíně10.3.14.....

.....A. P. C.....

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 nevydělčně 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 nahlášení 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 odevzdaním 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 vzdělávacímu 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). *Opáčí-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějším projevem jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 přihlídáne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu na standardních odděleních. V první části práce je popsána alkoholová závislost, příčiny vzniku a rozdělení syndromu závislosti. Dále se práce zabývá fyzickými a psychickými změnami v organismu v důsledku závislosti na alkoholu, specifiky a zátěží sester při ošetrovatelské péči o závislé pacienty. Praktická část zkoumá, jak a v čem spatřují zdravotní sestry největší zátěž při péči o závislé pacienty, zda mají možnost vzdělávat se v problematice ošetrovatelské péče a jaký je jejich zájem o vzdělání v této problematice.

Klíčová slova: Alkoholismus, Závislost, Specifika ošetrovatelská péče, Zátěž, Vzdělávání

ABSTRACT

The aim of this bachelor thesis is to investigate and identify the main difficulties of the nursing care for alcohol addicted patients. The theoretical part of the bachelor thesis deals with the specialized nursing care of the alcohol addicted persons on standard wards . In the first part, the alcoholism, it's causes and syndrome division is described. This part also provides an overview of physical and psychological changes in the body due to alcohol dependence. In addition, the specifics of the nursing care for these ill patients are shown. Practical part investigates the greatest burden during the care of dependent patients from the nurse's point of view. Possibilities of the education for the caretakers and their interest in education in this area are also demonstrated.

Key words: Alcoholism, Addiction, Specifics of nursing care, The Burden, Education

Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Jiřímu Gařkovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji také Mgr. Vladimíru Kouteckému a Mgr. Michaele Zdráhalové za cenné rady a připomínky.

Velký dík patří mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST	12
1.1 PŘÍČINY VZNIKU	12
1.2 FÁZE VÝVOJE VZNIKU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	13
1.3 ROZDĚLENÍ SYNDROMU ZÁVISLOSTI.....	14
1.3.1 Klasifikace typů závislosti dle Jellinka	14
1.4 METABOLISMUS ALKOHOLU	15
1.5 SOMATICKÉ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	16
1.5.1 Interní poškození organismu alkoholem	16
1.5.2 Neurologické poškození organismu alkoholem	19
1.6 PSYCHICKÉ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	20
1.7 SOCIÁLNÍ KOMPLIKACE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	22
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU	23
2.1 SPECIFIKA PROJEVŮ CHOVÁNÍ U PACIENTŮ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU	24
2.2 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI	27
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ INTOXIKACÍ ALKOHOLEM	29
2.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V DELIRIU TREMENS	29
2.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ALKOHOLOVOU PSYCHÓZOU	30
2.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEKLIDNÉHO A AGRESIVNÍHO PACIENTA	30
2.7 OBECNÉ ZÁSADY PŘI RESTRIKTIVNÍCH OPATŘENÍCH	31
3 ZÁTĚŽ SESTER PŘI PÉČI O PACIENTA ZÁVISLÉHO NA ALKOHOLU	33
3.1 SYNDROM VYHOŘENÍ	34
3.2 PRÁVNÍ MINIMUM PRO SESTRY	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 CÍLE PRÁCE	37
4.1 HLAVNÍ CÍL	37
4.2 DÍLČÍ CÍLE	37
5 METODIKA	38
5.1 POUŽITÉ METODY	38
5.1.1 Dotazník	38
5.2 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	38
5.3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	39
5.3.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat	39
6 DISKUZE	60
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68

SEZNAM GRAFŮ	69
SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Zdravotní sestry se při své práci setkávají mimo jiné i s pacienty závislými na alkoholu, a to v různých fázích tohoto onemocnění. Zvolené téma je tedy z hlediska praxe velmi aktuální. Alkoholismus má mnoho podob, mnoho příčin vzniku, ať už osobní nebo pracovní povahy, ale konečná fáze onemocnění je vždy stejná. Úpadek fyzický, a především psychický je nakonec stejný u všech závislých, kteří nedokázali přestat pít. Troufáme si tvrdit, že každá zdravotní sestra po určité době praxe pozná alkoholika „už ode dveří“.

Alkohol je jedna z nejstarších a současně nejdostupnějších drog. Počet závislých je vysoký a zahrnuje takřka všechny věkové kategorie. Ošetrovatelská péče o pacienta závislého na alkoholu vyžaduje velkou míru znalostí a také hodně trpělivosti. Nežádka jsou alkoholici agresivní, nechtějí spolupracovat a chovají se vulgárně k ošetřujícímu personálu. Často také svévolně opouštějí oddělení, páchají krádeže a ohrožují sebe i okolí. Při jednání s opilým pacientem může dojít k poranění ošetřujícího personálu, nebo je nutné zavolat ochranku či policii. Toto všechno musí brát setra v úvahu a musí si umět poradit v každé situaci.

V teoretické části bakalářské práce vymežíme pojem alkoholová závislost, popíšeme příčiny vzniku, fáze vývoje a nastíníme i různé typy alkoholové závislosti. Zaměříme se rovněž na účinky alkoholu na lidský organismus a popíšeme psychické a sociální komplikace závislosti. Dále se budeme věnovat specifickým ošetrovatelské péče o závislé pacienty. Nejprve definujeme projevy chování těchto pacientů od neklidu až po suicidální chování a posléze se budeme věnovat problémům při komunikaci pacientů se specifickými potřebami. Na závěr teoretické části popíšeme úskalí při ošetrování pacientů intoxikovaných alkoholem, v deliriu tremens, s alkoholovou psychózou atd. V této souvislosti zmíníme i zásady restriktivních opatření při péči o tyto pacienty.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bude popsat, jak vnímají všeobecné zdravotní sestry ošetrovatelskou péči o pacienty závislé na alkoholu. Sběr dat proběhne formou dotazníkového šetření ve třech zdravotnických zařízeních. Získaná data budou přehledně zpracována do tabulek a grafů a shrnuta v závěrečné analýze.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST

„*Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivních látek*“ (Vágnerová, 2004, s. 548).

Hlavním problémem pro společnost při požívání alkoholu jsou negativní dopady v sociální sféře, například problémy v rodině, v zaměstnání a problémy se zákonem (Marmot, Wilkinson, 2006).

Nešpor (2007) ve své knize o návykových závislostech uvádí definici závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí alkoholismus jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil víc. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více následujícím jevům:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Objevují se potíže se sebeovládáním při užívání látky.
- Pokud se objeví tělesný odvykací stav při zmenšení přijímané dávky.
- Pokud se prokáže snížená vnímavost a tolerance k účinkům látky, projevující se nutností zvyšovat dávky.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zanedbávání ostatních zájmů ve prospěch látky.
- Pokračování v užívání látky i přes jasné důkazy o škodlivosti a následkům užívání.

Jednotlivé látky mají různé účinky, vyvolávají tedy různé typy závislostí. Somatická závislost je adaptace biologických funkcí organismu doprovázená zvýšením tolerance na množství látky. Psychická závislost se projevuje obtížně přemožitelnou touhou po látce (Heller, Pecinová, 2011).

1.1 Příčiny vzniku

Závislost je multifaktoriálně podmíněná porucha, na jejímž působení se podílí somatické a psychické vlastnosti jedince, vnější faktory, především sociální prostředí. Podíl má chemické složení látky. Užívání některých látek působí závislost téměř u kohokoliv, např. heroin. Také genetické dispozice můžou zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti.

Biologický základ, způsob zpracování látky organismem, znamená velké riziko ovlivnění fyziologické reakce zvláště u alkoholu. Psychické faktory (především motivace, která je spouštěčem) mohou vycházet z individuálních potřeb, nebo jsou důsledkem sociálního tlaku. Sociální faktory také mohou značně zvyšovat tendence užívání alkoholu (společnost, prostředí, rodina, sociální skupina, úroveň vzdělání, sociální deprivace). Alkohol je velmi starou drogou. V naší společnosti je nejčastěji používanou psychoaktivní látkou. Jedná se o drogu společenskou. Pití alkoholu má velmi dlouhou tradici a společnost je k jejímu užívání velmi tolerantní. Alkohol působí anxiolyticky, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu. V malých dávkách působí stimulačně, odstraňuje zábrany. Ve větších dávkách působí tlumivě. Nadměrné užívání má celou řadu negativních důsledků. Závislost vzniká jako důsledek dlouhodobého pravidelného nadužívání (Heller, Pecinovská, 2011).

1.2 Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu lze rozdělit do čtyř fází. Poprvé je charakterizoval v roce 1952 E. M. Jellinek, americký alkohololog českého původu (Vágnerová, 2004).

Heller a Pecinovská (2011) ve své knize uvádějí tyto fáze vzniku závislosti:

- **Fáze občasné konzumace** – alkohol se pije většinou ve společnosti, jeho konzumace může být projevem sociální konformity, v určitých sociálních vrstvách se stala normou.
- **Fáze prodromální, varovná** – alkohol pomáhá zvládat stresové situace, stoupá tolerance k alkoholu, dochází ke zvyšování dávek, jsou častější. Jedinec si začíná uvědomovat svou potřebu alkoholu.
- **Fáze kritická** – v této fázi pokračuje růst tolerance k alkoholu i jeho míra konzumace, člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím, stává se závislým. Nechce si přiznat svou závislost. Užívání alkoholu vede ke vzniku různých problémů, zejména sociálního charakteru.
- **Fáze terminální, období úpadku** – z důvodu poškození jater se začíná snižovat tolerance k alkoholu. Člověk se rychleji opije. Nepříjemným stavem čtvrtého stádia je stav po vystřízlivění, kdy je jedinec nucen se léčit další dávkou alkoholu, tzv. malými doušky. Pokračuje-li dál, vzniká tah (několikadenní období nepřetržité opilosti). Z nouze pak může sáhnout i po chemických prostředcích typu např. Alpa, obsahujících etanol. Začínají se objevovat různá orgánová poškození (např. jater,

slinivky břišní). Nastupuje degradace osobnosti. Alkohol pacient upřednostňuje před vším ostatním. V této fázi bývají také častá suicida, kdy to už nejde ani s alkoholem, ani bez něj. Vzniká chronické stádium závislosti na alkoholu (Heller, Pecinovská, 2011).

Alkoholik trpí stavy bezmocnosti, kdy si uvědomuje, že není schopen svou závislost zvládnout. Závislost na alkoholu trvá i tehdy, naučí-li se alkoholik abstinovat, závislost zůstává až do konce života, to znamená, že se vyléčený alkoholik už nikdy nesmí požit alkohol (Vágnerová, 2008).

1.3 Rozdělení syndromu závislosti

Heller a Pecinovská (2011) definují rozdělení syndromu závislosti následovně:

- **Akutní intoxikace** – jedná se o přechodný stav po užití látky vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání a vnímání, emotivity nebo chování. Příznaky intoxikace jsou typické pro určitou skupinu látek a trvají pouze po dobu přítomnosti látky v těle.
- **Škodlivé užívání (abúzus)** – vzorec užívání, který poškozují tělesné nebo duševní zdraví nebo vyvolává sociální problémy.
- **Syndrom závislosti** – zahrnuje skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, které mají přednost před vším ostatním.
- **Odvykací stav** – syndrom odnětí drogy, alkoholu. Tvoří jej kombinace příznaků, které se objevují po částečném nebo úplném odnětí drogy. Mezi nejčastější příznaky patří tzv. ranní doušky, třes rukou nebo generalizovaný třes, poruchy spánku, anorexie, nauzea, zvýšená potivost, tachykardie, úzkost, změny nálad, zvracení, epileptické paroxysmy.

1.3.1 Klasifikace typů závislosti dle Jellinka

Takto je uvádějí ve své knize Heller a Pecinovská (2011) :

- **Typ alfa** – typické občasné excesy s následnými problémy, nejedná se o závislost v pravém slova smyslu, může se vyvinout závislost gama.
- **Typ beta** – jedná se o pravidelnou konzumaci alkoholu s neochotou pití přerušit ani za nevýhodných podmínek, je to předstupeň závislosti. Může se rozvinout v závislost delta.

- **Typ gama** – poruchová kontrola, která vede k nevhodným opilstem a následným problémům s okolím. V mezidobí je zachována schopnost abstinence. Pokusy o kontrolované pití však nejsou možné a následují další problematické ebriety. Frekvence pití stoupá, až se opakuje každý den.
- **Typ delta** – tento typ je charakteristický pro vinařské oblasti. Pravidelná denní konzumace alkoholu zde patří k životnímu stylu. Typický je stav „ani opilý, ani střízlivý“. K propuknutí závislosti zpravidla dochází až po odnětí pravidelné dávky alkoholu (např. nečekaná hospitalizace), kdy může vypuknout delirium tremens. Kontrola nad pitím bývá zachována, dochází však k postupnému zvyšování dávek a problémem je neschopnost abstinence.
- **Typ epsilon** – typická je koincidence abúzu alkoholu a psychického onemocnění, často se jedná o kvartální pití.

1.4 Metabolismus alkoholu

Žádná jiná droga nenabízí tak široké spektrum účinků jako alkohol. Poskytuje chuťové požítky, dodávku vody, živin. Nejvíce je ale vyhledáván pro své účinky na psychiku člověka. Dle Hellera a Pecinovské (2011) nabízí alkohol v oblasti psychiky pocit zvýšených schopností (jedná se ovšem pouze o subjektivní pocit). Dále odstraňuje špatnou náladu, uklidňuje, až uspává, odstraňuje úzkost, tlumí vnímání bolesti a odstraňuje zábrany.

„Alkohol způsobuje povšechný útlum činnosti CNS od nejvyšších etáží k nejnižším (od mozkové kůry přes podkorová centra, mozeček až po centra vitálních funkcí, uložená v prodloužené míše), excitace v ebrietě je způsobena právě útlumem tlumivých korových aktivit“ (Heller, Pecinovská, 2011, s. 49).

Alkohol je název pro skupinu organických látek, odvozených od uhlovodíků nahrazením atomu vodíku skupinou OH (metan – metylalkohol, etan – etylalkohol ...). Většina alkoholů jsou prudké jedy, jen etylalkohol (etanol) je v malých dávkách slučitelný s lidským životem a zdravím. Alkohol je přijímán ústy a vstřebává se v celém trávicím traktu, nejvíce v tenkém střevě. Odtud se dostává do krve, z ní pak putuje do jater a do srdce a z něj potom tepnami do celého těla. Vstřebávání alkoholu je závislé na mnoha faktorech. Především na náplni žaludku a prokrvení jeho sliznice. Důležitou roli hraje také koncentrace přijatého alkoholu. Rychleji se vstřebávají nápoje koncentrované nebo sycené kyslíčnickem uhličitým, vypité nalačno. Naopak nejpomaleji se vstřebávají ledové nápoje,

zvláště když se pijí po jídle. Na rozdíl od vstřebávání, odbourávání alkoholu probíhá konstantní rychlostí, kterou lze jen minimálně ovlivnit. Probíhá v řadě orgánů, nejvíce však v játrech. Zdravá játra jsou schopna odbourat asi 0,1 g alkoholu na 1 kg váhy člověka za 1 hodinu, což odpovídá poklesu hladiny alkoholu v krvi asi o 0,17 promile. U pravidelných pijáků dochází k postupné stimulaci a zvyšování enzymů štěpících alkohol, proto může odbourávání postupovat rychleji, nesmí však být poškozena funkce jater. Účinek alkoholu na člověka závisí na mnoha faktorech, nejvíce na dosažené hladině alkoholu v krvi. Už hladina 0,5 g/l ovlivňuje myšlenkové pochody. Při hladině nad 1 g/l se objevuje zhoršení reakcí a postižení hlavně jemné motoriky. Hladina nad 2 g/l je již zřetelnou opilostí, kterou provází těžká porucha koordinace pohybů, rovnováhy a řeči. Množství alkoholu nad 3–4 g/l je již těžkou intoxikací, doprovázenou hlubokým spánkem, popřípadě i bezvědomím. Koncentrace v krvi kolem 4–5 g/l již může způsobit smrtelnou otravu alkoholem, provázenou zástavou činnosti dechového centra a udušením (Heller, Pecinovská, 2011).

1.5 Somatické komplikace závislosti na alkoholu

1.5.1 Interní poškození organismu alkoholem

Míra poškození organismu alkoholem má mnoho proměnných. Závisí jednak na množství přijímané drogy (na denní dávce, frekvenci, trvání požívání, koncentraci nápoje), dále pak na individuální vnímavosti člověka (genetika, prodělaná onemocnění atd.). Škodlivé účinky alkoholu jsou také vystupňovány poruchami příjmu potravy, které bývají u alkoholiků pravidlem. Heller a Pecinovská (2011) uvádějí následující poškození:

- **Poškození jater** – je-li jaterní buňka často a soustavně zatěžována odbouráváním alkoholu, dochází ke změnám v metabolismu lipidů, což následně vede k jaterní steatóze. Ta je většinou doprovázena zvětšením jater, tzv. hepatomegálií. Tento stav je zvrtný při abstinenci a dobré výživě. Pokud však člověk v pití pokračuje, dochází k zániku a přestavbě jaterních buněk. V okolí zničených jaterních buněk dochází k zánětlivé reakci a nastává jaterní fibróza. Po alkoholickém excesu může dojít k akutní alkoholické hepatitidě. Ta může probíhat jako velmi těžké onemocnění, které provází horečka, žloutenka, zvracení, bolesti v nadbřišku a mnohdy i krvácivé projevy. Často se objevují otoky a ascites. Akutní hepatitis může vyústit až v jaterní selhání, které má za následek až 50% úmrtnost. Pokud

požívání alkoholu i nadále pokračuje, zpravidla dochází k uzlovitému bujení vaziva, které postupně utlačuje jaterní tkáň a vyvíjí se jaterní cirhóza. Ta se projevuje řadou příznaků, jako jsou únava, otoky, ascites, poruchy krevní srážlivosti, zažívací obtíže, žloutenka, pavoučkové névy. Také jaterní cirhóza může vyústit v jaterní selhání. Dalším rizikovým faktorem může být i krvácení z jícnových varixů, které vzniká v důsledku zvýšeného odporu průtoku krve do jater. Ruptura jícnových varixů nečistka bývá příčinou úmrtí cirhotiků. Cirhóza jater bývá častou příčinou vzniku primárního karcinomu jater. Prognóza tohoto onemocnění je nepříznivá, infaustní. Navrátil (2008) tvrdí, že u excesivního pití dochází k cirhóze jater velmi brzy, již během 18 měsíců.

- **Poškození slinivky břišní** – alkohol zpočátku stimuluje pankreatickou sekreci a podněcuje spazmy vývodů, to postupně vede k poškození pankreatu a k útlumu funkce. Typické jsou pankreatitidy po alkoholovém excesu. Onemocnění rozdělujeme na akutní a chronickou pankreatitidu. Akutní pankreatitida probíhá jako náhlá příhoda břišní, jde o velmi bolestivé onemocnění, které může vést až ke zničení slinivky a k úmrtí postiženého. Pro chronickou pankreatitidu jsou typické průjemy, zažívací obtíže a podvýživa. Alkohol způsobuje i poruchy sekrece inzulínu, což následně vede k diabetu.
- **Poškození trávicího traktu** – alkohol v první fázi způsobuje překrvení sliznice, což vede k větší náchylnosti k infekcím a tím k zánětům trávicího traktu. Oslabení sliznice následně vede ke ztenčení a k náchylnosti ke vzniku nádorů. V žaludku vzniká atrofická gastritida, která je prekancerózou následné rakoviny žaludku. Dále je zde pravděpodobnost vzniku žaludečního vředu, zvláště pokud jedinec užívá nesteroidní antirevmatika (např. Ibuprofen). Alkohol je také velmi toxický ke sliznici tenkého střeva, kde dochází ke zhoršenému vstřebávání živin a vitamínů. Alkoholem je také významně ovlivněna motilita trávicí trubice, kdy může docházet k pylorospazmům a zvracení. Časté zvracení může způsobovat trhlinky na sliznici v místech přechodu jícnu a žaludku a k následnému krvácení.
- **Poškození ledvin** – ledviny většinou nejsou alkoholem přímo postiženy, poškození je většinou v souvislosti s pitím nekvalitních nápojů, které mohou obsahovat zdraví škodlivé kovy. Mohou však být poškozeny zvýšeným vylučováním kyseliny močové, což má za následek tvorbu ledvinových kamenů. U žen se často setkáváme s infekcemi močových cest.

- **Poškození srdce a krevního oběhu** – tyto orgány jsou přímo poškozovány jak alkoholem a jeho metabolity, tak ukládáním lipidů do stěn cév. To je způsobeno poruchou jejich přeměny v játrech. Vznikají tak alkoholické kardiomyopatie. Na jejich vzniku se podílí hlavně toxický účinek alkoholu. Vzniká působením velkého objemu tekutin, hlavně u pijáků piva (mnichovské srdce pijáků piva). Systémová arteriální hypertenze bývá častým jevem u alkoholiků v souvislosti s nadprodukcí hormonů nadledvin.
- **Poškození dýchacího systému** – u alkoholiků dochází k častějším zánětům dýchacích cest způsobených sníženou imunitou. Tato onemocnění mívají těžší průběh i vyšší úmrtnost než u abstinující populace.
- **Poškození hormonální regulace** – alkohol také narušuje hormonální regulaci organismu. Významný je cushingoidní vzhled alkoholiků (měsícovitý obličej, obezita trupu, zvětšení prsů, tenké končetiny), který je způsoben poruchou hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu ve smyslu zvýšení sekrece. U mužů má alkohol feminizující efekt, u žen naopak způsobuje maskulinizaci.
- **Poškození pohlavní soustavy** – pohlavní systém bývá poškozen u obou pohlaví. Významně klesá potence a sebekontrola. Alkohol poškozují zárodečné buňky, což snižuje pravděpodobnost oplození. U mužů může vzniknout reverzibilní alkoholická azoospermie (ztráta pohyblivosti spermií). U žen dochází k poruchám menstruačního cyklu. Abstinence může oba stavy zvrátit. Velmi nepříznivé, až závažné účinky má pití alkoholu na průběh těhotenství. Může se vyvinout fetální alkoholový syndrom (FAS). Pro toto postižení je typická nízká porodní hmotnost, poruchy intelektu a různé vývojové poruchy orgánů.
- **Poškození krve** – hematologické projevy u alkoholiků jsou různorodé. Můžeme nalézt sideropenickou anemii, makrocytární anemii, trombocytopenii, leukopenii. Častá je také hemoragická diatéza (sklon ke krvácení). Dochází k časté epistaxi, což je krvácení z nosu a ke zvýšené tvorbě hematomů.
- **Poškození kůže** – mezi typické příznaky můžeme zařadit tzv. alkoholický obličej. Významným znakem je též viditelná atrofie podkožní tukové tkáně, hyperplazie příušních slinných žláz. Nápadné také bývá zarudnutí tváře a zduřelý červený nos. Mohou se vyskytovat ragády ústních koutků, zarudnutí očních víček a překrvení spojivek. Kůže celkově vykazuje stařecký vzhled.

- **Poškození kostí** – z důvodu malabsorpce a poruchy metabolismu vitamínů dochází k dřívější osteoporóze. Vzhledem k toxickému působení alkoholu na organismus (oxidační stres, poškození DNA a další) je zvýšené riziko rakovinného bujení. Je prokázán podíl alkoholu na vzniku nádorů horního trávicího traktu, vzniku hepatocelulárního karcinomu v játrech a také při vzniku kolorektálního karcinomu.

1.5.2 Neurologické poškození organismu alkoholem

Konzumace alkoholu poškozuje vedení nervového vzruchu, snižuje vnímání bolesti (zvyšuje práh bolestivosti), narušuje spánek a zvyšuje sklon ke křečím. Zvýšená konzumace alkoholu má také za důsledek poruchy spánku, poruchy jak krátkodobé, tak i dlouhodobé paměti a v neposlední řadě i poruchu koordinace pohybů a poruchu hybnosti (Heller, Pecinovská, 2011).

V knize Pavučina závislosti (Heller, Pecinovská, 2011) je uvedeno následující dělení těchto poruch:

- **Alkoholický tremor (třes)** – patří mezi nejčastější projevy zvýšené konzumace alkoholu. Postižený trpí třesem víček, prstů, rukou, rtů, hlavy a nakonec i celého těla. Jedná se o důsledek poškození podkorových jader a mozečku, s postižením vláken, která mají tlumivý efekt na svalový tonus. Ranní třes ustupuje po první dávce alkoholu.
- **Alkoholické polyneuropatie** – můžeme nalézt až u 20 % alkoholiků, jedná se především o důsledek nedostatku thiaminu nedostatečnou výživou. Projevuje se motorickou slabostí, atonií, poruchami prokrvení (tzv. mramorová končetina) až trofickými změnami periferie.
- **Alkoholická myopatie** – je méně známou formou komplikací při dlouhodobém požívání alkoholu. Jedná se o onemocnění svalů a je vyprovokováno většinou vysokou dávkou koncentrovaného alkoholu. Může dojít až k těžkým obrnám.
- **Alkoholové encefalopatie** – jsou důsledkem požívání alkoholu a zároveň snížením výživy důležité pro mozkovou tkáň. Atrofie mozku vzniká zpravidla po dlouhodobém požívání alkoholu. Podíl na vzniku má porucha metabolismu v játrech a opakované toxické edémy mozku. Atrofie je většinou doprovázena demencí.

- **Atrofie mozečku** – mezi hlavní příznaky patří porucha stoje a chůze, porucha koordinace. Vzniká jako následek toxických nekrotických s hemoragiemi v mozečkovém parenchymu.
- **Alkoholická epilepsie** – příčina není zcela vyjasněna. Objevuje se ojediněle nebo sporadicky. Nejčastěji se vyskytují záchvaty na počátku abstinence. Jedná se spíše o příznak odvykacího stavu.
- **Mozkové oběhové poruchy** – jejich vznik má za následek zvýšení propustnosti cévní stěny a nedostatečná tvorba protrombinu v játrech. Může nastat intracerebrální nebo subarachnoidální krvácení. Toto poškození může být velmi nebezpečné. Hrozí zde riziko pozvolného rozvoje subdurálního hematomu.
- **Poškození vegetativního nervového systému** – přestože jsou velmi časté, málo se na ně myslí. Někdy lze pozorovat nastupující psychózy i vegetativní příznaky (pocení, kolísání pulsu). Velký význam má požívání alkoholu v souvislosti s výskytem neurocirkulační dystonie, kde je často jako hlavní příznak udávána bodavá bolest v oblasti srdečního hrotu. Objevuje se v klidu a mizí při činnosti. Někdy je jako hlavní příznak udávána nevolnost, bušení srdce, zvýšené pocení.

1.6 Psychické komplikace závislosti na alkoholu

Čerňanová (2011) ve své knize o ošetrování chorých s psychickými problémy uvádí tyto psychické komplikace závislosti na alkoholu:

- **Delirium tremens** – vzniká při dlouhodobém požívání alkoholu. Zpravidla mu předchází pocení, třes, úzkost, halucinace a je možný také epileptický záchvat.
- **Alkoholická halucinóza** – nejčastěji se vyskytuje při pití tzv. v tahu. Postižený je při plném vědomí, netrpí amnézií.
- **Psychotická porucha** – vyskytuje se při užívání alkoholu, buď v průběhu požívání, nebo jako jeho následek. Typickým příznakem jsou halucinace, bludy a psychomotorické poruchy. To vše nastává při plném vědomí.
- **Amnestický syndrom** – dochází k němu jako komplikace dlouhodobého alkoholismu. Jedná se hlavně o poruchu vstřípivosti paměti, nekritičnost a konfabulace (zkreslování vzpomínek).
- **Psychotická porucha s pozdním začátkem** – zahrnuje stavy, které trvají krátce. Hlavním příznakem je tzv. flashback, kdy postižený má pocit, že je opilý, i když

alkohol nepožil. A také zahrnuje stavy dlouhodobé, jako jsou alkoholická demence, poruchy osobnosti, deprese.

- **Odvykací stav s deliriem** – odvykací stav je komplikován přítomností deliria, zejména deliriem tremens. Prakticky každý pacient postižený deliriem tremens je zároveň také závislý na alkoholu (Nešpor, 2007). Jedná se o bouřlivější reakci na odnětí potřebné dávky alkoholu. Může se objevit třes, pocení, záchvaty křečí. Začínají se objevovat také halucinace a bludy. Tento stav může končit až smrtí (Vágnerová, 2008).
- **Alkoholická paranoidní psychóza nebo též alkoholická bludná porucha** – je jeden z dalších příznaků psychického postižení při nadměrném dlouhodobém požívání alkoholu. Je typická tzv. „žárliveckými bludy“. Vyskytuje se i při abstinování. Často je označována jako „žárlivecká psychóza“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).
- **Korsakovova psychóza** – je charakteristická poruchami paměti. Navazuje na delirium a pokračuje až do demence (Čerňáková, 2011).
- **Schizofrenní alkoholická porucha** – podobá se schizofrenii, ale původ je v požívání alkoholu. Častěji vzniká při předchozí poruše osobnosti nebo jiném psychickém narušení (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).
- **Alkoholická demence** – má hlavní projevy v nejisté chůzi, dochází k degradaci intelektu a začíná převažovat pudové chování (Čerňáková, 2011).
- **Alkoholická epilepsie** – je častý příznak při dlouhodobém požívání alkoholu.
- **Alkoholová charakteropatie** – představuje změnu osobnosti alkoholika. Charakteristické jsou poruchy nálady, snížení sociálního citění a porucha vůle (Čerňáková, 2011).
- **Depresivní psychická porucha** – její výskyt je poměrně častý. Nejčastěji je charakterizována poruchami spánku, nesoustředěností a pokračuje až do depresivního syndromu. Časté jsou také dokonané sebevraždy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).
- **Změny emočního prožívání** – velmi často dochází k vyhasínání emočního prožívání. Začíná převažovat chlad a apatie. Na druhou stranu dochází ke zvýšené agresivitě vůči okolí. Výbušnost a časté změny nálad. Roste nedůvěra v okolí (Vágnerová, 2008).

- **Změny v oblasti kognitivních procesů** – tato porucha se obvykle projeví při řešení složitého problému. Je zde patrná zhoršená schopnost pozornosti, koncentrace a výkonnost. Alkoholikovi chybí tzv. nadhled. Jeho chování je nekritické a vztahovačné (Vágnerová, 2008).
- **Změny v oblasti chování** – nejčastějším důsledkem požívání alkoholu je sobecké chování vůči ostatním, nedostatek vůle a schopnosti sebeovládání. Mizí zábrany a velmi časté jsou také nepřiměřené reakce až agresivita. (Vágnerová, 2008).
- **Osobnostní změny** – není známá žádná typická osobnost člověka požívajícího alkohol. Tyto změny se mohou týkat mnoha projevů. Na jedné straně se může jednat o nezdrženlivost až impulzivitu, na druhé straně může jít o zvýšenou úzkostlivost až depresivní ladění. Alkohol je zde často používán jako prostředek ke zmírnění těchto stavů (Vágnerová, 2008).

1.7 Sociální komplikace závislosti na alkoholu

- **Biologický předpoklad** – je velmi časté používat návykové látky, a tedy i alkohol, jako analgetikum při chronické bolesti. Špatně léčená bolest může způsobit návykové užívání (Kalina, 2008).
- **Psychologický předpoklad** – mezi nejčastější faktory užívání alkoholu z psychologických příčin můžeme řadit například nízké sebehodnocení, nudu, nesamostatnost, často chybí zaujetí nebo přítomnost koníčků (Kalina, 2008).
- **Sociální předpoklad** – jedním z hlavních rizikových faktorů je vyčlenění z kolektivu či komunity (Kalina, 2008).
- **Spirituální předpoklad** – absence smyslu života, duchovních hodnot je jedním z rizikových faktorů vzniku závislosti. Na první místo jedinec řadí momentální uspokojení svých potřeb. To se také stává jediným motivem života (Kalina, 2008).
- **Sociální komplikace závislosti na alkoholu** – mezi hlavní důsledky požívání alkoholu patří rodinné problémy, které často vyústí až k rozvodu. Dalším důsledkem pití jsou finanční problémy, zanedbávání dětí hlavně u žen. S tím také souvisí nízká produktivita práce, nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, bezdomovectví, zadluženost. Zvyšuje se riziko páčání trestných činů i riziko, že se jedinec stane obětí trestného činu. V neposlední řadě jsou zde také zvýšené nároky na zdravotní a sociální služby (Čerňanová, 2011).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU

Základem dobře prováděné ošetrovatelské péče o pacienty se specifickým onemocněním, jako je alkoholová závislost, je především znalost symptomatologie. Znalost základních projevů onemocnění je důležitá pro pochopení pacientova chování (Čerňanová, 2011).

V rámci ošetrovatelského procesu se sestry nejvíce zaměřují na bio-psycho-sociální potřeby pacienta, a to zejména na základě pozorování a posuzování jeho aktuálního stavu (Šimovcová, 2015). Důležité je také zhodnocení kognitivních funkcí a určení schopnosti sebezpečí. Také základní fyzikální vyšetření je důležitým vodítkem. Pokud jeví pacient známky zanedbání, malnutrice a dehydratace, může to ukazovat na alkoholovou závislost (Buttaro, Barba, 2013). Při podezření na zneužívání alkoholu existuje pro všeobecné sestry řada hodnoticích nástrojů a testů, které nezaberou mnoho času. Mezi hlavní testy patří například test AUDIT (příloha PII) nebo test CAGE (příloha PIII), které jsou k dispozici na různých internetových stránkách, například na portálu Adiktologie.

Podle Mastiliakové (1999) je potřeba pochopit, co to znamená holistický přístup k nemocnému. Somatické problémy vyvolávají psychické a naopak. Ve své knize o posuzování stavu zdraví (2014) popisuje Mastiliaková systém lidských potřeb dle A. H. Maslowa, který jej sestavil na základě svých klinických zkušeností. Jsou to:

- **Fyziologické potřeby** – souvisí s narušením homeostázy, jako je potřeba kyslíku, tekutin, výživy, udržení tělesné teploty, vyprazdňování. Tyto potřeby jsou přítomné u každé lidské bytosti. Nejsou-li satureovány, dochází k frustraci osobnosti.
- **Potřeby jistoty a bezpečí** – při narušení dochází k pocitu ohrožení zdraví a života. Je zde zastoupena i potřeba řádu, dodržování zákonů, soudržnosti rodiny.
- **Potřeby navázání vztahu a sounáležitosti** – projevem je touha někam a k někomu patřit, být milován, potřeba začlenit se do skupiny.
- **Potřeba úcty, uznání** – vědomí prestiže, schopnosti zvládat stresové situace, sebeúcta, dosažení úspěchu v zaměstnání. Kromě schizofreniků a lidí s autismem se tyto potřeby objevují u všech lidí.

Při pozorování pacienta se tedy sestra zaměřuje nejen na standardní anamnestické údaje, ale také hodnotí stav vědomí, postoj a přístup pacienta k jeho onemocnění (Šimovcová, 2015). Posuzování stavu pacienta je prvním krokem v práci sestry. Je to

nepřetržitý proces, kdy data a údaje musí být pravidelně obnovovány a aktualizovány. Je také nutné předpokládat, že ne všechny údaje podané pacientem budou pravdivé. Dle Markové, Venglářové a Babiakové (2006) rozlišujeme údaje na objektivní a subjektivní. Mezi objektivní údaje patří pozorování, testování a porovnávání. Subjektivní údaje zahrnují pacientovo vnímání stavu, jeho postoj a interpretace onemocnění. Pozorování patří mezi jednu z hlavních metod sběru informací. Provádí jej sestra při každém kontaktu s pacientem. Zaměřuje se hlavně na stav vědomí, orientaci v čase, místě a na aktuální stav pacienta. Sestra sleduje u pacienta případné projevy halucinací, jeho náladu, postoj k nemoci a projevy agrese.

Sestra také zjišťuje, zda má pacient dostatek informací o své nemoci. Je neméně důležité zjistit, zda má pacient dostatek sebeúcty k sobě samému a jaké u něj může nastat riziko relapsu onemocnění. Dále hodnotí jeho schopnost a ochotu k plnění svých potřeb, jestli netrpí třesem končetin, jestli u něj nejsou známky abstinčního syndromu. Závažným problémem v ošetrovatelské péči jsou projevy agrese, přítomnost halucinací a bludů. Velmi důležitou součástí pozorování je také zjištění schopnosti komunikace a motivace ke spolupráci. Další důležitou složkou ve sběru informací je zjištění sociálního zázemí pacienta (Šimovcová, 2015).

Péče o pacienty závislé na alkoholu vyžaduje náročnější ošetrovatelský přístup. Navázat a udržet kontakt s pacientem si vyžaduje osobnost, která je empatická a má respekt k problémům každého pacienta. V první řadě by sestra měla ovládat i duševní projevy onemocnění a zvládat zachování neutrálního postoje. Sestra by se také měla umět přizpůsobit individualitě každému pacientovi (Čerňanová, 2011).

Velká část pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení prožívá různě velký stupeň strachu a úzkosti. Je proto logické předpokládat, že v takových podmínkách bude narušena pacientova psychika (Škrála, Škrlová, 2008).

2.1 Specifika projevů chování u pacientů závislých na alkoholu

- **Neklid** – jedná se o poruchu patologicky zaměřeného jednání. Toto jednání je spojeno s vůlí, jedná se tedy o volní jednání. Abnormní reakce se projevují náhlým vznikem a krátkým trváním. Součástí je i psychomotorický neklid. Jedná se také o tzv. impulsivní reakce. Rozlišujeme kvantitativní poruchy, kdy se jedná

především o útlum, nebo naopak excitaci (vybuzení), a kvalitativní poruchy, kam řadíme různé nepřirozené polohy těla, různé pohyby rukou, nohou, hlavy, grimasy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

- **Agrese** – „V článku českého pracovního lékařství (Cikrt, 2002) je zdůrazněno, že k útokům a k napadení zdravotníků často dochází v případě, když je pacientovi odmítnuta nějaká služba, když pacient nepřichází do nemocnice dobrovolně nebo když se podrobuje nějaké odvykací kúře (alkohol, drogy, drastická redukce hmotnosti)“ (Škrla, Škrlová, 2008, str. 155).

Velké riziko agrese hrozí od pacienta, který je ve velkém stresu. Ohrožen agresivitou je více zdravotník, který je osamocen, nemá možnost úniku ani přivolání pomoci (Hamerníková, 2014). Můžeme se setkat jak s agresí vůči sobě, tak s agresí vůči okolí. Autoagrese nebo také sebepoškozování často bývá motivem k získání pozornosti okolí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

Výskyt násilí vůči zdravotnickému personálu není jen na psychiatrickém oddělení, ale můžou se s ním setkat sestry hlavně na chirurgii, traumatologii, v ambulanci i na oddělení následné péče (Pekara, 2014).

- **Suicidální chování** – požívání alkoholu a závislost na něm jsou podle několika studií vysokým rizikem pro sebevražedné chování. Mezi rizikové faktory bezesporu patří impulzivita a narušení rozhodovacích schopností. Alkohol také může být nápomocen při rozhodování, zda sebevraždu provést (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015). Sebevražedné chování má několik rovin. Patří mezi ně sebeobětování, bilanční sebevražda, biická sebevražda, patická sebevražda a sebevražedný pokus (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).
- **Agrese proti okolí** – rozlišují se dva typy agrese, a to afektivní a sexuální. Každá situace, která je spojená s agresivitou pacienta, by měla být vždy řádně zadokumentována a měl by o ní být informován lékař. Každý agresivní pacient by měl mít tuto informaci ve své dokumentaci, aby byl ošetřující personál včas informován a mohl se na případný problém připravit (Hamerníková, 2014).

Mezi nejčastější příznaky blížícího se abstinčního syndromu patří bolest hlavy a poruchy spánku. Velmi častý je neklid při spánku a pocit nevyspání se. Diagnostika se opírá především o zjištění, zda nemocný požil alkohol, a také o charakter klinických projevů a jejich průběh (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

Ošetřování pacientů závislých na alkoholu také předpokládá dobrou znalost účinků léků, které jsou pacientovi podávány. Velmi důležité je, aby sestra kontrolovala jejich pravidelné užívání. Mnozí pacienti jsou nekritičtí ke svému onemocnění a mohou tedy odmítat předepsanou medikaci, jiní si léky mohou odkládat k pozdějším sebevražedným pokusům. Také je velmi důležité sledovat nežádoucí účinky léčby a včas o tom informovat ošetřujícího lékaře (Hodačová, 2014).

Dalším důležitým faktorem léčby u pacientů závislých na alkoholu je zajištění bezpečí jak jejich, tak i jejich okolí. Sestra by měla ovládat postupy při pacientově sebeohrožujícím jednání a při jeho agresi. Musí být připravená a jednat předvídavě, například odstranit ostré a jinak potencionálně nebezpečné předměty z dosahu pacienta. Jestliže pacient takové předměty vlastní, měly by mu být odebrány, do té doby, než bude klidný a bude mít pocit bezpečí (Shultz, Videbeck, 2009). Neméně důležitým faktorem je edukace v oblasti duševního zdraví. Edukace se netýká jenom pacientů, ale i rodinných příslušníků a je základem úspěšné léčby a prevence (Čerňanová, 2011).

Význam sester v prevenci je podstatný. Prevence a edukace patří do kompetencí sester a je součástí studijního programu ošetřovatelství (Hodačová, 2014).

Psychologický přístup lze použít za předpokladu, že existuje plynulý přechod mezi duševním zdravím a duševní poruchou. Chybou je, když s nemocným komunikujeme, jako by byl malé dítě. Je také podstatný rozdíl mezi léčbou somatických obtíží a léčbou duševních poruch. Důležitým prvkem je správně vedený rozhovor. Existují obecné zásady pro jeho vedení. Je vhodné, aby ošetřující personál v rozhovoru dával najevo dostatečný zájem o pacienta, o jeho aktuální situaci, projevoval trpělivost a empatii a neodsuzoval. V takovém rozhovoru lze také použít racionální výklad situace a popřípadě i odrazení od nebezpečných činů. V rozhovoru se také můžeme dozvědět, v jaké životní situaci se pacient nachází a jaké je jeho zázemí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

Mezi hlavní zásady chování ošetřovatelského personálu k pacientům s narušenou psychikou patří klidný a otevřený přístup. Sestra by měla u pacienta vyžadovat aktivní přístup v terapeutickém procesu a měla by zachovávat společenská pravidla. Někteří pacienti jsou obtížně zvládnutelní, toto by však v žádném případě nemělo ovlivnit přístup sestry. Je nutné nastavit jasná pravidla a seznámit pacienta s léčebným režimem. Samozřejmostí by měla být soudržnost celého ošetřovatelského týmu při péči o pacienty. Je nutné po pacientovi ohleduplně vyžadovat plnění nepříjemných požadavků, ke kterým

patří častá kontrola a ztráta soukromí a intimity. Nedostatek informací o onemocnění a neohleduplnost při provádění ošetrovatelského procesu by proto měly být zredukovány na minimum (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.2 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami

„Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 255).

Pacienti nejsou vždy spokojeni s informacemi, které jsou jim poskytovány. Snaží se je získat oklikou, lichocením, tomuto však nesmí sestra podlehnout. Sestra nesmí poskytovat informace o zdravotním stavu, to může jen lékař, může však vhodně podpořit povzbudit pacienta nepřímo. Je nutné však dávat pozor na neverbální projevy, jako je úlek nad zhoršením stavu, nevhodný projev soucitu nebo bezradnost. Sestra se může mylně domnívat, že podává jasné a srozumitelné informace, ale opak může být pravdou. Sestra by měla před podáváním informací zhodnotit několik důležitých faktorů, jako jsou inteligence a úroveň vzdělání pacienta nebo smyslové vady, které by mohly ztížit komunikaci mezi sestrou a pacientem. Dalším z faktorů ztěžujících komunikaci mohou být poruchy paměti, hlavně u starších nemocných. Úzkost a deprese také mohou patřit k problémům při komunikaci a v neposlední řadě sem můžeme zařadit i agresi (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

„Agrese je i u civilizovaného člověka považována za přirozené chování, úzce spjaté se základním pudem sebezáchovy“ (Linhartová, 2007, str. 65).

Jednání agresivního pacienta může mít mnoho podob, od afektivního chování přes destrukci předmětů, slovní agresi až po fyzické napadení. Důležitým faktorem v komunikaci s agresivním pacientem je zachovat klid, nechovat se impulzivně. Pacient může mít k agresivní reakci oprávněný důvod. Je-li dlouhodobě frustrován, může reagovat neobvykle. Dalším z podnětů vyvolávajících agresivitu u pacientů může být snaha o překonání úzkosti. Psychoterapeutický přístup je proto na místě. Dalším z faktorů také může být vztek vyplývající z bezmoci, z utrpení. Vyjádření empatie je nejlepší volbou přístupu k pacientovi (Honzák, 1999).

Agresivně jednají lidé pod vlivem alkoholu, drogy či psychotropní látky. Komunikace s agresivním pacientem nemá jasně určená pravidla. Hlavní slovo by měl mít profesionální

přístup, záleží také na povahových vlastnostech ošetřujícího personálu a také to, jak se v dané situaci ošetrovatelský personál zachová (Linhartová, 2007).

Při komunikaci s agresivním pacientem by měla sestra dbát na určitá pravidla:

- dbát na vlastní bezpečí, mít vždy signalizaci na dosah
- předměty, které by mohl pacient použít k násilí, musí být odstraněny z jeho dosahu
- nikdy nebýt o samotě s agresivním pacientem
- vždy se přibližovat k pacientovi tak, aby se necítil v ohrožení
- neprovádět žádné rychlé, náhlé nebo trhavé pohyby
- být z dosahu, když pacienta oslovuje
- pokud se podaří pacienta posadit, pomůže to k jeho zklidnění, pokud odmítá, nenutit ho
- za úspěch se považuje i to, když pacient změní fyzickou agresi na verbální
- snažit se vystupovat uvolněně

(Prčíková, 2016).

„V případě extrémně silných (nezvládnutelných) emocí, až patologického chování, jako je amok či vážné psychiatrické onemocnění, kdy nepomůže ani direktivní výzva, ani situaci nezvládneme komunikačními prostředky, zvolíme obranné jednání – je třeba přivolat pomoc a zklidnit pacienta násilím“ (Linhartová, 2007, str. 68).

Linhartová (2007) ve své knize tvrdí, že psychoterapeutický přístup k pacientovi má i své odpůrce. Ti tvrdí, že energie personálu a agresivního pacienta se mívá, tím dochází ke komunikaci na dvou odlišných úrovních, a tím pádem se může pacientova agresivita naopak zvýšit. Jednoznačně se ovšem nedoporučuje se s pacientem prát.

Sestry ale nejsou stroje, mají také právo na emoce, a jestliže musí čelit násilí a ohrožení, jsou ve stresu. V první moment tedy nevidí pacienta, ale člověka, který se je snaží ohrozit. Nemusí se však jednat o neprofesionální přístup, ale jen o reakci na stresovou situaci. Je tedy vhodné spíše se snažit zabránit konfliktu, než ho pak následně řešit (Pekara, 2014).

Neadekvátní jednání pacienta může zvýšit možnost chybného jednání ošetrovatelského personálu. Úzkostný pacient se dožaduje pocitů bezpečí a ochrany. Při dalším postupu se toto chování může zvrtnout v agresi nebo v hysterii. Je profesionální povinností zdravotnického personálu snažit se zmírnit tyto projevy. Přístup k úzkostnému pacientovi

má být vstřícný a vlídný, ale pevný (Honzák, 1999). Úzkost může plynout z obavy o vlastní zdraví nebo také může být povahovým rysem. Příčin úzkosti je mnoho. Patří mezi ně obava o rodinu, své zdraví, z bolesti, ze smrti. Zmírnit tyto projevy můžeme pozorným nasloucháním, mírnými klidnými gesty, vyslovením naděje (Linhartová, 2007).

Depresivní pacient může působit neochotně a špatně spolupracuje. Pacient s depresí nám dává najevo, že naše práce v podstatě nemá cenu. U těchto pacientů je také velké riziko páchání sebevražd (Honzák, 1999).

2.3 Ošetřovatelská péče u pacienta s akutní intoxikací alkoholem

U pacienta v akutní fázi musí sestra sledovat somatický i psychický stav a předcházet komplikacím. Ošetřovatelská péče by měla být zaměřena hlavně na bezpečnost pacienta, na prevenci úrazů a monitorování základních fyziologických funkcí. Je-li potřeba, zajistí fixaci nemocného. Mezi hlavní ošetřovatelský problém patří zajištění dostatku tekutin a stravy. Je nutné sledovat vylučování moči a stolice. Mezi zásadní ošetřovatelské problémy také patří snížená sebepéče. Je nutno zvolit takové ošetřovatelské intervence odpovídající stavu pacienta. Dalším závažným ošetřovatelským problémem je nedostatečný spánek a odpočinek. Kvalitu spánku ovlivňuje množství alkoholu, ale také zvýšená úzkost a strach. Cílem ošetřovatelské péče je optimální fyzické zdraví nemocného a jeho náhled na onemocnění. Pacienti mohou popírat svoje onemocnění, ale mohou mít jen nedostatek informací. Často trpí nedostatkem sebeúcty, či pocity osamělosti. Poučení a aktivně zapojení do léčebného procesu by měli být také členové rodiny pacienta, čímž se minimalizuje riziko relapsu (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.4 Ošetřovatelská péče o pacienta v deliriu tremens

Pacient v takovémto stavu je těžce ohrožen na životě. Hrozí mu rozvrat vnitřního prostředí, oběhové selhání, infekční komplikace. Je proto nutná sedace pacienta (Chval, 2008).

Důležité je zajistit bezpečnost pacienta. Protože může dojít k poruše vědomí, je zapotřebí pravidelně kontrolovat vitální funkce postiženého. Mohou se objevit křeče, pocení, tachykardie. Somatické potíže mohou nastat z důsledku poruchy jaterních funkcí, nezřídka je přítomno i poranění hlavy po pádu v ebrietě. Součástí ošetřovatelské péče je sledování psychického stavu pacienta, zda jsou přítomny halucinace, bludy. Je podávána medikace dle ordinací lékaře a zajištěn dostatečný přísun tekutin. Velmi závažnou komplikací

ošetřovatelské péče je nedostatečná nebo žádná schopnost či ochota spolupráce. Pacient může a má právo odmítnout léčbu a ošetřovatelský personál toto musí respektovat. Musíme pacienta informovat a seznámit jej s jeho onemocněním a možnostmi léčby a snažit se o navázání spolupráce (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.5 Ošetřovatelská péče u pacienta s alkoholovou psychózou

U pacientů s alkoholovou psychózou si musíme uvědomit, že nejsou schopni adekvátně reagovat na naše otázky a požadavky. Je velmi důležité náležitě zjistit a zmapovat nynější průběh onemocnění. Je dobré, pokud nám pacienti sdělují své zkušenosti s halucinacemi, které halucinace měli naposled, a popíší situace, při nichž se halucinace vyskytují. Někdy může pacient tyto stavy vědomě popírat z obavy před nepříznivou prognózou. Je potom na ošetřovatelském personálu včas tuto skutečnost odhalit. Sestra si musí všímat i nepřímých symptomů, jako jsou nepřiléhavé odpovědi nebo dlouhé pauzy mezi odpověďmi a nápadná strnulost (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Nejdůležitější pro léčbu psychózy je okamžité přerušování požívání alkoholu a podávání antipsychotik dle ordinací lékaře (Herman, Praško, Seifertová, 2007).

2.6 Ošetřovatelská péče o neklidného a agresivního pacienta

Sestra musí vyhodnotit aktuální stav pacienta. Ošetřovatelský personál by měl dodržovat určitá pravidla při styku s neklidným pacientem. Mezi nejdůležitější zásady patří zvolit vhodný přístup ke každému pacientovi. Nikdy by sestra neměla hovořit s agresivním pacientem o samotě, ani se s pacientem zavírat sama do místnosti. Vždy by u rozhovoru měl být přítomen další člen ošetřovatelského týmu. Nesnaží se s pacientem konfrontovat, zvláště je-li pacient hospitalizován nedobrovolně. Důležité je podat pacientovi adekvátní informace, aby měl přehled, kde je, kdo je a co se s ním bude nadále dít. Sestra by si měla držet patřičný odstup, aby v případě agrese pacienta nebyla napadena. Pokud pacient vyžaduje přítomnost lékaře, vždy mu vyhoví. Důležité informace musí pacientovi sdělovat pouze lékař. Pokud se pacient chová agresivně a je nezvladatelný, musí lékař a ošetřovatelský personál přistoupit ke krajnímu řešení a použít omezující prostředky. V tomto případě musí sestra a ošetřující personál dbát jak na svou bezpečnost, tak na bezpečnost pacienta a jeho okolí a také na bezpečí ostatních pacientů. Omezujícími prostředky lze chápat jako opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta a jsou používána i bez souhlasu pacienta (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.7 Obecné zásady při restriktivních opatřeních

Použití omezujících prostředků zasahuje do práv pacienta, a proto jej upravují normy, zakotvené v českém právním řádu. Jsou to:

- Listina základních práv a svobod
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Rozhodnutí o použití restriktivních postupů je pouze v kompetenci lékaře. Musí být stanovena maximální doba použití omezujících prostředků a opětovné použití musí být opakovaně zhodnoceno lékařem. Zodpovědnost za správné provedení omezení nese sestra. Sestra také zajišťuje kompletní ošetrovatelskou péči o pacienta. Vše musí být pečlivě zaneseno v dokumentaci, každý zápis musí být opatřen datem, popisem situace, jež vedla k restriktivnímu opatření a podpisem osoby, která provedla zápis. Zapsán také musí být stav pacienta, kvůli kterému bylo přikročeno k omezujícím prostředkům, a důvody, které k omezení vedly. Zapisuje se také čas počátku omezení, výsledky průběžného sledování stavu pacienta, včetně důvodů k ukončení nebo k pokračování restriktivních opatření. Zapisují se také návštěvy u pacienta. Zaznamenávají se ošetrovatelské intervence, jako je hygiena u pacienta, sledování diurézy, příjmu potravy, tekutin a jiné. Čas ukončení, popsání stavu pacienta po ukončení omezení a výsledky sledování se také zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. Po ukončení omezení musí být nadále pacientovi věnována zvýšená pozornost z důvodů možných komplikací z omezení, a to jak fyzických, tak psychických. I při dodržování všech zásad může dojít při použití omezení ke komplikacím, jako jsou poranění pacienta nebo personálu v průběhu omezování. Poranění pacienta může vzniknout příliš silným utažením popruhů nebo jejich nedostatečným podložením. Dále může být pacient ohrožen poruchami prokrvení končetin, odřeninami nebo vznikem trombózy. Sestra je povinna zajistit dostatečný tepelný komfort, aby nedošlo k prochlazení pacienta. Je nezbytné předcházet komplikacím z nedostatečně zajištěné ošetrovatelské péče, jako je třeba dehydratace nebo vznik dekubitů (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Zásady ošetrovatelské péče o pacienta v omezení jsou následující:

Jestliže je pacient omezen v lůžku, sestra u něj provádí komplexní ošetrovatelskou péči zaměřenou na jeho projevy, na stav jeho vědomí. Sleduje se prokrvení končetin a monitorují se fyziologické funkce. V ošetrovatelské péči se jedná hlavně o:

- péči o hydrataci
- péči o vyprazdňování
- péči o hygienu
- prevenci vzniku dekubitů
- péči o dýchací cesty
- minimalizaci psychické zátěže

Po celou dobu trvání omezení se musí sestry snažit o zachování kvalitního vztahu s pacientem (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

„Pacient v omezení stále zůstává partnerem v léčebném procesu a nestává se pouze pasivním objektem péče“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 119).

3 ZÁTĚŽ SESTER PŘI PÉČI O PACIENTA ZÁVISLÉHO NA ALKOHOLU

Fyzickou zátěž nejvíce způsobuje manipulace s pacienty a týká se hlavně sester na lůžkových odděleních. Tato zátěž je nejvyšší hlavně tam, kde je nutné manipulovat s imobilními nebo částečně imobilními pacienty. Je nutné pacienty polohovat, provádět rehabilitaci a osobní hygienu. Mezi nejvíce fyzicky náročná oddělení patří oddělení následné péče, chirurgie, neurologie, geriatric a další (Vévoda, 2013). Všude tam se ošetřující personál může setkat s pacientem závislým na alkoholu. Manipulace s imobilními a částečně imobilními pacienty je jednou z hlavních příčin bolestí zad a poranění páteře u ošetřovatelského personálu. Výzkum prokázal, že některé činnosti, které jsou prováděny při péči o pacienty, příliš zatěžují páteř, a proto jsou nebezpečné (Staňková, 2002).

Mezi další problémy související s povoláním zdravotní sestry patří i onemocnění žil dolních končetin. Je to dáno dlouhodobým stáním u lůžka. Dalším faktorem ohrožujícím zdraví sester patří i poranění způsobená pacienty. Jedná se o celou škálu zranění, od modřin a oděrek až po ohrožení na životě s nutností ošetření lékařem, nebo dokonce pracovní neschopností. Často se stává, že sestra utrpí pracovní úraz nebo poškození agresivním pacientem nebo pacientem pod vlivem alkoholu (Kohoutová, 2011).

Práce zdravotní sestry je více zatížena stresovými situacemi než jiné profese. Nadměrná zátěž potom zvyšuje riziko pochybení, pracovních úrazů a je příčinou psychosomatických onemocnění. Práce zdravotních sester patří mezi nejrizikovější a nejtěžší povolání. Vyžaduje neustálou pozornost, pečlivé sledování stavu pacientů, pružné reagování na nejrůznější požadavky a změny. Jsou kladeny také velké nároky na paměť. Zdravotní sestry nesou zodpovědnost za svou práci a za následky, které by způsobilo jejich pochybení v péči. Opakovaně se setkávají s pacienty v různých těžkých emočních stavech, jsou konfrontovány s bolestí, utrpením a smrtí. Také nutnost vyrovnávat se s pocitem bezmoci mají svůj velký vliv na psychickou zátěž sester. V porovnání s ostatním zdravotnickým personálem jsou zdravotní sestry nejvíc v kontaktu s pacienty, a to v každou denní dobu. Zdravotník i ve svém volném čase nepřestává být zdravotníkem, jeho okolí se na něho často obrací s žádostí o pomoc nebo radu (Bartošíková, 2006).

V práci zdravotní sestry je obvyklé, že musí řešit nepředvídatelné situace, protože každý pacient je individuální, a když má stejnou diagnózu, může reagovat odlišně než jiný

pacient se stejným problémem. Sestra by měla být schopna pružně a adekvátně reagovat a umět se s nastalou situací vyrovnat (Bilavčíková, 2010).

Podle Vévody (2013) lze psychickou zátěž všeobecných sester definovat jako zpracovávání dlouhodobé psychické zátěže a vyrovnávání se s ní. Dlouhodobé vyrovnávání potom může vyústit v poškození zdraví jak somatického, tak psychického. Může se také rozvinout syndrom vyhoření.

3.1 Syndrom vyhoření

„Tento syndrom se objevuje v profesích, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením. Zdravotnická profese mezi ně bezesporu patří“ (Bartošíková, 2006, s. 20).

Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1974 a vzniká v důsledku nadměrné zátěže a vyčerpání u pomáhajících profesí. Za jeho vznik mohou dle Staňkové (2002) tyto tři faktory:

- Individuální – zvyšující se nároky na sebe, zátěž jak v práci, tak v soukromí, stres a neschopnost požádat druhé o pomoc.
- Profesní – nedostatečná zpětná vazba, pocit rutiny, tlak sociální role, absence sociální podpory.
- Organizační – práce na směny, noční služby, přesčasy, akutní příjmy.

Syndrom vyčerpání není jen prostou únavou, jedná se o vyčerpání fyzické, psychické a emocionální.

Bartošíková (2006) ve své knize popisuje tyto projevy:

- Emocionální vyčerpání – člověk se cítí citově vysátý, ztrácí chuť se citově vžívat do problémů jiných lidí. Přestává mít radost z kontaktu s lidmi nakonec i v osobním životě.
- Psychické vyčerpání – život začíná vnímat jako spleť nároků a požadavků. Vidí všude samý problém a katastrofu. Přestává si věřit. Začínají se objevovat poruchy soustředěnosti, zapomnětlivost. Ocenil by, kdyby mu „všichni dali pokoj“.
- Tělesné vyčerpání – mezi hlavní projevy patří chronická únava, svalové bolesti a celkový úbytek energie. Objevuje se také častější nemocnost, nekvalitní spánek a riziko zneužívání návykových látek.

- Změny v sociálních vztazích – začínají vyhýbáním se pacientům, postupují k vyhýbání se spolupracovníkům, narůstání konfliktů a zvýšenou podrážděností. Následně nastupuje lhostejnost a apatie.

Jako terapie syndromu vyhoření je vhodný dostatek odpočinku a odstup od situace. Sestra si však nedokáže poradit sama, potřebuje pomoc jiných. Někdy pomůže změna pracoviště, zkrácení pracovní doby nebo přestup na jednosměnný provoz (Staňková, 2002).

Velmi důležitou složkou je prevence vzniku syndromu vyhoření. Sestra by si měla vytvořit vlastní smysluplný systém sebepodpory mimo profesi. Měla by o sebe pečovat a myslet i na své potřeby. Měla by umět požádat o pomoc druhé, pokud jí docházejí síly. Sestra by si měla umět udělat čas i na své blízké a na koníčky. Je vhodné, aby se udržovala v dobré fyzické kondici. Zdravá životospráva a dostatek fyzické aktivity a pohybu jsou nezbytně nutné k udržení optimálního zdraví. Měla by se naučit aktivně i pasivně odpočívat. Dalším důležitým prvkem je naučit se nenosit si práci domů. A také čas od času se zastavit a zeptat se sama sebe, jestli to, co dělám, dělat opravdu chci, a jestli je to pro mne důležité. A v neposlední řadě sem patří i umění přiznat si, že potřebuji pomoc a vyhledat odborníka (Bartošíková, 2006).

3.2 Právní minimum pro sestry

„Škodu na zdraví sestry, kterou způsobil agresivní pacient, uhradí pacient, pokud byl v té době příčetný. Jinak ji hradí zaměstnavatel“ (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 24).

Odpovědnost za pacienta se týká pouze jeho zdravotní stavu a bezpečnosti, ne jeho chování a jednání, pokud je svéprávný. Léčba bez souhlasu pacienta nebo proti jeho vůli je možná, pokud pacient jeví známky intoxikace nebo duševní choroby a ohrožuje tak sebe nebo své okolí. Svévolné opuštění oddělení má sestra za úkol neprodleně hlásit a čitelně tuto událost zapsat do zdravotnické dokumentace. Sestra má za úkol zvýšený dohled nad dezorientovaným nebo neklidným pacientem. Při svévolném opuštění zdravotnického zařízení musí být učiněna opatření k jeho nalezení, musí být neprodleně informována rodina a Policie ČR (Vondráček, Wirthová, 2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají všeobecné sestry ošetrovatelskou péči o pacienty závislé na alkoholu.

4.2 Dílčí cíle

Cíl 1. Zjistit, jak sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu.

Cíl 2. Zjistit možnosti vzdělávání všeobecných sester v péči o pacienty závislé na alkoholu.

Cíl 3. Zmapovat zájem všeobecných sester o vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu.

Cíl 4. Zjistit, jak je zabezpečena ochrana všeobecných sester při péči o pacienty závislé na alkoholu.

5 METODIKA

5.1 Použité metody

5.1.1 Dotazník

V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Dotazník je soubor otázek na určitém formuláři. Dobře sestavený dotazník by měl zahrnovat všechny podstatné problémy, které chceme objasnit. Výhodou dotazníku je srozumitelnost, možnost hromadného zpracování a věcná formulace zkoumaného problému. Mezi případné komplikace při vyplňování dotazníku může patřit neporozumění otázkám a nesprávné vyplnění (Kutnohorská, 2009).

Dotazník použitý v této bakalářské práci vytvořila autorka práce (příloha PI), obsahuje 21 otázek, z toho 13 otázek uzavřených a 8 otázek polouzavřených a byl vyplňován anonymně. První část otázek obsahuje identifikační znaky respondentů, zbylé otázky se již vztahují k dané problematice. Získané údaje byly zařazeny do tabulek a znázorněny pomocí grafů.

Charakteristika respondentů - respondenty byly všeobecné sestry ze tří nemocnic Zlínského kraje, se souhlasem vedoucích pracovníků. Jednalo se o nemocnice KNTB Zlín, Nemocnice Atlas a Městská nemocnice Slavičín. Dotazník byl určen sestřím na odděleních následné péče, chirurgie, chirurgické ambulance, traumatologické ambulance, ambulantní a lůžkové části interního oddělení.

5.2 Organizace šetření

V lednu a únoru byl sestaven dotazník, byla provedena pilotáž na jednom z oddělení následné péče, kde bylo rozdáno 5 dotazníků. Z výsledků získaných při pilotáži, byl dotazník dodatečně poupraven, aby více vyhovoval prováděnému výzkumu. Následně byl dotazník rozdán všeobecným sestřím na zmíněných odděleních, kde byl ponechán v rozmezí 14 dnů až tří týdnů. Rozdáno bylo 100 dotazníků, z nichž se navrátilo 86 vyplněných. Návratnost tedy byla 86 %. Následně byla získaná data vyhodnocena, vložena do tabulek a výsečových či sloupcových grafů v programu Microsoft Excel.

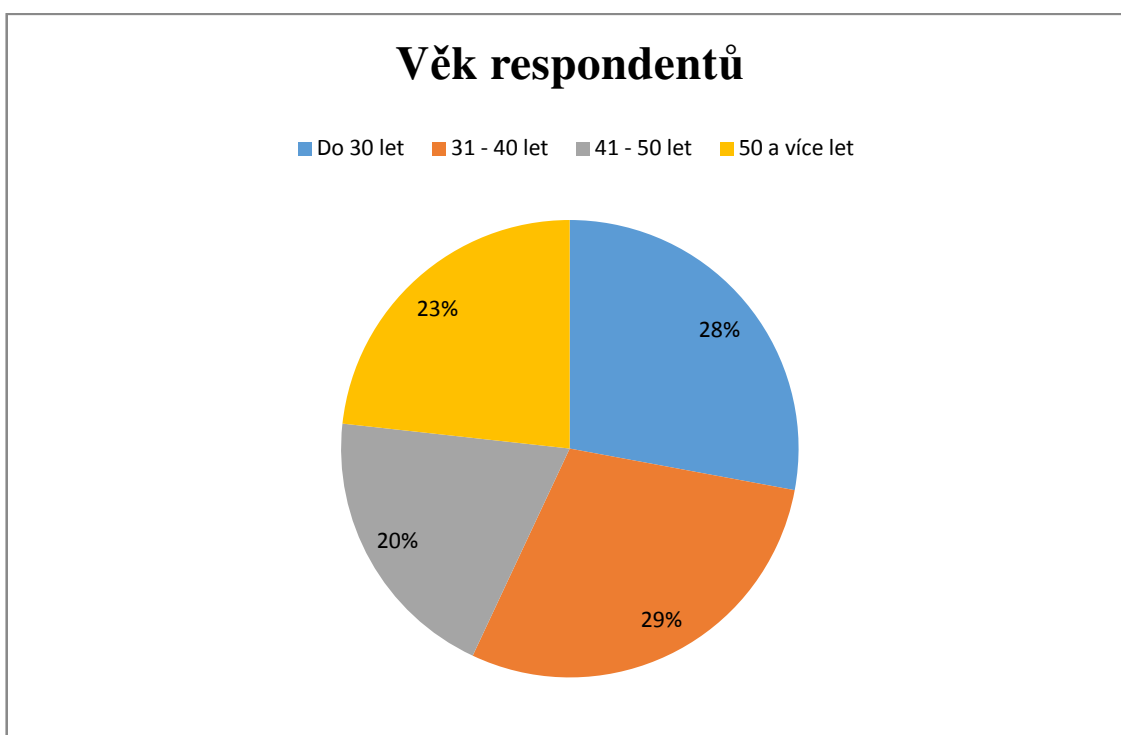
5.3 Výsledky průzkumu

5.3.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: **Věk**

Tabulka 1: *Věk*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Do 30 let	24	28 %
31 – 40 let	25	29 %
41 – 50 let	17	20 %
50 a více let	20	23 %
Celkem	86	100 %



Graf 1: *Věk respondentů*

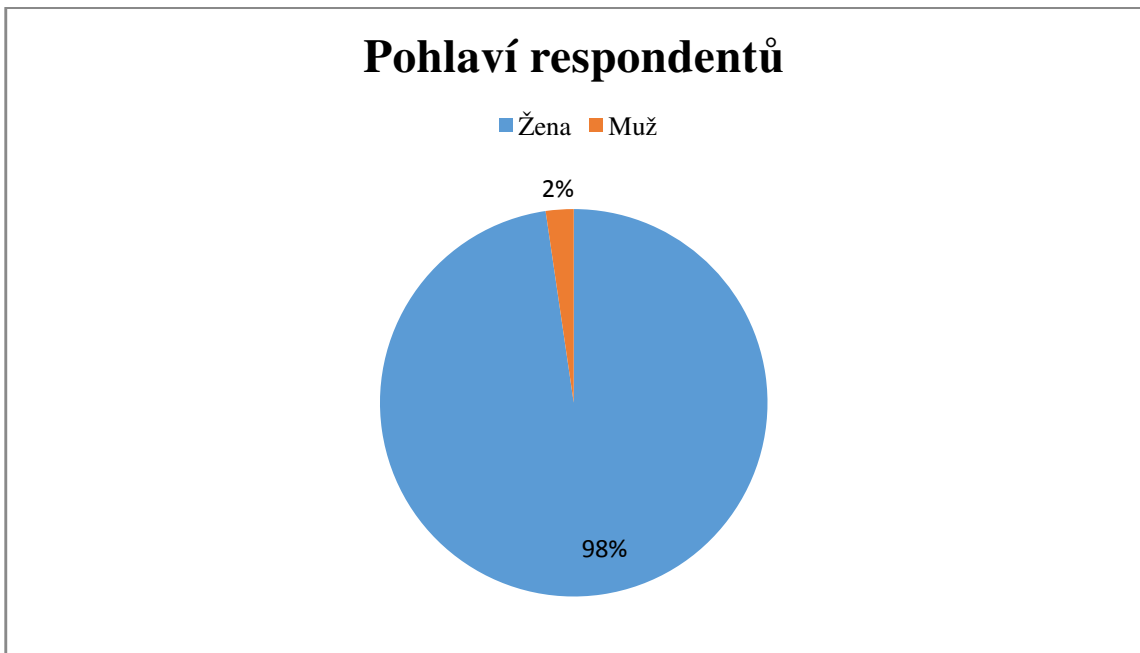
Komentář:

Zastoupení respondentů v dotazníkovém šetření bylo následující: 24 respondentů (28 %) mladších 30 let, 25 (29 %) bylo ve věku mezi 30–40 lety, 17 (20 %) bylo mezi 40–50 lety a 20 (23 %) bylo starších 50 let.

Otázka č. 2: Pohlaví

Tabulka 2: *Pohlaví*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
žena	84	98 %
muž	2	2 %
Celkem	86	100 %

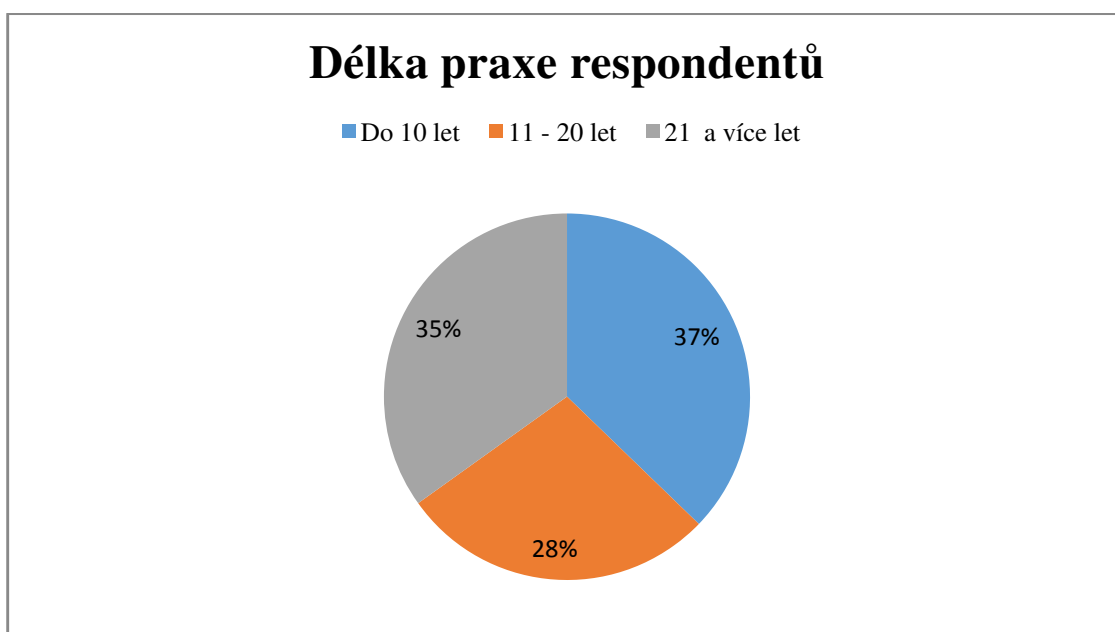
Graf 2: *Pohlaví respondentů***Komentář:**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 84 (98 %) žen a 2 (2 %) muži.

Otázka č. 3 : Délka praxe v oboru všeobecná sestra

Tabulka 3: *Délka praxe*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
do 10 let	32	37 %
11 – 20 let	24	28 %
21 a více let	30	35 %
Celkem	86	100 %

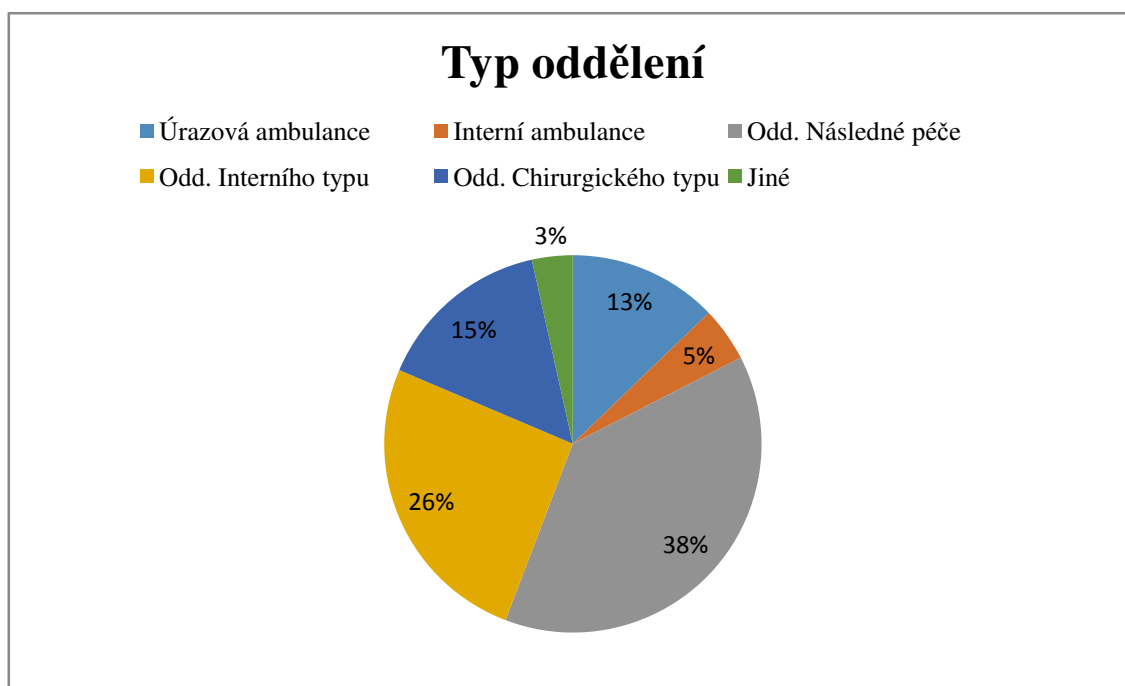
Graf 3: *Délka praxe respondentů***Komentář:**

Dle získaných výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů pracuje v oboru všeobecná sestra méně jak 10 let, a to 32 (37 %) osob, délku praxe mezi 10 až 20 lety uvádí 24 (28 %) osob a 30 (35 %) respondentů pracuje v oboru více než 20 let.

Otázka č. 4: Typ oddělení, na kterém pracujete?

Tabulka 4: Typ oddělení

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Úrazová ambulance	11	13 %
Interní ambulance	4	5 %
Odd. Následné péče	33	38 %
Odd. Interního typu	22	26 %
Odd. Chirurgického typu	13	15 %
Jiné	3	3 %
Celkem	86	100 %



Graf 4: Typ oddělení

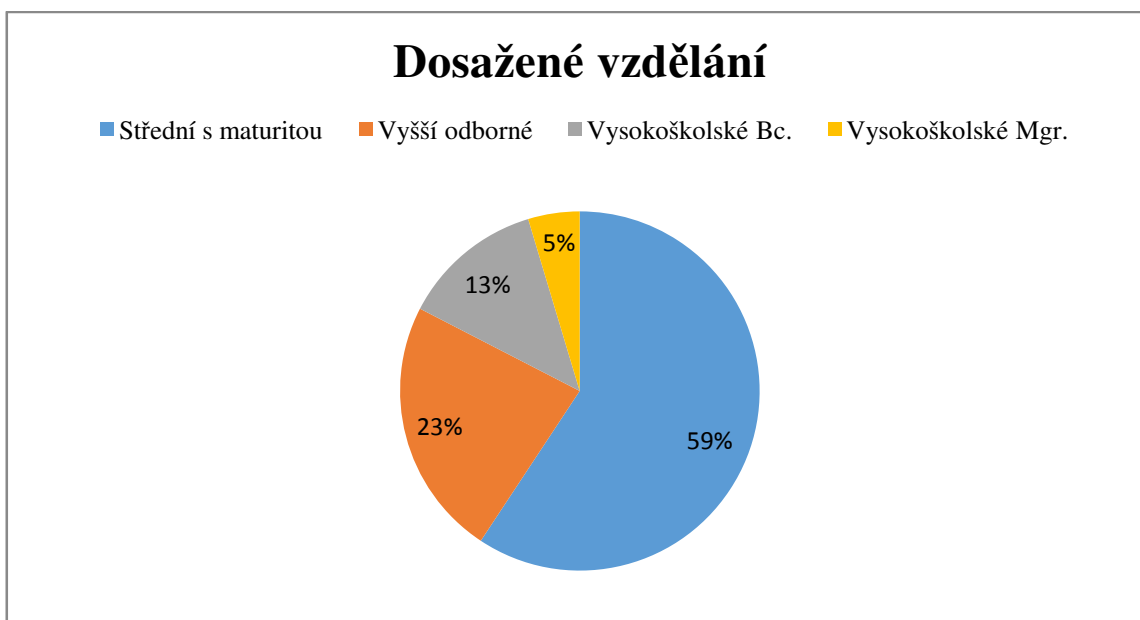
Komentář:

Z celkového počtu 86 respondentů pracuje na úrazové ambulanci 11 (13 %) osob, na interní ambulanci 4 (5 %) všeobecné sestry, z oddělení následné péče se dotazníkového šetření zúčastnilo 33 (38 %) sester, z interního oddělení 22 sester (26 %), z chirurgického oddělení 13 (15 %) sester a z jiných oddělení 3 (3 %) sester. Mezi jiná oddělení byla uvedena geriatrická ambulance a oddělení akutní geriatrie.

Otázka č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Střední s maturitou	51	59 %
Vyšší odborné	20	23 %
Vysokoškolské Bc.	11	13 %
Vysokoškolské Mgr.	4	5 %
Celkem	86	100 %



Graf 5: Dosažené vzdělání

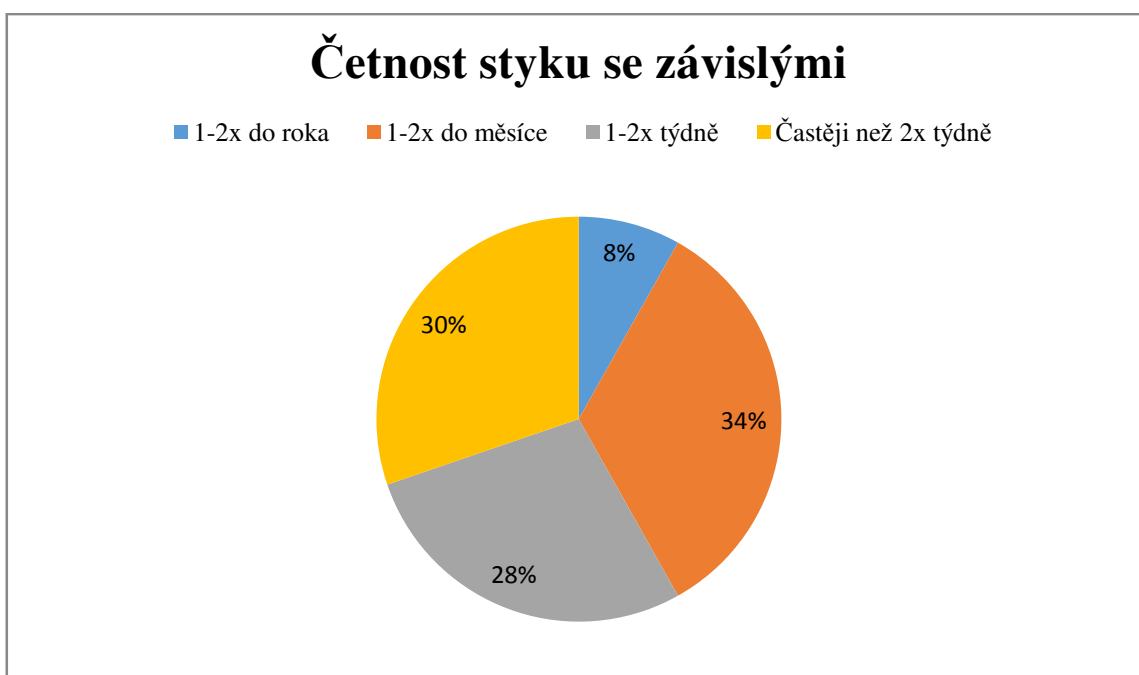
Komentář:

Z otázky č. 5 vyplývá, že vzdělání střední s maturitou má 51 (59 %) zúčastněných sester, vyšší odborné vzdělání 20 (23 %), vysokoškolské Bc. má 11 (13 %) dotazovaných sester a vysokoškolské Mgr. měly 4 (5 %) sestry.

Otázka č. 6: Jak často se setkáváte s pacienty závislími na alkoholu?

Tabulka 6: Četnost styku se závislími

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1–2x do roka	7	8 %
1–2x do měsíce	29	34 %
1–2x týdně	24	28 %
Častěji než 2x týdně	26	30 %
Celkem	86	100 %



Graf 6: Četnost styku se závislími

Komentář:

Z celkového počtu 86 (100 %) všeobecných sester uvedlo 7 (8 %), že se setkává s pacienty závislími na alkoholu 1–2x do roka, 29 (34 %) 1–2x do měsíce, 24 (28 %) 1–2x do týdne a 26 (30 %) sester se setkává s pacienty závislími na alkoholu častěji než 2x týdně.

Otázka č. 7: Setkal/la jste se s fyzickým napadením personálu pacientem závislým na alkoholu?

Tabulka 7: Fyzické napadení personálu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	59	69 %
Ne	27	31 %
Celkem	86	100 %



Graf 7: Fyzické napadení personálu

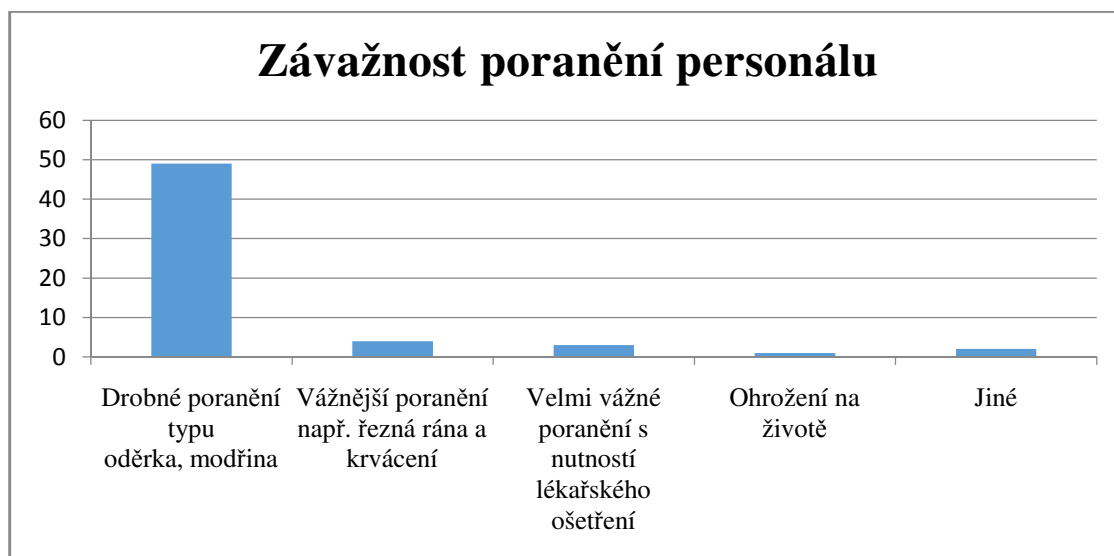
Komentář:

V otázce č. 7 uvedlo 59 (69 %) zúčastněných, že se setkalo s fyzickým napadením personálu. 27 (31 %) uvedlo, že se nesetkalo s fyzickým napadením.

Otázka č. 8: Pokud jste se setkal/la s fyzickým napadením, o jak závažné poranění se jednalo?

Tabulka 8: Závažnost poranění personálu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Drobné poranění typu oděrka, modřina	49	83 %
Vážnější poranění např. řezná rána a krvácení	4	7 %
Velmi vážné poranění s nutností lékařského ošetření	3	5 %
Ohrožení na životě	1	2 %
Jiné	2	3 %
Celkem	59	100 %



Graf 8: Závažnost poranění personálu

Komentář:

Z otázky o jak závažné poranění se jednalo, vyplývá, že 49 (83 %) utrpělo drobná poranění, oděrky nebo modřiny. 4 respondenti (7 %) uvádí vážnější poranění, 3 (5 %) velmi vážné poranění s nutností lékařského ošetření, 1 (2 %) ohrožení na životě a 2 (3 %) respondenti uvedli v možnosti jiné fyzické napadení bez poranění.

Otázka č. 9: Setkal/la jste se se slovním napadením personálu pacientem závislým na alkoholu?

Tabulka 9: Slovní napadení personálu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	81	94 %
Ne	5	6 %
Celkem	86	100 %



Graf 9: Slovní napadení personálu

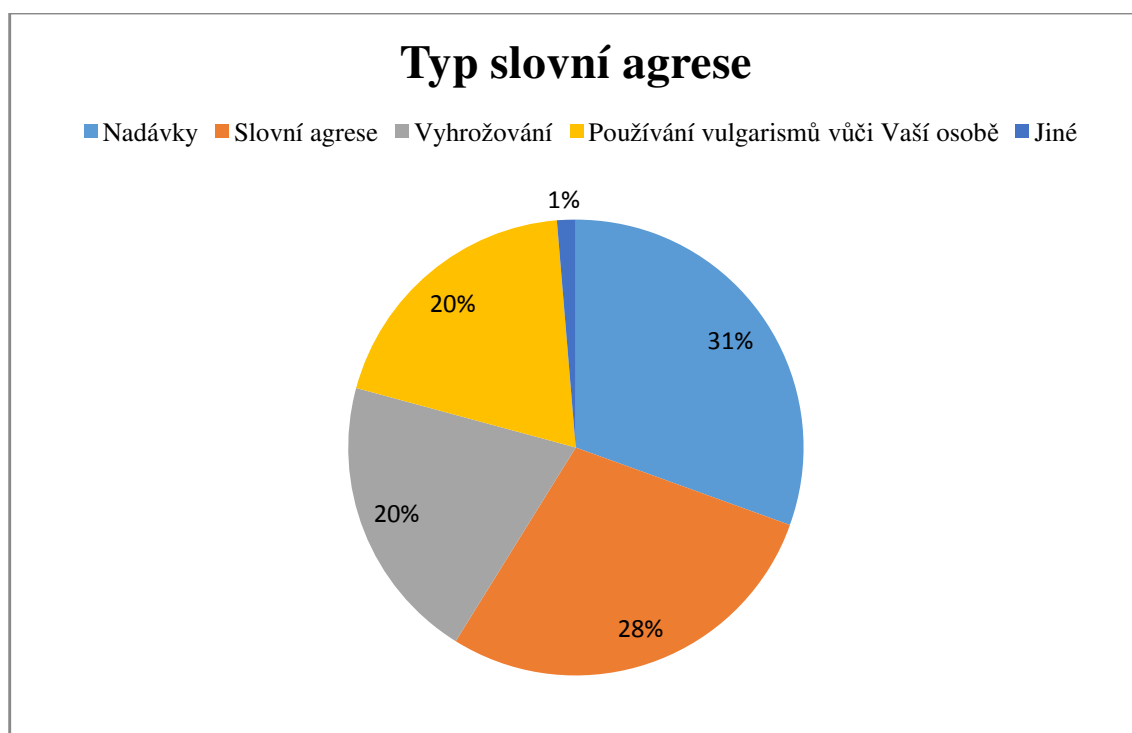
Komentář:

Se slovním napadením se setkala 81 (94 %) ošetrovatelského personálu, možnost ne uvádí 5 (6 %) respondentů.

Otázka č. 10: Pokud jste se setkal/la se slovním napadením, o jaký typ slovní agrese se jednalo? (i více možností)

Tabulka 10: *Typ slovní agrese*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nadávky	69	31 %
Slovní agrese	64	28 %
Vyhrožování	46	20 %
Používání vulgarismů vůči	44	20 %
Jiné	3	1 %
Celkem	226	100 %



Graf 10: *Typ slovní agrese*

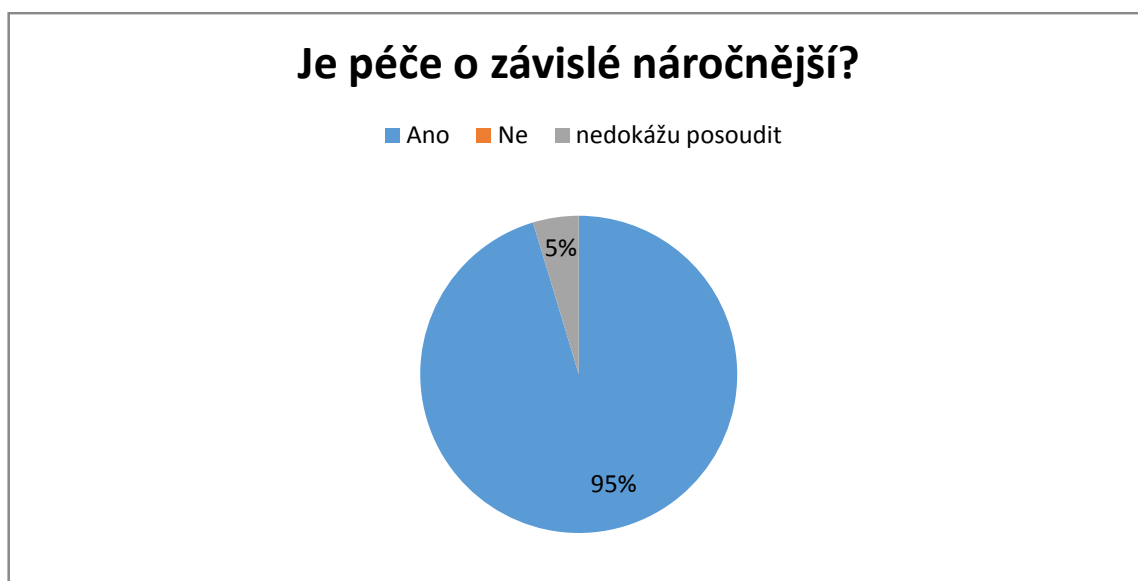
Komentář:

Při specifikaci, o jaký typ slovního napadení respondenti mohli uvést více z nabízených možností. Nadávky uvedlo 69 (31 %) oslovených sester, možnost slovní agrese uvedlo 64 (28 %) sester, vyhrožování uvedlo 46 (20 %), použití vulgarismů uvedlo 44 (20 %) sester a možnost jiné 3 (1 %) respondenti. V této možnosti bylo uvedeno zastrásování, zesměšňování personálu a provokace.

Otázka č. 11: Máte pocit, že je ošetrovatelská péče o pacienty závislé na alkoholu náročnější?

Tabulka 11: *Pocit náročnosti ošetrovatelské péče*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	82	95 %
Ne	-	-
Nedokážu posoudit	4	5 %
Celkem	86	100 %



Graf 11: *Pocit náročnosti ošetrovatelské péče*

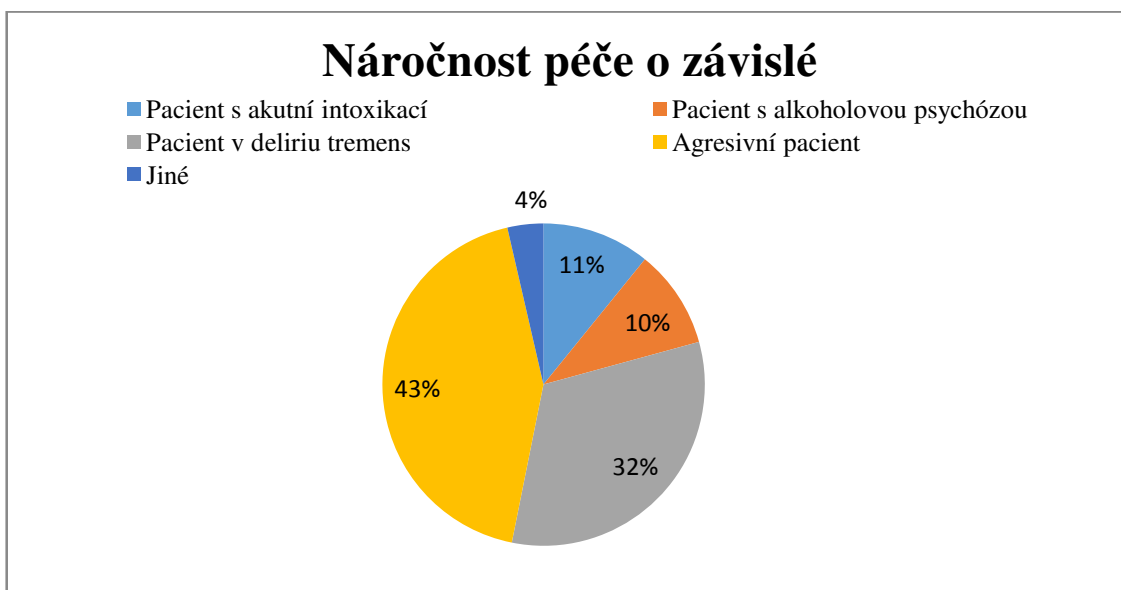
Komentář:

Z celkového počtu respondentů uvedlo možnost ano 82 (95 %) sester, možnost ne ne zvolil nikdo z respondentů a 4 (5 %) respondentů uvedlo možnost „nedokážu posoudit“. Možnost ne ne zvolil nikdo z respondentů.

Otázka č. 12: Péči o které pacienty považujete za náročnější?

Tabulka 12: Náročnost péče o závislé

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Pacient s akutní intoxikací	12	11 %
Pacient s alkoholovou psychózou	11	10 %
Pacient v deliriu tremens	36	32 %
Agresivní pacient	48	43 %
Jiné	4	4 %
Celkem	86	100 %



Graf 12: Náročnost ošetrovatelské péče

Komentář:

Sestry v této otázce uvádějí, kterou péči o pacienta závislého a alkoholu považují za nejnáročnější. Péči o pacienta s akutní intoxikací uvedlo 12 (11 %) sester, pacienta s alkoholovou psychózou volilo 11 (10 %) sester, pacienta v deliriu tremens uvedlo 36 (32 %) sester, agresivního pacienta uvedlo 48 (43 %). Možnost jiné zvolily 4 (4 %) sester, zde uvádějí pacienta s demencí, nebo že náročnost nelze posoudit.

Otázka č. 13: Máte pocit, že Vás ošetrovatelská péče o pacienty závislé na alkoholu více vyčerpává?

Tabulka 13: *Pocit vyčerpání při péči o pacienty závislé na alkoholu*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	73	85 %
Ne	13	15 %
Celkem	86	100 %



Graf 13: *Pocit vyčerpání při péči o závislé*

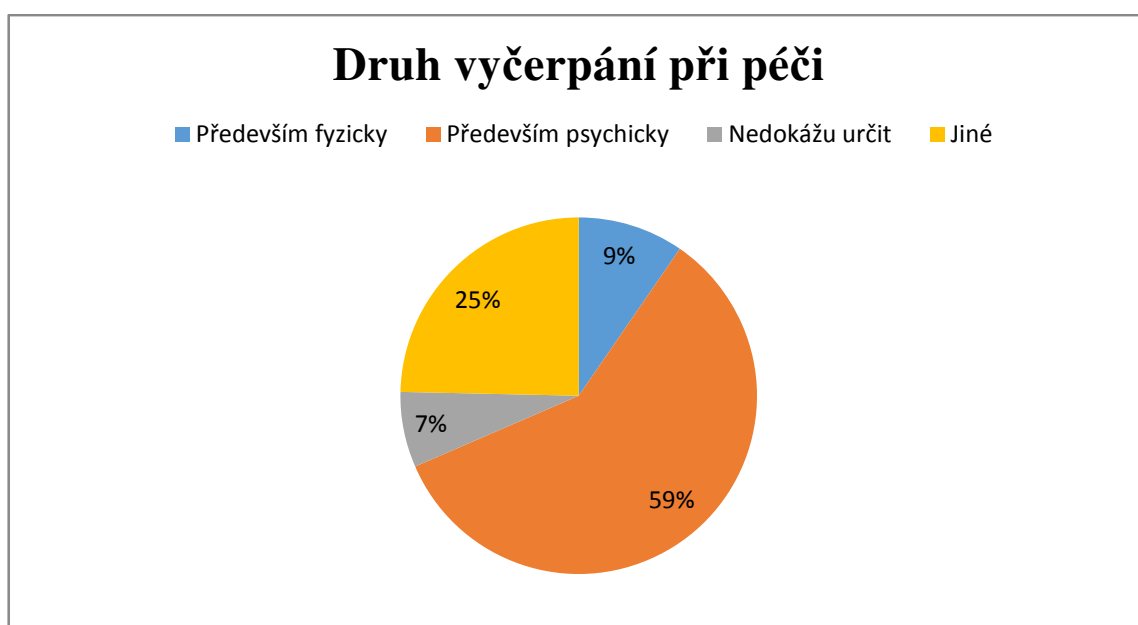
Komentář:

Na otázku č. 13 odpovědělo z celkového počtu 86 (100 %) respondentů možnost ano 73 (85 %) sester a možnost ne zvolilo 13 (15 %) sester.

Otázka č. 14: **Pokud ano, jakým způsobem Vás vyčerpává ošetrovatelská péče
o pacienta závislého na alkoholu**

Tabulka 14: *Druh vyčerpání*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Především fyzicky	7	9 %
Především psychicky	43	59 %
Nedokážu určit	5	7 %
Jiné	18	25 %
Celkem	73	100 %



Graf 14: *Druh vyčerpání při péči*

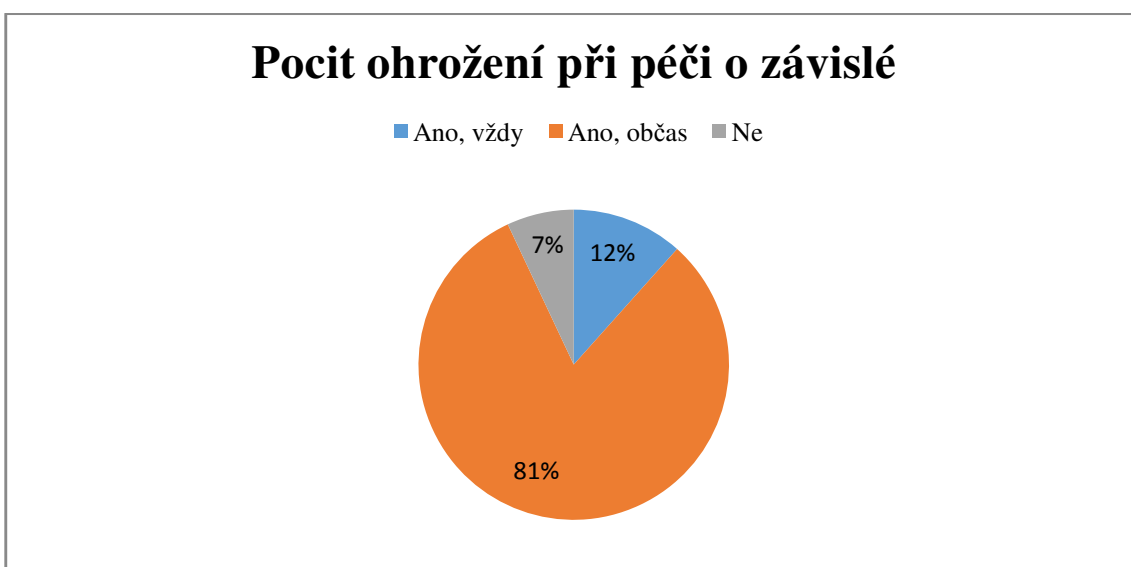
Komentář:

Z možností v otázce č. 14 odpovědělo 7 (9 %) dotázaných, že je péče o pacienty závislé na alkoholu vyčerpává především fyzicky, 43 (59 %) uvedlo psychické vyčerpání. 5 (7 %) vybralo možnost, že nedovedou určit a 18 (25 %) uvedlo v možnosti jiné psychické a fyzické vyčerpání zároveň.

Otázka č. 15: Máte pocit ohrožení při péči o pacienty závislé na alkoholu?

Tabulka 15: *Pocit ohrožení při péči*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, vždy	10	12 %
Ano, občas	70	81 %
Ne	6	7 %
Celkem	86	100 %



Graf 15: *Pocit ohrožení při péči o závislé*

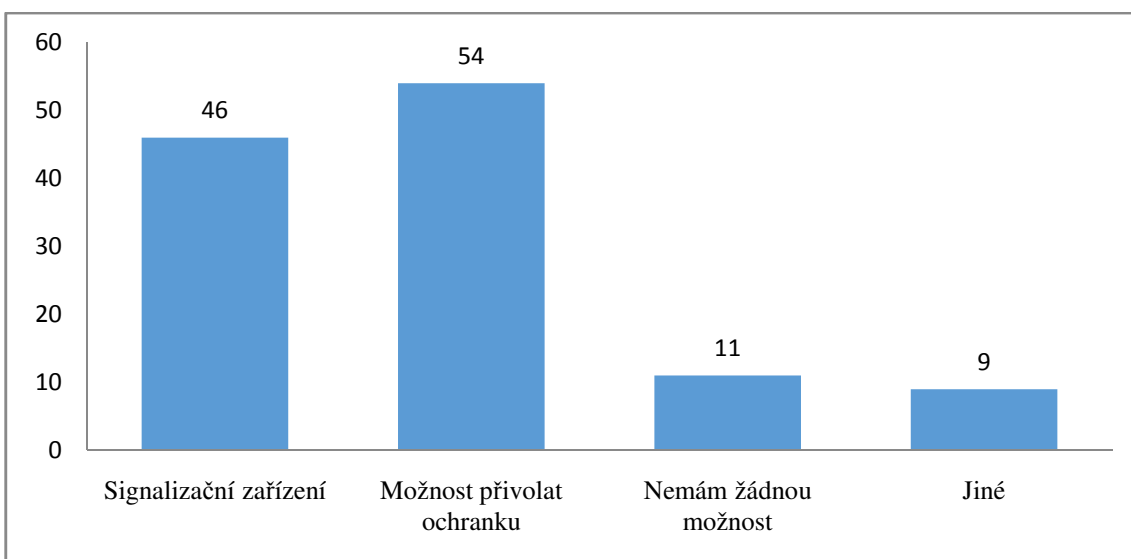
Komentář:

Otázka č. 15 se týkala pocitu ohrožení při péči o pacienty závislé na alkoholu. Z uvedených možností uvedlo 10 (12 %) respondentů ano, vždy. Ano, občas uvedlo 70 (81 %) dotázaných sester a 6 (7 %) uvedlo, že nemá pocit ohrožení.

Otázka č. 16: **Jaké možnosti přivolání pomoci v případě ohrožení na svém pracovišti máte? (I více možností)**

Tabulka 16: *Možnosti přivolání pomoci*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Signalizační zařízení	46	38 %
Možnost přivolat ochranu	54	45 %
Nemám žádnou možnost	11	9 %
Jiné	9	8 %
Celkem	86	100 %



Graf 16: *Možnost přivolání pomoci*

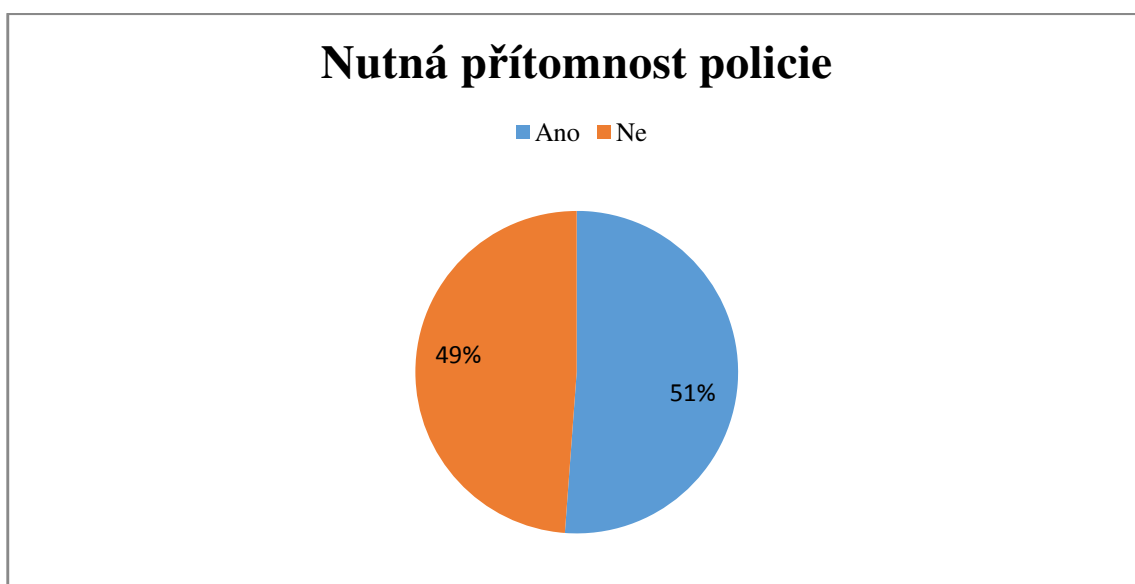
Komentář:

V otázce č. 16 mne zajímalo, jaké možnosti přivolání pomoci při ohrožení sestry mají. Signalizační zařízení uvedlo 46 (38 %) sester, možnost přivolat ochranu uvádí 54 (45 %) respondentů. „Nemám žádnou možnost“ uvedlo 11 (9 %) sester a možnost jiné uvedlo 9 (8 %) dotázaných. V položce „jiné“ bylo uvedeno jako možnost přivolání Policie ČR nebo použití telefonu.

Otázka č. 17: **Byla někdy nutná asistence Policie ČR u ošetrovatelské péče u pacienta závislého na alkoholu?**

Tabulka 17: *Nutnost přítomnosti policie ČR*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	44	51 %
Ne	42	49 %
Celkem	86	100 %



Graf 17: *Nutná přítomnost policie*

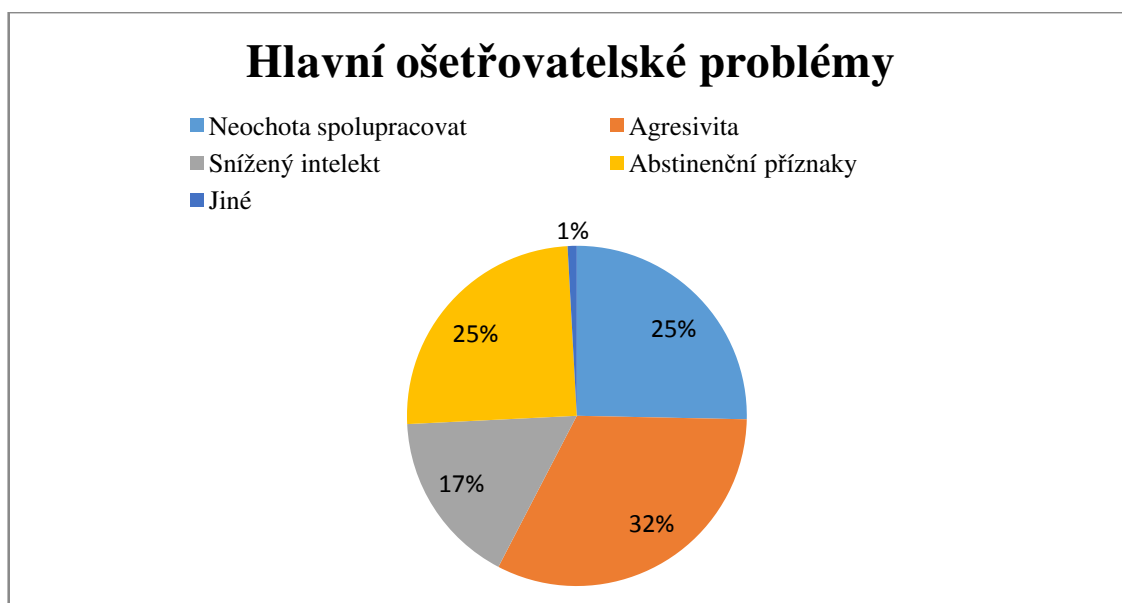
Komentář:

Z celkového počtu 86 dotázaných uvedlo možnost ano 44 (51 %) a možnost ne 42 (49 %).

Otázka č. 18: V čem spatřujete hlavní ošetrovatelské problémy v péči o pacienty závislé na alkoholu? (i více možností)

Tabulka 18: *Hlavní ošetrovatelské problémy*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Neochota spolupracovat	58	25 %
Agresivita	74	32 %
Snížený intelekt	38	17 %
Abstinenční příznaky	57	25 %
Jiné	2	1 %
Celkem	229	100 %



Graf 18: *Hlavní ošetrovatelské problémy*

Komentář:

Z celkového počtu 86 (100 %) dotazovaných sester uvedlo v této otázce možnost neochota spolupracovat 58 (25 %), agresivitu zmínilo 74 (32 %) sester, snížený intelekt 38 (17 %), abstinenční příznaky označilo 57 (25 %) dotazovaných a jiné 2 (1 %) sester. K možnosti jiné bylo uvedeno náročná ošetrovatelská péče nebo riziko sebepoškození.

Otázka č. 19: Máte na svém pracovišti možnost se vzdělávat v oblasti prevence,
před ohrožením ze stran pacientů?

Tabulka 19: *Možnost vzdělávání*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	10	12 %
Ne	76	88 %
Celkem	86	100 %



Graf 19: *Možnost vzdělávání*

Komentář:

10 (12 %) respondentů uvedlo možnost ano, 76 (88 %) uvedlo možnost ne.

Otázka č. 20: Pokud ano, prosím specifikujte druh vzdělání

Tabulka 20: *Druh vzdělání*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Kurz sebeobrany	3	4 %
Kurz komunikace s problémovými pacienty	7	8 %
Jiné	-	-
Nemám možnost	76	88 %
Celkem	86	100 %

Graf 20: *Druh vzdělání***Komentář:**

Možnosti vzdělávání v oblasti péče o pacienty závislé na alkoholu z uvedených možností zmínili 3 (4 %) respondentů možnost kurzu sebeobrany, 7 (8 %) dotázaných kurz komunikace s problémovými pacienty a 76 (88 %) uvedlo, že nemá žádnou možnost vzdělávat se v této oblasti.

Otázka č. 21: **Uvítal/la byste školicí akce v problematice péče o pacienty závislé na alkoholu?**

Tabulka 21: *Zájem o školicí akce v problematice péče o závislé na alkoholu*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	70	81 %
Ne	16	19 %
Celkem	86	100 %



Graf 21: *Zájem sester o školicí akce*

Komentář:

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že 70 (81 %) dotazovaných projevilo zájem o školicí akce v problematice ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu a 16 (19 %) odpovědělo, že nemá zájem.

6 DISKUZE

Alkoholismus v české společnosti je velmi častý jev, který se nevyhýbá žádné věkové skupině, snad vyjma malých dětí. Problémy s alkoholismem trpí ve stejném zastoupení muži i ženy. Všeobecné sestry se velmi často při své práci setkávají s pacienty závislími na alkoholu a musí se umět vypořádat se specifiky ošetrovatelské péče, která tato onemocnění přináší.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají všeobecné sestry ošetrovatelskou péči o pacienty závislé na alkoholu, v čem spatřují náročnost ošetrovatelské péče a zda mají možnost se vzdělávat v problematice péče o závislé a zda mají o toto vzdělávání zájem. Dále jsme sledovali, jak je zabezpečena ochrana sester při ošetrovatelské péči o pacienty, kteří jsou závislí na alkoholu. Průzkumu se zúčastnilo celkem 86 (100 %) všeobecných sester ze tří nemocnic Zlínského kraje. Jednalo se o Městskou nemocnici Slavičín, Nemocnici Atlas a KNTB Zlín. Nemocnice Atlas se zajímá o výsledky tohoto dotazníkového šetření.

Průzkumu se zúčastnilo 98 % žen a 2 % mužů. K průzkumu byl použit vytvořený dotazník, který obsahoval 21 otázek. Z analýzy jednotlivých položek dotazníku bylo získáno několik zajímavých skutečností. Až 30 % sester se setkává s pacienty závislími na alkoholu častěji než 2x týdně, 28 % sester uvedlo, že se setkává se závislími 1–2x týdně, což je více než polovina dotázaných všeobecných sester. 34 % se setkává se závislími 1–2x do měsíce. Dále je více než alarmující, že 69 % dotázaných sester se při své práci setkala s fyzickým napadením personálu. Českomoravská konfederace odborových svazů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky v roce 2010 až 2013 zahájily projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Projekt byl zaměřen na analýzu dat a probíhalo i proškolení nelékařských zdravotnických pracovníků (Prevence násilí ve zdravotnictví, 2017). Také Szkanderová a Jarošová (2008) prováděly dotazníkové šetření agresivity, se kterou se setkávají všeobecné sestry. Jejich výzkum prokázal, že se slovní agresí se setkala až 90 % všeobecných sester. Také bylo prokázáno, že školení jsou neefektivní a nedostačující a měla by být pravidelně obnovována.

Podle Pekara (2013) se výzkumy soustřeďují hlavně na psychiatrické léčebny a oddělení intenzivní péče. Naše šetření se zabývalo specifiky ošetrovatelské péče na standardních odděleních. Dotazníky byly rozdány a vyplněny na ambulancích a odděleních chirurgického a interního typu, dále na oddělení následné péče a geriatrické ambulanci.

Zastoupení bylo následující: z 86 (100 %) dotazovaných sester pracovalo 13 % na úrazové ambulanci, na interní ambulanci 5 % dotazovaných sester, z oddělení následné péče bylo 38 % sester, 26 % dotazníků bylo vyplněno na interním oddělení, 15 % na chirurgickém oddělení a 3 % sester pracovalo v geriatrické ambulanci.

Výsledek šetření přináší zajímavý souhrn poranění. 83 % dotazovaných sester uvádí drobná poranění, modřiny a oděrky, 7 % sester uvedlo vážnější poranění, 5 % dotazovaných dokonce velmi vážné poranění s nutností vyhledat lékařské ošetření a 2 % respondentů se ocitlo v ohrožení na životě. Se slovním napadením se setkalo 94 % dotazovaných a jen 6 % sester se nikdy nesetkalo se slovní agresí. Nejčastější slovní agresí byly nadávky, agrese a vyhrožování, také používání vulgarismů vůči ošetřujícímu personálu.

Také nás zajímalo, jak sestry vnímají ošetrovatelskou péči o pacienty závislé na alkoholu. Převážná část vnímá péči jako více náročnou, a to 95 % dotazovaných, 85 % sester má pocit, že je péče o pacienta závislého na alkoholu více vyčerpává. Při rozhodování, o které pacienty je péče nejnáročnější 43 % zvolilo péči o agresivního pacienta, 32 % všeobecných sester má pocit, že náročnější péče je o pacienta v deliriu tremens. Při hodnocení, jakým způsobem je práce o závislé vyčerpávající, uvedlo 59 % dotazovaných sester, že mají pocit především psychického vyčerpání. Až 81 % sester prožívá pocit ohrožení ze stran pacientů závislých na alkoholu a u 51 % dotazovaných byla nutná přítomnost Policie ČR při ošetrovatelské péči o pacienty závislé na alkoholu.

Zjišťovali jsme také skutečnost, zda mají sestry při své práci možnost přivolat si pomoc při ohrožení ze stran pacientů. 9 % dotazovaných uvádí, že nemají žádnou možnost přivolání pomoci. Na druhou stranu 45 % dotazovaných sester uvedlo jako možnost přivolání ochranky a 38 % má k dispozici signalizační zařízení.

Dalším z cílů bakalářské práce bylo také zjistit, zda mají sestry možnost se vzdělávat v problematice ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu. Jen 12 % dotazovaných sester uvedlo, že má možnost se dále vzdělávat a 88 % sester bohužel možnost takového vzdělávání na svém pracovišti nemá. Z průzkumu dále vyplynulo, že 81 % sester má zájem zúčastnit se školicí akce v problematice ošetrovatelské péče. Z uvedených výsledků tedy vyplývá, že cíle vytyčené v bakalářské práci se podařilo splnit.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce Specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu na standardních odděleních je velmi aktuální a velice zajímavé.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, jako je alkoholová závislost, příčiny vzniku, rozdělení. Blíže je popsána agrese, zátěž sester či syndrom vyhoření. Také je podrobněji rozebrána ošetrovatelská péče o pacienty závislé na alkoholu, specifické projevy tohoto onemocnění, onemocnění způsobená požívání alkoholu a zásady komunikace s pacienty závislými na alkoholu.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na vyhodnocení dotazníkového šetření, analýzu získaných dat a jejich interpretaci. Průzkumné šetření bylo provedeno u všeobecných sester na standardních odděleních. K šetření byly vybrány tři nemocnice Zlínského kraje. Z průzkumu vyplynulo, že převážná část dotazovaných se již setkala s fyzickým i slovním napadením pacientem závislým na alkoholu. U velké části ošetrovatelského personálu došlo i ke zranění. Také bylo zjištěno, že část dotazovaných zdravotních sester považuje péči o závislé pacienty náročnější než péči o jiné pacienty. Za velmi náročnou je považována péče o agresivního pacienta, dále pak o pacienta v deliriu tremens a o pacienta s alkoholovou psychózou. Velkou část sester taková péče vyčerpává, a to především psychicky.

Dalším z cílů bakalářské práce bylo zjistit, zda mají sestry možnost vzdělávat se v problematice ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu a zda by využily možnosti vzdělávání se v této problematice na svých pracovištích. Jen malé procento dotazovaných uvedlo, že mají možnost vzdělávat se. Z průzkumu vyplynulo, že by většina zdravotních sester uvítala takovou možnost.

V práci jsme se také zaměřili na o to, zda mají sestry na svých odděleních zajištěnou svoji bezpečnost. Z velké části dotazované sestry uváděly, že mají možnost přivolat si pomoc při pocitu ohrožení ze stran pacientů.

O výsledky tohoto průzkumu projevila zájem Nemocnice Atlas, kde také probíhal průzkum. Edukačních materiálů bylo již vytvořeno mnoho a jsou i volně přístupné na internetu. Příklad je uveden v příloze IV. Jako doporučení pro praxi ze zjištěných výsledků vyplývá, že by zaměstnavatel měl umožnit vzdělávání všeobecným zdravotním sestřím v oblasti problematiky ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu,

například kurz sebeobrany nebo seminář zaměřen na tuto problematiku. Dále by se zaměstnavatel měl snažit o rozvíjení dovedností a znalostí všeobecných sester v oblasti komunikace s problémovými pacienty a jejich rodinnými příslušníky formou seminářů, přednášek či besed s odborníky. Zdravotní sestry by měly více zapojovat rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu o pacienty závislé na alkoholu. Zaměstnavatel by měl také dbát na odpočinek sester a prevenci vyhoření, zlepšení motivace pro ošetrovatelský personál, či možnost psychohygieny. Výsledky šetření budou předány vedení Nemocnice Atlas.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AUDIT: *Test pro zjišťování poruch působených užíváním alkoholu.* [Http://www.alkohol-alkoholismus.info/](http://www.alkohol-alkoholismus.info/) [online]. [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/208-novinky/novinky/1263-audit-test-pro-zjistovani-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu.html>.

BALL, Christopher M. a Robert S. PHILLIPS, 2004. *Akutní medicína do kapsy: na základě medicíny založené na důkazech.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0928-7.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BILAVČÍKOVÁ, Pavla, 2010. *Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky.* Bakalářská práce. Zlín, 94s., 10 s. příloh. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Michaela Karafiátová. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/13006>.

BUTTARO, Terry Mahan. a Kate A. BARBA, 2013 *Nursing care of the hospitalized older patient.* Ames, Iowa: John Wiley. ISBN 978-0-8138-1046-1.

COHEN, Robert M, 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-497-4.

ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach.* 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-354-7.

DANIŠ, Pavel, 2010. *Kontakt a komunikace s osobou pod vlivem drogy, návykové látky.* In: Metodický portál: inspirace a zkušenosti učitelů [online]. Praha: webmaster [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/Ruzne/Kontakt_a_komunikace_s_osobou_pod_vlivem_drogy,_n%C3%A1vykov%C3%A9_l%C3%A1tky.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii.* Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

- HAMERNÍKOVÁ, Veronika, 2014. Agresivita vůči zdravotnickému personálu. *Zdravotnictví a medicína: Sestra*. Praha: MF dnes, 2014(14 - Sestra), s. 20-21. ISSN 2336-2987.
- HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togg. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ, ed., c2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-7262-498-0.
- HODAČOVÁ, Lenka, 2014. Problematika kouření a konzumace alkoholu v České republice. *Florence*. Praha: Ambitmeddia, X(12), s. 24-25. ISSN 1801-464X.
- HONZÁK, Radkin, c1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.
- CHVAL, Josef, 2008. Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení. *Psychiatria pre prax* [online]. 9(4), s. 166-168 [cit. 2017-04-06]. ISSN 1339-4258. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/b24797e2ea660b23aac6c56eca411953.pdf>
- KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
- KOHOUTOVÁ, Lucie, 2011. *Profesní psychosociální zátěž zdravotní sestry a pracovní podmínky*. Bakalářská práce. Zlín, 74 s. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Katedra psychologie. Vedoucí práce František Vízdal. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/16147>.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
- LINDENMEYER, Johannes, 2009. *Závislost' od alkoholu: pokroky v psychoterapii*. Trenčín: F. ISBN 978-80-88952-54-1.
- LINHART, Igor, 2012. *Toxikologie: interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze. ISBN 978-80-7080-806-1.
- LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, c2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MARMOT, M. G. a Richard G. WILKINSON, 2006. *Social determinants of health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. ISBN 978-01-9856-589-5.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-277-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-2319-8.

NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.

PEKARA, Jaroslav, 2013. *Násilí a české ošetrovatelství: Přehledová studie*. Florence [online]. Praha: Ambitmedia, 13(12), 3 [cit. 2017-05-02]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: http://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Nasili_a_ceske_osetrovatelstvi.pdf

PEKARA, Jaroslav, 2014. *Proč dochází k násilným incidentům při ošetrování pacientů?* Florence. Praha: Ambitmedia, X(1-2), s. 21-23. ISSN 1801-464X.

PRČÍKOVÁ, Veronika, 2016. *Zvládání stresových situací s agresivním pacientem na JIP na standardním oddělení*. Bakalářská práce. Zlín, 64 s. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Zuzana Smolková. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/37529>.

Prevence násilí ve zdravotnictví: situace v ČR, 2017. In: *UZS CRA: Prevence násilí na pracovišti* [online]. Praha: UZS ČR [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://www.cra-uzs.cz/bezpecnaprace/cz/informujte-se/fakta-a-cisla/cl/31/prevence-nasili-ve-zdravotnictvi--situace-v-cr>.

Screeningový dotazník CAGE: *Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných postupů*, 2010. Klinika adiktologie [online]. Praha, [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Screeningovy-dotaznik-CAGE>.

SCHULTZ, Judith M. a Sheila L. VIDEBECK, 2009. *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. ISBN 978-07-817-6868-9.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.

SZKANDEROVÁ, Michaela a Darja JAROŠOVÁ, 2008. *Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních*. Profese online: Recenzovaný časopis pro zdravotnické obory[online]. I(1), 9 [cit. 2017-05-02]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2008/01/01.pdf>

ŠIMOVCOVÁ, Darina, 2015. *Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. Ve Zlíně: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-515-3.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3132-2.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test

Bc. Bakalář

CAGE Cut Angry Guilt Equilibrium

DNA Deoxyribonukleová kyselina

FAS Fetální alkoholový syndrom

g gram

g/l gram na litr

kg kilogram

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati

Mgr. Magistr

např. například

NL Návyková látka

Odd. Oddělení

oš. ošetrovatelská

ČR Česká republika

Sb. Sbírka

tzv. takzvané

% procento

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: <i>Věk respondentů</i>	39
Graf 2: <i>Pohlaví respondentů</i>	40
Graf 3: <i>Délka praxe respondentů</i>	41
Graf 4: <i>Typ oddělení</i>	42
Graf 5: <i>Dosažené vzdělání</i>	43
Graf 6: <i>Četnost styku se závisými</i>	44
Graf 7: <i>Fyzické napadení personálu</i>	45
Graf 8: <i>Závažnost poranění personálu</i>	46
Graf 9: <i>Slovní napadení personálu</i>	47
Graf 10: <i>Typ slovní agrese</i>	48
Graf 11: <i>Pocit náročnosti ošetrovatelské péče</i>	49
Graf 12: <i>Náročnost ošetrovatelské péče</i>	50
Graf 13: <i>Pocit vyčerpanosti při péči o závislé</i>	51
Graf 14: <i>Druh vyčerpání při péči</i>	52
Graf 15: <i>Pocit ohrožení při péči o závislé</i>	53
Graf 16: <i>Možnost přivolání pomoci</i>	54
Graf 17: <i>Nutná přítomnost policie</i>	55
Graf 18: <i>Hlavní ošetrovatelské problémy</i>	56
Graf 19: <i>Možnost vzdělávání</i>	57
Graf 20: <i>Druh vzdělání</i>	58
Graf 21: <i>Zájem sester o školicí akce</i>	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: <i>Věk</i>	39
Tabulka 2: <i>Pohlaví</i>	40
Tabulka 3: <i>Délka praxe</i>	41
Tabulka 4: <i>Typ oddělení</i>	42
Tabulka 5: <i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	43
Tabulka 6: <i>Četnost styku se závislými</i>	44
Tabulka 7: <i>Fyzické napadení personálu</i>	45
Tabulka 8: <i>Závažnost poranění personálu</i>	46
Tabulka 9: <i>Slovní napadení personálu</i>	47
Tabulka 10: <i>Typ slovní agrese</i>	48
Tabulka 11: <i>Pocit náročnosti ošetrovatelské péče</i>	49
Tabulka 12: <i>Náročnost péče o závislé</i>	50
Tabulka 13: <i>Pocit vyčerpání při péči o pacienty závislé na alkoholu</i>	51
Tabulka 14: <i>Druh vyčerpání</i>	52
Tabulka 15: <i>Pocit ohrožení při péči</i>	53
Tabulka 16: <i>Možnosti přivolání pomoci</i>	54
Tabulka 17: <i>Nutnost přítomnosti policie ČR</i>	55
Tabulka 18: <i>Hlavní ošetrovatelské problémy</i>	56
Tabulka 19: <i>Možnost vzdělávání</i>	57
Tabulka 20: <i>Druh vzdělání</i>	58
Tabulka 21: <i>Zájem o školicí akce v problematice péče o závislé na alkoholu</i>	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI Dotazník

Příloha PII AUDIT – test pro zjišťování poruch působených užíváním alkoholu

Příloha PIII CAGE dotazník

Příloha IV Postup při jednání s osobou pod vlivem drogy, NL

Příloha PI Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Pavla Frajtová, jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci na téma **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů závislých na alkoholu na standardních odděleních**. Výsledky budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela **anonymní**. Děkuji předem za poskytnuté informace a ochotu spolupracovat.

1. Věk

- a) do 30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 50 a víc let

2. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

3. Délka praxe v oboru všeobecná sestra?

- a) do 10 let
- b) 11 - 20 let praxe
- c) 21 a více let praxe

4. Typ oddělení, na kterém pracujete?

- a) úrazová ambulance
- b) interní ambulance
- c) oddělení typu následné péče
- d) oddělení interního typu
- e) oddělení chirurgického typu
- f) jiné.....

5. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské Bc.
- d) vysokoškolské Mgr.

6. Jak často se setkáváte s pacienty závislími na alkoholu?

- a) 1-2x do roka
- b) 1-2x do měsíce
- c) 1-2x týdně
- d) častěji než 2x týdně

7. Setkal/la jste se s fyzickým napadením personálu pacientem závislým na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

8. Pokud jste se setkal/la s fyzickým napadením, o jak závažné poranění se jednalo?

- a) drobné poranění typu oděrka, modřina
- b) vážnější poranění např. řezná rána a krvácení
- c) velmi vážné poranění s nutností lékařského ošetření
- d) ohrožení na životě
- e) jiné

9. Setkal/la jste se slovním napadením personálu pacientem závislým na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud jste se setkal/la se slovním napadením, o jaký typ slovní agrese se jednalo?

(i více možností)

- a) nadávky
- b) slovní agrese
- c) vyhrožování
- d) používání vulgarismů vůči Vaší osobě
- e) jiné

11. Máte pocit, že je ošetrovatelská péče o pacienty závislé na alkoholu náročnější?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

12. Péči o které pacienty považujete za náročnější?

- a) v péči o pacienta s akutní intoxikací
- b) v péči o pacienta s alkoholovou psychózou
- c) v péči o pacienta v deliriu tremens
- d) v péči o agresivního pacienta
- e) jiné

13. Máte pocit, že Vás ošetrovatelská péče o pacienty závislé na alkoholu více vyčerpává?

- a) ano
- b) ne

14. Pokud ano, jakým způsobem vás vyčerpává oš. péče o pacienta závislého na alkoholu?

- a) především fyzicky
- b) především psychicky
- c) nedokážu určit
- d) jiné

15. Máte pocit ohrožení při péči o pacienty závislé na alkoholu?

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne

16. Jaké možnosti přivolání pomoci v případě ohrožení na svém oddělení máte? (i více možností)

- a) signalizační zařízení
- b) možnost přivolat ochranku
- c) nemám žádnou možnost
- d) jiné

17. Byla někdy nutná asistence policie ČR u oš. péče u pacienta závislého na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

18. V čem spatřujete hlavní ošetrovatelské problémy v péči o pacienty závislé na alkoholu? (i více možností)

- a) neochota spolupracovat
- b) agresivita
- c) snížený intelekt
- d) abstinční příznaky
- e) jiné

19. Máte na svém pracovišti možnost se vzdělávat v oblasti prevence před ohrožením ze stran pacientů?

- a) ano
- b) ne

20. Pokud ano, prosím specifikujte druh vzdělávání

- a) kurz sebeobrany
- b) kurz komunikace s problémovými pacienty
- c) jiné
- d) nemám možnost

21. Uvítal/la byste školící akce v problematice péče o pacienty závislé na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

Příloha PII

AUDIT – test pro zjišťování poruch působených užíváním alkoholu

Po vyplnění dotazníku zjistíte, zda a do jaké míry jste závislí na alkoholu, jestli je vaše situace problematická a jak máte postupovat dále. Test má pouhých deset otázek a jeho vyplnění vám nebude trvat déle než pět minut.

Z možných odpovědí zakroužkujte tu, která se nejvíce blíží skutečnosti. V testu se užívá pojem „standardní sklenice“ – tím rozumějme půl litru dvanáctistupňového piva, dva decilitry přírodního vína nebo 0,05 litru (velký panák) destilátu. Otázky 1 až 8 se týkají posledních 12 měsíců.

1. Jak často pijete alkoholické nápoje (včetně piva)?

- 0 – Nikdy
- 1 – Jednou za měsíc či méně často
- 2 – 2–4x za měsíc
- 3 – 2–3x týdně
- 4 – 4x nebo vícekrát týdně

2. Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

(Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru dvanáctistupňového piva, dvěma decilitrům přírodního vína nebo 0,05 litru destilátu)

- 0 – Nejvýše 1
- 1 – 1,5 až 2
- 2 – 2,5 až 3
- 3 – 3,5 až 3
- 4 – 5 a více

3. Jak často vypijete tři nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než jednou za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopni přestat pít, když začnete?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

5. Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců nebyl schopen / nebyla schopna udělat to, co se od vás běžně očekává?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

6. Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího dne?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

7. Jak často jste měl/měla během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – 1x za měsíc
- 3 – 1x za týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

8. Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?

- 0 – Nikdy
- 1 – Méně než 1x za měsíc
- 2 – Každý měsíc
- 3 – Každý týden
- 4 – Denně nebo téměř denně

9. Byl/byla jste vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?

- 0 – Nikdy
- 2 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 4 – Ano, během posledních 12 měsíců

10. Byl někdo z vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen vašim pitím a navrhoval vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/přestala?

- 0 – Nikdy
- 2 – Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 4 – Ano v posledních 12 měsících

INTERPRETACE TESTU

Nyní sečtěte čísla, která jste zakroužkovali.

0 – 7 BODŮ

Alkohol buď nepijete, nebo pijete, ale nejste žádný rizikový případ.

8 – 15 BODŮ

Máte s alkoholem problém a jste rizikový případ. Měli byste svůj nebezpečný návyk omezit.

16 – 19 BODŮ

Škodlivé pití nebo závislost. Konzultujte své pití alkoholu s odborníkem.

20 A VÍCE BODŮ

Jste na alkoholu závislí. Poněvadž však tento dotazník není diagnostickým nástrojem, nelze stanovit vaši diagnózu. Proto se poraďte s odborníkem na specializovaných pracovištích.

Převzato z: www.alkohol-alkoholismus.info/ [online]

Příloha PIII

CAGE dotazník

- 1) Cítili jste někdy potřebu své pití snížit?
- 2) Dráždila Vás někdy kritika Vašeho pití?
- 3) Měli jste kvůli pití pocity viny?
- 4) Pili jste někdy po ránu, abyste se probrali?

3 a 4 kladné odpovědi znamenají vysokou míru pravděpodobnosti, že je člověk na alkoholu závislý. 2 kladné odpovědi znamenají podezření na závislost. 1 kladná odpověď může být podnětem pro lékařské vyšetření.

Převzato z: [http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Screeningovy-dotaznik CAGE.](http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Screeningovy-dotaznik-CAGE)

Příloha IV

POSTUP PŘI JEDNÁNÍ S OSOBOU POD VLIVEM DROGY, NL

Mnohdy se můžete setkat se situací, kdy přijdete do přímého kontaktu s osobou, která je pod vlivem NL. Tato situace klade na jednání vysoké nároky, neboť nevhodné chování a reakce mohou velmi lehce vyprovokovat konfliktní situaci, která může u osoby pod vlivem NL přerůst v neadekvátní reakci, agresí, hrubostí.

Typování takových osob není tak jednoduché, jak se na první pohled zdá, a mnohdy jsme ve značné nevýhodě, neboť zpravidla nemůžeme vycházet jen z viditelných znaků jako např.: oděv, celkové vystupování, gesta, mimika. Při typování takových osob musíme vycházet zejména z fyziognomických znaků, z reakcí a chování osob. Uvědomit si, že jste v kontaktu s osobou, která je v daném okamžiku pod vlivem NL, lze především ze souboru těchto znaků:

Výraz očí:

zornice jsou silně roztaženy a při jejich osvětlení či naopak v šeru, při menší světelné intenzitě jsou staženy do úzkých štěrbin. Mnohdy je postřehnutelná i jejich reakční schopnost měnit svou velikost (pomalá reakce, trhavý pohyb oční bulvy,...). Oční spojivky mohou být zarudlé jako při rýmě, alergii. Pohled může být nepřítomný a pro okolí chladný a mnohdy jste pro tuto osobu jakoby průhledným objektem.

Výraz obličeje:

obvykle dochází k změně barvy obličeje, který je výrazně zarudlý nebo naopak nepřirozeně bledý. Tento výraz lze přirovnat osobě pod vlivem alkoholu. Mnohdy může být obličej flekatý. Uvedené změny barvy obličeje jsou často doprovázeny i krupěmi potu (dominantní reakce při nástupu a projevu abstinčních příznaků).

Řeč, mluva:

nesouvislá, často zadržává, špatné vyjadřovací schopnosti s častými výpadky paměti, není schopen mnohdy souvisle komunikovat, což nahrazuje značnou gestikulací rukou, grimas obličeje. Velmi často se projevuje značná dechová nedostatečnost, dýchavičnost, což je důsledek poruch dýchacího ústrojí.

Ruce:

značná gestikulace při komunikaci, nelogické pohyby a pocení. Z hlediska naší vlastní bezpečnosti, obezřetnosti je nutné si všimnout, zda tato osoba nemá v ruce nějaký předmět, či dokonce nějakou zbraň, zda často strká ruce do kapes, batohu, tašky,...

Koordinace pohybu:

nápadná, potácivá, klátivá chůze se špatnou rovnováhou.

Celkové chování:

vychází především s typu užití NL. Při užití NL se stimulačním efektem je patrná značná aktivita (hypermobilita), nadměrná rychlost běžných pohybů, které jsou mnohdy nekoordinované a často nelogické. U této osoby je patrná i značná senzibilita na vnější podněty okolí, což způsobuje nervozitu, neklid a mohou být startovním podnětem k neadekvátní reakci. Často jsou tyto pohyby doprovázeny olizováním rtů, častým mrkáním,

posunky. Při užití NL s tlumivým efektem (opiáty, hypnotika, sedativa a mnohdy i halucinogeny) je patrná výrazná ospalost, dechová nedostatečnost, špatná vyjadřovací schopnost, huhňání, časté zavírání očí, plačtivost. Zrádné jsou u těchto osob nevypočitatelné změny chování a následné reakce, z útlumu procitnutím do bdělého stavu a naopak a to několikrát za sebou (Daniš, 2010).