

Specifika práce sestry při ústavní protialkoholní léčbě

Kateřina Sedláčková DiS.

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Sedláčková, DiS.**
Osobní číslo: **H17279**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Specifika práce sestry při ústavní protialkoholní léčbě**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti protialkoholní léčby a specifické práci sester.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr účastníků výzkumu.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam doporučené literatury:

KALINA, K. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Praha: Grada, 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, K. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KŘÍVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, c2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

ZORRILLA, E., M. HEILIG, H. DE WIT, et. al. Behavioral, biological, and chemical perspectives on targeting CRF1 receptor antagonists to treat alcoholism. Drug and Alcohol Dependence [online]. Elsevier Ireland, 2013, 128(3), p. 175-186 [cit. 2019-09-19]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.12.017. ISSN 03768716.

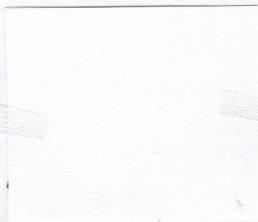
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Bc. Barbora Plisková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

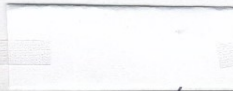
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Úvodní údaje

Pracovní úkol: ...
Cíle práce: ...
Metody práce: ...
Literatura: ...



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně15.5.2020.....

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 nevydělává zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

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

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve

znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem 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). Odprávil autor takového díla udělil svolení bez vázného důvodu. mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití 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 přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ústavní protialkoholní léčba je odvětvím ošetrovatelské praxe, ve které má všeobecná sestra své nezastupitelné místo. Bakalářská práce se zabývá specifiky práce všeobecných sester při ústavní protialkoholní léčbě. Teoretická část práce se věnuje závislosti na alkoholu a tématům souvisejícím, vymezení pojmosloví a základním teoretickým konceptům ošetrovatelské péče v psychiatrii a adiktologii. Praktická část je kvalitativním výzkumem, jehož cílem je zmapovat zkušenosti všeobecných sester pracujících v ústavní protialkoholní léčbě. Výzkum byl realizován na otevřeném koedukovaném oddělení pro léčbu závislostí psychiatrické nemocnice. Role sester na oddělení pro léčbu závislostí je v mnohém specifická a psychicky náročná, neboť pacient je svojí závislostí výrazně ovlivněn. Sestry se ve své praxi denně setkávají s psychicky náročnými situacemi, na které musejí umět bezprostředně adekvátně reagovat.

Klíčová slova: alkoholismus, protialkoholní léčba, adiktologie, psychiatrická ošetrovatelská péče, ústavní léčba, závislost, sestra v adiktologických službách

ABSTRACT

Institutional inpatient alcohol treatment is a branch of nursing practise where a nurse has an irreplaceable position. Bachelor thesis deals with the specific role of nurses working in institutional inpatient alcohol treatment. The theoretical part deals with alcohol addiction and topics that are closely related to alcoholism. Moreover, it defines the terminology and basic theoretical concepts of nursing care in psychiatry and addictology. The practical part includes qualitative research. The goal of this research is to map the views and opinions of nurses working in institutional inpatient alcohol treatment. The research took place in an open coeducational ward for addiction treatment in the psychiatric hospital. The nurses role in the addiction treatment department is specific in many ways and psychologically demanding. Nurses have to deal with patients who are significantly influenced by their alcohol addiction. They encounter psychologically demanding situations on a daily basis and they have to respond immediately and adequately.

Keywords: alcoholism, inpatient alcohol treatment, addictology, psychiatric nursing care, institutional treatment, addiction, nurse in addictology services

Touto cestou bych ráda poděkovala paní PhDr. Mgr. Bc. Barboře Pliskové, DiS., za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost, ochotu a věcné připomínky po celou dobu vedení mé bakalářské práce. Mé díky patří také participantům, bez kterých by tato bakalářská práce nemohla vzniknout.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	13
1.1 ZÁVISLOST A SYNDROM ZÁVISLOSTI	13
1.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI	14
1.3 ALKOHOLISMUS	15
1.4 VLV ALKOHOLU NA ČLOVĚKA	16
1.5 VZNIK A VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	18
2 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	21
2.1 HISTORIE PROTIALKOHOLNÍ LÉČBY	22
2.2 FORMY PROTIALKOHOLNÍ LÉČBY	23
2.2.1 Detoxifikační jednotky	24
2.2.2 Ambulantní léčba	24
2.2.3 Denní stacionář.....	25
2.2.4 Střednědobá ústavní léčba.....	25
2.2.5 Terapeutická komunita.....	26
2.3 FARMAKOTERAPIE.....	27
2.4 PSYCHOTERAPIE	28
2.5 DALŠÍ PRVKY LÉČBY	29
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ.....	30
3.1 SESTRA V PSYCHIATRII	30
3.2 KOMPETENCE SESTRY PRO PÉČI V PSYCHIATRII	31
3.3 PRÁCE SESTRY V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH	32
3.3.1 Práce s motivací	33
3.3.2 Minimální intervence	33
3.4 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ZÁVISLÉ.....	34
3.4.1 Primární prevence	34
3.4.2 Sekundární prevence	34
3.4.3 Terciární prevence.....	35
3.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.....	35
3.6 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V PSYCHIATRII A ADIKTOLOGII.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	40
4.1 VÝZKUMNÁ METODA A VÝZKUMNÁ TECHNIKA	40
4.2 CÍL VÝZKUMU	41

4.3	KRITÉRIA PRO VÝBĚR ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU	41
4.4	CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	42
4.5	PRŮBĚH VÝZKUMU	44
4.6	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	46
5	ANALÝZA DAT.....	47
5.1	VYHODNOCENÍ DAT.....	47
5.1.1	Celospolečenský problém	48
5.1.2	Trochu jiný pacient	50
5.1.3	Sestra kontrolor	53
5.1.4	Nálepka pro všechny	57
6	DISKUZE	62
6.1	LIMITY VÝZKUMU	64
6.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Závislost na alkoholu je onemocnění, které postihuje osoby napříč světem bez rozdílů. V boji se závislostí by člověk neměl být sám. Závislost na alkoholu je stále aktuálním tématem, které se může osobně dotknout prakticky každého. O samotné závislosti, o lidech trpících závislostí na alkoholu a o možnostech léčby je možné dozvědět se spoustu polopravd a nepřesných informací. Možností léčby závislosti na alkoholu je mnoho, ale právě ve střednědobé ústavní protialkoholní léčbě má všeobecná sestra své nezastupitelné místo. Všeobecná sestra je průvodcem a partnerem pacienta. Práce sestry na oddělení pro léčbu závislostí je velmi specifická, vyžaduje nejen dobrou znalost problematiky, ale také kladné osobnostní předpoklady pro práci se závislými pacienty. Díky stereotypizaci dochází k tomu, že ne pouze laická veřejnost, ale i samotní zdravotníci nemají jasnou představu, co práce sestry na oddělení pro léčbu závislostí obnáší.

S prací na oddělení pro léčbu závislostí máme osobní zkušenost a vzpomínáme si na pocity nejistoty a strachu, které nás pohlcovaly, když tato nabídka zaměstnání přišla. Komplexnějším zpracováním problematiky a konkrétním popisem aktivit, které sestra vykonává, můžeme pomoci sestřám nynějším i budoucím zbavit se strachu z neznámého. Informace týkající se závislostní problematiky jsou nejen médií zkreslována, v povědomí laické veřejnosti je téma závislostí často tabuizované a plné kontroverze.

Bakalářská práce by měla čtenáři objasnit problematiku týkající se specifické práci sestry na oddělení pro léčbu závislostí. Teoretická část práce si klade za cíl nastínit teoretický rámec závislosti na alkoholu, zahrnující znaky závislosti, vliv alkoholu na člověka a etiopatogenezi tohoto onemocnění. Dále stručně seznámí čtenáře s historií protialkoholní léčby u nás i ve světě, a také s možnostmi, které se v léčbě závislosti na alkoholu nabízejí. Představí také hlavní a doplňující prvky střednědobé ústavní protialkoholní léčby. Zvýšená pozornost je v teoretické části věnována specifikům ošetrovatelské péče o pacienta na protialkoholním oddělení. Vzhledem k tomu, že střednědobá ústavní protialkoholní léčba je často zřízena v rámci psychiatrických nemocnic, popíšeme i specifika práce sestry na psychiatrii. Pro vykreslení souvisejících témat budou také zmíněny možnosti vzdělávání sester v psychiatrii a adiktologii.

Praktická část je rozdělena do menších celků a jejím cílem je zmapovat, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester pracujících v ústavní protialkoholní léčbě. V první části představíme zvolenou výzkumnou metodu a techniku a pokusíme se je blíže popsat. Následuje stanovení

hlavního cíle a cílů dílčích. Dále uvedeme stanovená kritéria pro výběr účastníků výzkumu, jeho samotný průběh a techniku, kterou budou data zpracována a následně analyzována. Pro tuto bakalářskou práci jsme zvolili kvalitativní výzkum, který bude realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru. Závěrečná část bude věnována interpretaci dat, jejich shrnutí a diskuzi. Považujeme za důležité zmínit také limity výzkumu a naše doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Závislostní chování doprovází lidstvo od nepaměti, především tedy závislost na alkoholu. Pro dostatečné vysvětlení souvislostí této bakalářské práce je zapotřebí nejprve nastínit problematiku závislostí v obecné rovině. V této kapitole se zaměříme na závislost a syndrom závislosti. Pro splnění účelu této práce se zaměříme blíže na alkoholismus, včetně klinického posouzení, etiologie, možností klasifikace tohoto onemocnění, základní terminologii a pojmy související.

1.1 Závislost a syndrom závislosti

Závislost lze definovat jako „*chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků.*“ (Kalina a kol., 2003a, s. 107). Fischer a Škoda (2014, s. 86) definují závislost jako „*soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky*“.

Základní terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky (prosté jednorázové užití nebo i opakované užívání, které přímo nevede k poškození uživatele), dále škodlivé užívání (synonyma abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, problémové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a syndrom závislosti. Závislost je tedy vyústěním abúzu, na základě pozitivní zpětné vazby na změněné prožívání po požití psychoaktivní látky (Kalina a kol., 2008).

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí: „*Syndrom závislosti (statistický kód F1x.2, na místo x před desetinnou tečku se doplňuje látka): Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol, nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.*“ (Nešpor, 2018, s. 18)

1.2 Znaky závislosti

Pro stanovení diagnózy závislosti je využíván výčet možných znaků, díky kterým je možné toto onemocnění diagnostikovat. V této podkapitole se seznámíme s kritérii závislosti Mezinárodní klasifikace nemocí a také s kritérii Americké psychiatrické asociace.

Kritéria závislosti Světové zdravotnické organizace v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10): „*Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů.*“ (Nešpor, 2018, s.18) Prvním ze znaků závislosti je silná touha (craving), též popisovaná jako pocit puzení látku užívat. Následují potíže v sebeovládání při užívání této látky, ve smyslu počátku a ukončení užívání, nebo množství užívané látky. Dalším ze znaků je tělesný odvykací stav, při kterém je látka užívána za účelem zmírnit příznaky vyvolané předchozím užíváním. Každá z návykových látek má své specifické odvykací příznaky. Ke zmírnění odvykacích příznaků se mohou také užívat látky s podobnými účinky. Jedním ze znaků závislosti je průkaz tolerance k účinku látky, projevující se zvyšováním množství užívané látky pro dosažení stejného účinku, dosaženého původně výrazně nižšími dávkami. Závislý člověk též prokazatelně zanedbává své koníčky, záliby a zájmy ve prospěch užívané látky. Výrazné množství času věnuje získávání nebo užívání této látky, nebo zotavení se z jejího účinku. Závislý jedinec v užívání látky pokračuje i přes zjevné a prokazatelné škodlivé důsledky nejen v oblasti vlastního zdraví, ale též v narušených vztazích a potížích v zaměstnání (Nešpor, 2018).

Dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) se „*diagnóza závislosti stanovuje následovně, přičemž by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců.*“ (Nešpor, 2018, s. 33-34). Růst tolerance, při kterém jsou zvyšovány dávky pro dosažení stejného účinku, tedy pokles účinku dané návykové látky při nezměněném dávkování. Odvykací příznaky po vysazení látky a dále taky přijímání většího množství látky, než měl člověk zpočátku v úmyslu. Dlouhodobá snaha, nebo alespoň jeden pokus o omezení a ovládnutí přijímání látky. Výrazné množství času strávené užíváním látky, jejím obstaráváním, nebo zotavováním se z jejích účinků. Omezení nebo zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky. Posledním ze jmenovaných znaků je pokračující užívání látky i přes dlouhodobé, nebo opakující se sociální, psychologické nebo somatické problémy, které si člověk uvědomuje, a jsou vzniklé, nebo zhoršované užíváním látky (Nešpor, 2018).

Oba typy kritérií závislosti jsou si velmi podobné, nejsou však totožné. Nejvýraznějším rozdílem je u DMS-IV absence bažení (cravingu), tedy silné neovladatelné touhy. Dále znaky popisující obtížné sebeovládání jsou popsány odlišně, rozděleny do více bodů, navzájem se prolínajících. Oba typy se také shodují na tom, že diagnosa závislosti je stanovena tehdy, prokáží-li se u člověka alespoň tři, nebo více ze znaků závislosti za posledních dvanáct měsíců.

1.3 Alkoholismus

„Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholismus“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v r. 1849. Teprve o sto let později (v r.1951, díky WHO) však začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém. Přitom první definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784, jejím autorem byl americký lékař Benjamin Rush, který, mj. sepsal též první učebnici psychiatrie v USA.“ (Kalina a kol., 2003a, s. 151)

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení sacharidů, vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Již v dobách historických civilizací byl užíván pro jeho léčebné účinky, stejně dlouho však lidstvo provází i negativní následky nemírného požívání alkoholu (Kalina a kol., 2003a). Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou. V konzumaci alkoholu jsou značné genderové rozdíly, ve většině zemí pijí ženy výrazně méně než muži. Nadměrná konzumace alkoholu ničí zdraví jednotlivců a bolestivě zasahuje rodiny i celou společnost. Přes své negativní účinky zůstává tradiční zneužívanou látkou a je využíván při většině neformálních, formálních i náboženských příležitostí. Změny v chování následkem požití etanolu jsou individuálně rozdílné v závislosti na množství, koncentraci etanolu v alkoholických nápojích, pohlaví, tělesné hmotnosti, hladině alkoholu v krvi a době uplynulé od předchozí dávky. V nižších dávkách se projevuje nejprve zvýšená aktivita a neklid. Ve vyšších dávkách dochází ke zhoršení kognitivních, percepčních a psychomotorických funkcí. Vliv na emoce a náladu jsou výrazně individuálně odlišné (Fischer, Škoda, 2014). Kalina a kolektiv (2015) dodává, že účinek alkoholu závisí také na vlivu prostředí či dispozic. Stav po požití se obvykle projeví jako prostá opilost (ebrieta). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Zpočátku se dostaví zlepšení nálady, sebevědomí a energie, později dochází ke kritičnosti a ztrátě zábran. S vyšší dávkou se dostavuje únava, útlum a spánek (Kalina a kol., 2015).

Intoxikace má 4 stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi. Prvním stádiem je lehká opilost, též nazývaná jako excitační stádium, při kterém je alkoholémie do 1,5 ‰. Při pokračujícím užívání přechází do stádia opilosti středního stupně, jinak nazývaného jako hypnotické stadium, alkoholémie dosahuje 1,6 ‰. Těžká opilost, narkotické stádium intoxikace, je prokázáno alkoholémií více než 2‰. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu, též zvaná asfyktické stadium, přichází při alkoholémii vyšší, než 3‰ (Kalina a kol. 2015).

Z výzkumu Státního zdravotního ústavu (SZÚ) prováděného v roce 2018 vyplývá, že rizikové a škodlivé pití alkoholu se týká 17,3% mužů a 13,6% žen. Pití alkoholu je tedy v české populaci velmi rozšířeným jevem. Dle WHO se za přípustnou dávku alkoholu (přepočteno na 100%ní alkohol) považuje 20 g denní spotřeby u žen a 40 g denní spotřeby u mužů. Limity bezpečné spotřeby však nejsou jednotné. Státní zdravotní ústav doporučuje 16 g pro ženy a 24 g pro muže (Csémy et al., SZÚ, 2019). Kalina a kol. (2003a) dále uvádí, že pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů s sebou nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu.

„Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN-10 uvedeny v oddílu F10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozčlenit do dvou základních skupin. Poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, ať již bezprostředně (intoxikace alkoholem), či jako následek chronického abusu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom), nebo poruchy, které se projevují návykovým chováním, související s abusem alkoholu (narušená kontrola užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu).“ (Kalina a kol., 2003a, s. 151)

1.4 Vliv alkoholu na člověka

Dlouhodobá konzumace alkoholu navozuje změny ve většině mozkových struktur. Neuropatologické změny ve středním mozku a kortikálních strukturách jsou příčinou zhoršení kognitivních funkcí. Funkční změny v oblasti prefrontálního kortexu, který je na zvýšenou hladinu etanolu zvláště citlivý, mají významný vliv pro vznik a rozvoj závislosti. V této oblasti kortexu dochází ke snížení objemu mozkové tkáně a výraznému omezení jeho funkcí. Tento stav se zhoršuje s pokračující konzumací alkoholu, období abstinence však může zapříčinit částečné zlepšení (Ficher, Škoda, 2014). Dalšími rysy již pokročilejší závislosti jsou tzv. okénka (palimpsesty), při kterých si pacient po ebrietě nepamatuje, co dělal. Rovněž typickým znakem jsou ranní doušky, kdy má pacient u postele ponechanou

láhev s tvrdým alkoholem, aby tak zamezil vzniku abstinenčních příznaků. Následovat může pití v tazích, několik po sobě jdoucích dní, s následným rozvojem deliria tremens, nebo vznikem alkoholické epilepsie či alkoholické psychózy (Kučerová, 2013).

Po vysazení alkoholu nebo snížení potřebného množství v průběhu dlouhodobého abúzu dochází k odvykacímu stavu (F10.3 – alkoholovému abstinenčnímu syndromu), pro který jsou charakteristické fyziologické symptomy – palpitace, tachykardie, vzestup krevního tlaku, tremor, pocení atd. Z psychických obtíží se objevují – neklid, deprese, úzkost, poruchy koncentrace, neschopnost výkonu, pocit únavy a vyčerpání (Fischer, Škoda, 2014). Kučerová (2013) k abstinenčním příznakům dodává nespavost, insomnii, značné noční pocení, třes rukou i dalších částí těla, anxieta až depresivní rozlady. Tyto příznaky po užití alkoholu mizí, tímto způsobem je však nelze řešit.

Kučerová (2013) popisuje také predelirózní stav, tedy stav předcházející samotnému deliriu tremens, který je možné zvládnout i v domácím prostředí. Pro zvládnutí tohoto stavu se předpokládá pacientova ochota ke spolupráci, popřípadě přítomnosti další osoby, ochotné o pacienta pečovat. Lékař doporučí tělesný klid, dostatek nealkoholických tekutin, vitaminy a kvalitní stravu s dostatkem ovoce a zeleniny k doplnění potřebných solí.

Dramatičtější reakcí je pak odvykací stav s deliriem (F10.4). Kromě výše zmiňovaných příznaků zde dochází ke stavu agitovanosti, kvalitativním poruchám vědomí a poznávacích procesů – objevují se bludy a halucinace (Fischer, Škoda, 2014). Při závažnějším stavu, kdy hrozí plné rozvinutí deliria tremens, je nutná hospitalizace. Delirium tremens je život ohrožující stav s poruchou vědomí. Pacient je neklidný, potí se, má horečku, tachykardii, hypertenzi a většinou i rozvrat vnitřního prostředí organismu. Řeč je produkována nesrozumitelně, pacient má halucinace, s nimiž hovoří a pod jejich vlivem i jedná. Může vzniknout bez souvislosti na akutní intoxikaci nebo mezi dvěma ebrietami (Kučerová, 2013). Tento stav, označovaný jako delirium tremens, může přejít až do psychózy (Korsakovovy psychózy, alkoholové halucinózy apod.) a skončit smrtí. Dlouhodobý abúzus může dále vést k ireverzibilním poruchám CNS, zejména k poruchám paměti a úpadku inteligence. V takovém případě hovoříme o alkoholové demenci (Fischer, Škoda, 2014). Další z hrožících zdravotních obtíží je alkoholová epilepsie, projevující se záchvaty typu grand mal. Ta se může objevit přímo v ebrietě, nebo po vystřízlivění. Při dlouhodobé abstinenci však obvykle zcela vymizí (Kučerová, 2013).

Pacienti, závislí na alkoholu, mají často řadu dalších psychických potíží, které z valné části odezní během několika týdnů abstinence. Vedle poruch spánku, které jsou nejčastějším

zdrojem pacientových potíží při zahájení odvykací léčby, vznikají anxiózně-depresivní stavy, které přetrvávají i po odeznění somatického odvykacího stavu. Ve většině případů se stav upraví spontánně, popřípadě krátkodobou podpůrnou farmakoterapií antidepressivy. Častá je kombinace závislosti na alkoholu s jinou duševní poruchou sui generis, např. s afektivní poruchou (deprese). Jedná se tedy o souběh dvou duševních poruch a taková kombinace se označuje jako duální diagnóza. Nejčastěji jsou to depresivní a úzkostné poruchy, dále osobnostní poruchy, u mladých žen nezřídka poruchy příjmu potravy, navíc často provázené závislostí na další psychoaktivní látce. Terapeuticky je nutno řešit obě poruchy, podle pacientova stavu buďto současně, nebo se přednostně řeší aktuálně závažnější z nich (Kalina, 2003). Dalšími komplikacemi mohou být psychotické stavy bez porušeného vědomí pacienta (např. alkoholická halucinóza nebo alkoholická paranoidní psychóza). Vzácné nejsou ani sebevražedné pokusy nebo dokonané sebevraždy (Kučerová, 2013).

Příkladem nepřímého nepříznivého vlivu alkoholu může být negativní vliv primárních projevů užití alkoholu na dopravní nehody. Ukazuje se, že pod vlivem alkoholu se výskyt dopravních nehod zmnohonásobuje. Nepřímý vliv alkoholu je diagnostikován i tam, kde dochází ke kriminálním činům a vraždám. Pod vlivem alkoholu dochází k výraznému zvýšení agresivity. Lidé pod vlivem alkoholu jsou jednak vyzývavější, na druhé straně alkohol zvyšuje jejich pocit nadřazenosti a agresivity vůči slabším. Pod vlivem alkoholu se mění přesnost koordinace, správnost percepce, kognitivních schopností, výdrž pozornosti a schopnost správného rozhodování. Příkladem může být rizikové sexuální chování – vyšší míra sexuálního násilí, znásilnění a provozování tzv. rizikového sexu (Křivohlavý, 2009).

„V současné době se hromadí doklady také o nepříznivém vlivu alkoholu na vznik nádorového onemocnění, o negativním vlivu alkoholu na kardiovaskulární systém a o jeho vlivu na hypertenzi. Výrazně průkazné jsou negativní vlivy alkoholu na průběh těhotenství a na zdravotní stav dětí alkoholiček.“ (Křivohlavý, 2009, s.196)

1.5 Vznik a vývoj závislosti na alkoholu

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dispozičně – expoziční model“: čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj.), tím menší podíl expozice je nutný. Naopak čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. Vždy jde

o řadu faktorů, spolupodílejících se na vzniku a vývoji závislosti – biologické, sociální. Existuje celá řada studií, potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou uplatnit. Žádný výzkum neprokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, či dokonce determinující pro vývoj závislosti na alkoholu (Kalina a kol., 2003a).

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny. Mezi tyto změny patří postupné zvyšování tolerance, postupná ztráta kontroly užívání nebo také postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Současně dochází ke změnám v myšlení a chování, které se mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím. Alkoholik zpočátku své pití zakrývá, později vysvětluje a racionalizuje. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ a poruchami paměti. Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu navyšování. Závislá osoba je tak schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často chová nenápadně, nepůsobí tedy dojem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol – snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá rychle příznaky těžké opilosti. To je velmi nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu konzumovaným v minulosti (Kalina a kol., 2003a).

Skála (1957) uvádí čtyři fáze závislosti dle Jellineka – prealkoholní (počáteční), prodromální (varovná), kruciální (rozhodná) a terminální. V počátečním stadiu si jedinec uvědomuje, že mu alkohol přináší úlevu, i když má začátek užívání ještě společenský motiv. Vzhledem k tomu, že pro něj alkohol přináší zdroj úlevy, zvyšuje se množství i frekvence pití alkoholu. Již v počáteční fázi je možné zpozorovat nárůst tolerance. Prodromální, tedy varovná fáze, je již typická nárůstem tolerance, zvýšenou potřebou a narušenou kontrolou. Jedinec mívá pocity viny, objevují se palimpsesty, již se obává kritiky okolí, uvědomuje si zvýšenou potřebu pití oproti ostatním. Toto stádium je „ideální“ pro léčbu, zásah právě v této fázi může být úspěšný za předpokladu následné abstinence. Kruciální (rozhodná fáze) je typická stále se zvyšující tolerancí a naprostou ztrátou kontroly užívání. V této fázi jedinec

racionalizuje své pití, dochází k častým konfliktům nejen v interpersonálních vztazích v rodině, ale také v zaměstnání. Jsou již evidentní škodlivé důsledky pití na zdravotní stav, mění se osobnostní vlastnosti, hodnotový systém jedince a dochází k oploštění zájmů. Rozhodujícím znamením pro přechod do konečné fáze je „ranní doušek“. Terminální, konečná fáze je doprovázena pitím od rána, přičemž jedinec bez alkoholu nedokáže plnit povinnosti, které pro něj byly dříve samozřejmostí. V této fázi se tolerance začíná naopak snižovat, konzumace je zpravidla nepřetržitá. Jedinec nedokáže fungovat bez alkoholu, ale ani s ním. Dochází k sociálnímu úpadku, přičemž jedinec, pokud nepije sám, setkává se pouze s lidmi, kteří jsou ochotní s ním pít. Dříve se právě terminální fáze alkoholismu považovala za vhodnou pro léčbu. Ukázalo se však, že větší pravděpodobnost úspěchu léčby je v dřívějších stádiích, ještě, než u jedince dojde k debaklu. V této fázi je však také možné a žádoucí léčbu podstoupit (Skála, 1957). I když se může jevit zmíněná literatura jako zastaralá, do dnešního dne z tohoto Jellinekova dělení vycházejí i dnešní autoři, je tedy aktuální a relevantní.

Vývoj závislosti je záležitostí velmi individuální, může vzniknout během několika měsíců až let, mimo jiné záleží na genetické dispozici jedince. Jakmile závislost vznikne, postižený člověk touto nemocí trpí po zbytek života. Častým problémem je názor pacientů, jejich rodiny a přátel, že pokud delší dobu alkohol neužili (několik měsíců, nebo let), mohou si po období abstinence alkohol opět dopřát bez vážnějších následků. Závislý na alkoholu již nikdy nebude pít „s mírou“, neboť nedokáže užívání alkoholu ovládat. Po porušení abstinence následuje opět rozvoj celé nemoci v plné šíři (Kučerová, 2013).

Tato kapitola stručně popsala základní informace týkající se nejen závislosti obecně, ale především konkrétněji závislosti na alkoholu. Již byly zmíněny informace o vlivu této nemoci nejen na zdravotní stav člověka, ale i na další oblasti jeho života.

2 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Závislost na alkoholu je onemocnění chronické, zcela vyléčit jej tedy nelze, existují však možnosti léčby, které člověka trpícího touto nemocí mohou nasměřovat na cestu za kvalitním, naplněným životem. V této kapitole bude představena adiktologie, jako věda zabývající se závislostí a její léčbou. Krátce nastíníme historii protialkoholní léčby a seznámíme se tak s některými jmény, která mají v léčbě závislostí u nás i ve světě nezastupitelné místo. Pro požadavky této práce budou popsány právě ty možnosti léčby, ve kterých je všeobecná sestra součástí multidisciplinárního týmu.

„Adiktologie je interdisciplinární obor zaměřující se na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti na poruchy související s užíváním psychotropních látek a příbuzné poruchy se závislostním chováním z hlediska jejich prevence, včasné intervence, poradenství, léčby, sociální rehabilitace a sociálního začleňování osob s těmito poruchami a souvisejících výzkumných a metodologických aspektů.“ (Richterová Těmínová, Adamček, 2013, s. 2) V rámci oboru adiktologie svoji profesi vykonávají adiktologové, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychoterapeuti, psychologové, pedagogové a další odborníci. (Richterová Těmínová, Adamček, 2013). Etický kodex pracovníků v adiktologii slouží především k ochraně klientů před poškozením, k ochraně jejich bezpečí. Rovněž pojednává o správné spolupráci a komunikaci mezi spolupracujícími kolegy. Podporuje etické chování nejen ke vztahu ke klientovi/pacientovi, ale také mezi kolegy navzájem. Je základem pro řešení etických dilemat nebo stížností na etická pochybení. Slouží jako podklad profesionálního jednání pro všechny pracovníky v adiktologických službách. Etický kodex pracovníků v adiktologii vymezuje obor adiktologie a profesionální kompetence všech pracovníků podílejících se na adiktologických službách. Zahrnuje též oblasti, jako je respekt k právům, soukromí a důvěrnost informací, informování o poskytované péči, vztahy s kolegy, etická dilemata, střety zájmů, vzdělávání, supervizi a výzkum. Je důležité zmínit, že etický kodex v adiktologii nenahrazuje jednotlivé profesní kodexy. V rámci vymezení jednotlivých profesí je zde jmenována i zdravotní sestra (Richterová Těmínová, Adamček, 2013).

Pokud se ze zneužívání vyvine chorobná závislost a postižený ztratí schopnost svými vlastními silami zvládnout cestu zpátky, přichází na řadu léčba. Ta však nevede k odstranění poruchy způsobující změnu v kontrole. Léčba tedy nevede k vyléčení chorobného stavu, ale dosahuje pouze údravy (vymizení příznaků choroby), pro jejíž dosažení je nezbytné důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety (naprosté a trvalé abstinence). Jediné se

musí vzdát konzumace alkoholických nápojů v jakkoliv malém množství (Heller, Pecinovská eds., 2011). Na rozdíl od jiných návykových látek, u závislosti na alkoholu není možná substituční léčba – pacient již nikdy nedokáže pít alkoholické nápoje kontrolovaně. Základní podmínkou léčby je abstinence. U velké části pacientů nedochází k trvalé abstinenci po první léčbě, což je často zdrojem mylného dojmu, že léčba alkoholismu je všeobecně neúspěšná, marná a zbytečná. Kritériem úspěšnosti není pouze trvalá abstinence, ale také délka neporušené abstinence a celková doba abstinence, při které je pacient stabilizován, bez potíží a schopen normálního života (Kalina a kol., 2003a).

„Závislost je léčitelná, léčba závislosti je možná a nutná – v tom panuje obecná shoda. Závislost může vést k životnímu debaklu, ke zhroucení způsobilosti zastávat osobní a sociální role, na závislost lze i zemřít. Léčba zachraňuje životy a tělesné, duševní i sociální zdraví.“ (Kalina a kol., 2015, s. 116)

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, pacienta postihuje nejen v oblasti zdravotní, ale i v dalších důležitých oblastech jeho života. Není-li pacient adekvátně léčen, onemocnění má sklon k progresi, v terminálním stádiu je často nutná trvalá hospitalizace v psychiatrickém zařízení. Při úspěšné léčbě naopak dochází k úzdavě (Kalina a kol., 2003a).

2.1 Historie protialkoholní léčby

Historie protialkoholní léčby ve světě

První specifické ústavní léčebné zařízení vzniklo v roce 1850 v Lintorfu u Düsseldorfu. Další svépomocné protialkoholní spolky, protialkoholní léčebny a abstinenčně orientované pomocné organizace vznikaly v Evropě již ve čtyřicátých a padesátých letech 19. století. Cílem těchto institucí bylo zajišťovat specifickou ústavní léčbu, zaměřenou na individuální potřeby závislých na alkoholu, ale také upozorňovat na zdravotní, sociální a hospodářská rizika s užíváním alkoholu spojená. Tato zařízení se snažila působit i preventivně. Na našem území byly tyto aktivity převzaty především z vědeckých poznatků zahraničních léčeben (Švédsko, Švýcarsko, Německá říše), které své zkušenosti prezentovali na mezinárodních protialkoholních kongresech – Vídeň (1911), Stockholm (1907), Londýn (1909), Haag (1911), Milán (1913) a Kodaň (1923) (Šejvl, Miovský, 2018).

V USA vzniklo první specifické zařízení v roce 1858 pod názvem New York State Inebriate Azyl a toto zařízení bylo pouze pro muže. O tři roky později byla vytvořena instituce

zaměřena na léčbu alkoholismu žen. Teprve v roce 1956 přijala americká lékařská asociace oficiální stanovisko, že alkoholismus je léčitelná nemoc, nikoliv morální selhání. Velmi významný je vznik sdružení Anonymních Alkoholiků (American Addiction Centres, 2020). V posledních letech se v USA odborníci zabývají možnostmi léčby závislosti pomocí nové farmakoterapie. Již standardně užívanou farmakoterapii považují za krátkodobě účinnou, z výzkumů vyplývá, že plného potenciálu farmakoterapie v léčbě závislosti dnes není využíváno dostatečně. Výzkumy jsou zaměřeny na kortikotropin (CRF), jehož užívání by v budoucnosti mohlo léčit závislost. Konkrétně se jedná o útlum závislosti v raných stádiích a také jako preventivní obrana proti relapsu po komplexní léčbě závislosti na alkoholu (Zorrilla et al, 2013).

Historie protialkoholní léčby v České republice

K problematice alkoholu vycházelo velké množství odborných publikací, zabývaly se rovněž společenskou a zdravotní rovinou tohoto fenoménu. Již v roce 1912 vyšlo první vydání Masarykova pojednání „O ethice a alkoholismu“, ve kterém Masaryk představuje alkoholismus jako chronický, degenerativní proces celého duševního žití. Ve společnosti se tak začala prosazovat myšlenka o nutnosti existence léčebného zařízení, zaměřeného na léčbu závislosti. V roce 1911 vniká specializované institucionalizované léčebné zařízení ve Velkých Kunčicích. Zakladatelem tohoto zařízení byl Bedřich Konařík. V důsledku první světové války však toto zařízení v roce 1915 svoji činnost ukončilo. Další dvě specializovaná ústavní zařízení se nacházela v Tuchlově (1923-1938) a Istebné nad Oravou (1937-1939), ani jedna z léčeben nebyla po svém zániku obnovena (Šejvl, Miovský, 2018).

Ústavní léčba závislosti na alkoholu je z institucionalizovaného pohledu v obecném povědomí v naší zemi spojena se jménem doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc., a protialkoholní léčebnou u Apolináře, která byla založena v září roku 1948, jako součást tehdejší Psychiatrické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. Cílem protialkoholní léčby bylo snižovat negativní důsledky užívání alkoholu jak na jedince, tak na společnost (Šejvl, Miovský, 2017).

2.2 Formy protialkoholní léčby

Právní rámec pobytové léčby

„Může se jednat o léčbu dobrovolnou, byť se k ní pacient rozhodl pod tlakem okolností anebo v důsledku využití technik posilování motivace. Další možností je léčba nařízená na základě

nebezpečnosti sobě nebo okolí. Část těchto pacientů se podaří po odeznění akutního stavu získat k léčbě dobrovolně. Existuje také možnost tzv. ochranné léčby nařízené soudem pro trestný čin spáchaný pod vlivem návykové nemoci.“ (Nešpor, 2018, s. 85)

2.2.1 Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a akutních intoxikací, které nevyžadují péči na JIP. Mohou být součástí zařízení pro léčbu závislostí, nebo jako samostatné jednotky v rámci nemocnic. Většina rezidenčních zařízení vyžaduje před nástupem klienta ústavní detoxifikaci. Na tyto jednotky jsou přijímáni pacienti, kteří se připravují na další odvykací léčbu ale i tací, kteří nejsou motivováni k abstinenci či nástupu na další odvykací léčbu. Další indikací může být pacient, který je nebezpečný sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace či odvykacího stavu. Dalším důvodem k hospitalizaci může být diferenciální diagnostika duševních chorob. Součástí hospitalizace je celkové zhodnocení stavu pacienta, laboratorní vyšetření, farmakoterapie a podpůrná psychoterapie (motivační trénink, relaxační techniky, rodinná terapie). Součástí je také strukturovaný program zahrnující edukační činnost, motivační trénink a další formy intervence. Tým detoxifikačních jednotek tvoří lékaři, střední zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci a terapeuti. Náročnost práce na tomto typu oddělení vyžaduje podporu v dalším vzdělávání a supervizi (Kalina a kol., 2008).

2.2.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je prováděna v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického charakteru. Pacient dochází v pravidelných intervalech. Výhodou ambulantní léčby je fakt, že pacient setrvává ve svém podpůrném sociálním prostředí, nemusí přerušit studium nebo zaměstnání. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé návykových látek, kteří jsou „motivováni“ k léčbě a jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Podmínkou úspěšnosti léčby je sociální stabilita pacienta, podpora jeho nejbližšího okolí a aktivní participace rodinných příslušníků na léčebném procesu. Klientelu však mohou tvořit i nemotivovaní pacienti se soudně nařízenou léčbou. Základním cílem je změna životního stylu pacienta, jejíž součástí je abstinence od návykové látky. Cílem může být také životní stabilizace pacienta, příprava na léčbu v rezidenčním zařízení, snížení frekvence užívání apod. Součástí léčby je zhodnocení stavu pacienta, včetně laboratorních vyšetření, farmakoterapie ve smyslu léčby směřující k abstinenci nebo léky snižující craving. Nezbytná je také psychoterapie, rodinná terapie, poradenství a motivační trénink. Ve zdravotnických zařízeních je tým tvořen

obvykle lékařem, zdravotní sestrou s psychoterapeutickou erudicí, popřípadě terapeutem či ex-userem (Kalina a kol., 2008).

2.2.3 Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem. Pacienti docházejí do zařízení denně ve všední dny min. na 6 hodin, odpoledne, večer a o víkendech jsou ve svém přirozeném prostředí. Denní stacionáře využívají mnoha prvků terapeutických komunit (pravidelné komunity – setkání pacientů a členů týmu, léčba je členěna do fází, skupinová psychoterapie, strukturovaný program apod.). Tato forma léčby je určena především pro pacienty v různé fázi závislosti, kteří mají relativně stabilní sociální zázemí a zvažují, že by měli změnit svůj životní styl. Cílem je tedy změna životního stylu, jehož součástí je abstinence. Dalším cílem může být zlepšení psychického a fyzického zdraví, změna sebepojetí a ve vztazích, získání sociálních dovedností a podpora a rozvoj osobního zrání. Mezi metody a formy práce v tomto typu zařízení patří režim a pravidla vytvářející pevnou strukturu, skupinová psychoterapie (arteterapie, muzikoterapie, psychodrama, apod.), komunitní setkání, sociální práce, pracovní terapie ale také sportovní a volnočasové aktivity. Tým je obvykle multidisciplinární, složen z psychiatrů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků, pedagogů a zdravotnických pracovníků (Kalina a kol., 2008).

2.2.4 Střednědobá ústavní léčba

Rezidenční léčba ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, odděleních pro léčbu závislostí, kde doba léčby trvá od 3-6 měsíců). Tento typ zařízení využívá řady prvků terapeutických komunit, především režim a pravidla, skupinovou psychoterapii, komunitní setkání apod. Cílovou skupinou jsou osoby starší 15 let věku. Do léčby vstupují pacienti obvykle dobrovolně po absolvované detoxifikaci, zařízení též přijímá i pacienty s nařízenou ochranou ústavní léčbou. Základním cílem ústavní léčby je změna životního stylu a abstinence od návykových látek. Mezi další důležité cíle patří stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu (uznání závislosti jako vlastního problému), řešení důsledků užívání (dluhy, rozchody atd.). Je důležité, aby pacient pracoval s motivací, zvnitřnil si abstinční normy a také běžné normy chování. Tým pracující v tomto typu zařízení je tvořen především zdravotnickým personálem – lékaři, zdravotními sestrami a klinickými psychology. Dále do týmu patří psychoterapeuti, laičtí terapeuti,

sociální pracovníci a pracovní terapeuti. Terapeutický tým by měl být pravidelně supervidován (Kalina a kol., 2008).

„Účelem takového režimu je zařadit všechny terapeutické metody a formy do takového celku, který nemocného především izoluje od alkoholu, vede jej, aktivisuje, stále jej kontroluje, pečuje o jeho tělesnou i duševní rehabilitaci, učí jej správné životosprávy a prospěšným návykům, aktivními léčebnými metodami vytváří u něho nesnášenlivost a odpor k alkoholickým nápojům, používá prostřednictvím spolusprávy a pracovní terapie jeho schopnosti a práce a zejména odvádí jeho pozornost od vlastních individuálních zájmů k zájmům celku, a to celku malého (světnice spolupacientů a rodina), většího (kolektiv všech pacientů, pracoviště) a velkého (společnost).“ (Skála, 1957, s. 127)

Základní model léčby vychází z tzv. Skálova či apolinářského modelu. Základním pilířem tohoto modelu je strukturovaný program, při kterém se během týdne střídají všechny části komplexního programu. Dalším důležitým prvkem je režim a pravidla, jako základní struktura. Režim specifikuje odměny a sankce – bodový systém jako nástroj hodnocení průběhu léčby. Léčebné společenství, které tvoří bezpečné a podnětné prostředí pro samotnou terapii, množství interakcí a zpětných vazeb. Mezi pravidelné činnosti v léčbě patří komunitní setkání, při kterých je nabídnut prostor pro řešení důležitých problémů léčby, konfrontace s programem a pravidly, hodnocení programu apod. Skupinová a individuální psychoterapie kombinuje více psychoterapeutických směrů, především kognitivně-behaviorální terapii a psychoterapii humanistických směrů. Dalším typem terapeutické aktivity je rodinná a partnerská terapie a poradenství, která je zaměřena na úpravu vztahů a vytvoření podpůrného rodinného prostředí. Pracovní terapie by měla být smysluplná a užitečná, pacient se tak podílí na zajištění chodu zařízení. Neodmyslitelné jsou také volnočasové aktivity a sport (Kalina a kol., 2008). Apolinářský (či Skálův) model spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, projevující se zejména v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. Apolinářský model zdůrazňuje individuální odpovědnost pacientů, stejně jako odpovědnost kolektivní (Kalina, 2008).

2.2.5 Terapeutická komunita

„Život v terapeutické komunitě má posilovat vůli, vést k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy přirozené euforie, naučit vypořádat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez útěku k alkoholu.“ (Kalina, 2008, s. 67) Terapeutická komunita (TK) je zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti různého

věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí v jednom společenství. Kromě skupinových sezení spolu sdílejí další společný program (pracovní, či jiná různorodá činnost), což jim umožňuje, aby do tohoto modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života (zejména své, často problematické, vztahy k lidem). Pojem lze chápat v širším slova smyslu – jako systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace, na veškerém rozhodování se podílejí všichni členové týmu i pacienti. V užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, využívající modelové situace malé společenské skupiny, k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. V terapeutické komunitě se pacienti stávají aktivními účastníky ve své léčbě a podílejí se na rozhodovacích procesech v komunitě. Terapeutické komunity pro závislé vykazují určité jedinečné prvky, mezi které patří například hierarchie, ve smyslu rozhodovacích pravomocí, spolurozhodování o terapeutické kariéře jednotlivců, úpravě pravidel apod. Role, pozice a pracovní funkce klientů je definována podle pokroku v léčbě (Kalina a kol., 2008). Tým terapeutické komunity je multidisciplinární, zahrnuje psychology, sociální pracovníky, speciální pedagogy a psychiatry. Můžeme se setkat také s dalšími pracovníky různé kvalifikace, jako jsou lékaři, psychologové a zdravotní sestry. Spektrum profesí však obvykle nebývá tak široké. Mezi členy týmu v terapeutických komunitách patří profesionálové i neprofesionálové, často absolventi dané komunity, nebo bývalí uživatelé drog všeobecně (Kalina, 2008).

„V České republice je přínos modelu TK v léčbě alkoholismu a lékových závislostí dlouho známý a obecně uznávaný. Svou tradici má specifická forma aplikace přístupu TK, rozšířená v řadě nemocnic a psychiatrických léčeben.“ (Kalina, 2008, s. 280)

2.3 Farmakoterapie

U léčby závislosti nelze významněji spoléhat na farmaka. Dnes již existují preparáty, které mohou výrazně podpořit psychoterapeutický proces. Především anticravingový preparát acamprosát (CAMPRAL). Efektivní je také podávání antidepresiv, které zvyšují obrat serotoninu na synapsi (antidepresiva III. generace a SSRI – např. Citalopram). Zvláštní kapitolou u závislých na alkoholu je senzitivizující přípravek disulfiram (ANTABUS). Kontrolované podávání disulfiramu v kombinaci s psychoterapeutickým působením je považováno za efektivní terapeutickou intervenci. Pro mírnění odvykacího stavu je možné podat několik preparátů – kломethiazol (HEMINEVRIN), diazepam (DIAZEPAM) či tiaprid (TIAPRIDAL) (Kalina a kol., 2003a).

U detoxifikace se používá symptomatická léčba poruch metabolického stavu. V lehčích stádiích benzodiazepiny (diazepam, oxazepam), v těžších stavech klomethiazol (Heminevrin), při výskytu psychóz neuroleptikum tiaprid. Významné je podávání multivitaminových preparátů, především thiaminu a kyseliny listové. Disulfiram (Antabus), blokuje degradaci alkoholu tím, že inaktivuje acetaldehyd dehydrogenázu. Požití alkoholu pak vede k prudké reakci, která pacienta může ohrozit na životě. Pro tento způsob léčby jsou indikováni pouze dobře spolupracující, motivovaní pacienti. Pro zvládnání cravingu (bažení) je podáván acomprosat a naltrexon. Stimuluje uvolňování dopaminu v mozku, které je regulováno opioidními receptory. Při blokaci těchto receptorů člověk necítí požití z alkoholu a tím se snižuje i alkoholový craving, nezbytné je však jeho dlouhodobé užívání (alespoň jeden rok) (Kalina a kol., 2015).

2.4 Psychoterapie

Psychoterapie hraje klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu. Jedním z hlavních terapeutických cílů je získání náhledu, vývoj od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu. Tehdy je pacient schopen začít realizovat důležité změny životního stylu, s čímž souvisí rozhodnutí pro abstinenci (Kalina a kol., 2003a). Psychoterapie tvoří vedle medikamentózní léčby a léčebného programu s režimem a bodovacím systémem základní terapeutický pilíř. Používá se forma skupinová, individuální i hromadná, orientovaná podle individuálních odchylek, léčebného pokroku a rozsahu poškození zdraví pacienta. Mezi nejběžnější formy psychoterapeutických programů patří nácvik rolí v ohrožujících situacích, asertivní dovednosti, psychodrama, muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, socioterapeutický klub, manželská a rodinná terapie (Heller, Pecinová eds., 2011).

Jednou z možností psychoterapie v léčbě závislosti je KBT (kognitivně-behaviorální terapie). KBT vychází z předpokladu teorie učení, že závislost na návykové látce je naučené chování, které je zpevnováno pozitivními účinky návykové látky. Příkladem pozitivního účinku může být navození euforie, zmírnění napětí a úzkosti, nebo pocit vyššího sebevědomí. KBT předpokládá, že každé lidské chování je výsledkem procesu učení, a může být též procesem zmírněno nebo eliminováno. Klíčovou podmínkou potřebnou pro změnu chování je nový vzor chování a motivace ke změně. Principy užívané v léčbě závislosti zahrnují zpevnění proabstinenčního chování odměnami (např. ocenění, udělení výhod nebo pochvala) nebo naopak odejmutím odměny nebo pozornosti, případně trestem (např. vykonání nepříjemné činnosti, zvolenou pacientem samotným) (Kuklová, 2016).

„Nezbytnou součástí je psychoterapie, při terapii alkoholové závislosti se osvědčily kognitivně-behaviorální postupy (např. odmítání, identifikace spouštěčů závislosti, kognitivní restrukturační), motivační rozhovory, arteterapie, gestalt terapie, jóga, účast na svépomocných skupinách typu Anonymních alkoholiků nebo rodinná terapie.“ (Kalina a kol., 2015, s.55)

2.5 Další prvky léčby

Psaní deníků je formou individuální, každodenní komunikace mezi pacientem a terapeutem. Dále pacient píše elaboráty, buďto z jednotlivých bodů programů, také poměrně podrobný rozsáhlý životopis (týkající se období od dětství až po alkoholovou kariéru), v závěru léčby také elaborát o průběhu a výsledcích léčby. U komunitně pojatých léčebných programů je výrazným prvkem volná tribuna – setkání celé komunity (pacienti i terapeutický tým), během kterého se shrnuje uplynulé období (zpravidla uplynulý týden). Zpracovávají se zde problémy jednotlivců, skupin, popřípadě celé komunity, mohou se upravovat dohodnutá pravidla a poskytovat zpětné vazby. Obdobou volné tribuny, s poněkud odlišnou orientací je socioterapeutický klub, který se zaměřuje na potřeby abstinujících pacientů. V tomto klubu se spojují právě se léčící pacienti spolu s těmi již abstinujícími. Nedílnou součástí jsou pohybové a sportovní aktivity, v podobě ranních rozcviček, pravidelné jógy, běhu a dalších tělesných aktivit. Léčebný program je doplněn režimem, tedy časovou strukturou dne a pravidly, která určují systém účasti v léčebném programu. Režim přispívá ke stabilizaci somatického a psychického stavu pacienta pomocí synchronizace biologických rytmů. Bodovací systém (rovněž užíván název informační systém), doplňuje léčebný program tím, že informuje o tom, co se pacientovi daří, ale především co se mu nedaří. Tento systém má obvykle i toleranční hladiny, do kterých je možné chybovat, při překročení hladin se objevují různé předem stanovené penalty (Heller, Pecinová eds., 2011). Marková, Venglářová a Babiaková (2006) uvádějí, že důležitou roli též hraje podpora soběstačnosti a sebedůvěry, k čemuž je využíváno různých motivačních dotazníků. Dalším prvkem jsou propustky do domácího, tedy původního prostředí. Jejich plánování a hodnocení je důležitou součástí programu. Rovněž jsou pořádány pravidelné přednášky na vybraná témata, včetně samostudia a přezkoušení. Tyto přednášky napomáhají při budování náhledu, k získání teoretických znalostí a též přispívají k rehabilitaci kognitivních funkcí. (Kalina a kol., 2003b).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA PROTIALKOHOLNÍM ODDĚLENÍ

Práce sestry na protialkoholním oddělení je výrazně specifická a v dostupné literatuře popsána velmi stroze, oproti jiným oborům. Pro účely této práce je důležité zmínit specifika práce sestry v psychiatrické péči, protože střednědobá ústavní protialkoholní léčba probíhá zpravidla na odděleních psychiatrických nemocnic. Zároveň však koresponduje s prací sestry v adiktologických službách. Toto pomyslné pomezí se pro potřeby této práce pokusíme nastínit. Neodmyslitelnou součástí činností sester je preventivní péče, která bude v této kapitole samozřejmě zmíněna. Součástí kapitoly budou také možnosti vzdělávání všeobecných sester pracujících ve zmíněné problematice.

3.1 Sestra v psychiatrii

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

Podíl sestry na psychoterapii se odvíjí od jejího vzdělání, zkušeností a také od typu pracoviště. Sestry se podílejí na organizaci psychoterapeutického programu, vedou individuální psychoterapeutické rozhovory a podpůrné psychoterapeutické techniky (např. relaxace). Sestra tráví s pacientem mnohem více času než lékař, má příležitost setkávat se s ním v řadě rozličných situací, může být zdrojem cenných informací pro další členy terapeutického týmu (Petr, Marková, 2014).

Základem přístupu k pacientovi by měla být podpora, akceptace, pravdivost, vřelost a podporování naděje na změnu. Pacient by měl mít pocit, že jsou jeho prožitky a potřeby brány vážně. Respekt a úcta ze strany sestry znamená, že sestra pacienta vnímá jako plnohodnotnou bytost, která je jí rovna a které si váží (i přestože s ní nemusí ve všem souhlasit). Sestra musí být pro pacienta „čitelná“, její slova a jednání nesmějí být v rozporu, nutná je taktní upřímnost. Základem empatického porozumění je snaha vcítit se do pocitů pacienta a pochopit důvody jeho chování. Pokud sestra projeví toto porozumění, posiluje u pacienta pocit blízkosti a jeho důvěru. Empatické porozumění však nesmí vést ke ztrátě subjektivního odstupů. Sestra musí být schopna objektivně hodnotit a rozhodovat (Petr, Marková, 2014).

Vztah mezi pacientem a sestrou může být zdrojem pomoci, ale také překážek v léčbě. Nedorozumění a konflikty mohou vznikat na základě neuvědomovaných postojů na straně sestry i pacienta. Od sestry se očekává, že si své postoje uvědomuje a dokáže je korigovat. Sympatie mohou být stejně kontraproduktivní jako antipatie. Problematický, nebo jinak nápadný vztah by sestra měla reflektovat (otevřeně a kriticky promyslet). V komplikovanějších případech je na místě konzultovat tuto situaci s kolegy, popřípadě problém otevřít v supervizi. Psychoterapeutický přístup klade na sestru podobné nároky jako psychoterapie. Empatie, komunikační dovednosti, schopnost sebereflexe, to vše vyžaduje vedle teoretických znalostí také rozvíjení praktických dovedností. Doporučován je sebezkušenostní výcvik, kurzy zaměřené na vztah zdravotník-pacient a reflexe vlastního přístupu k pacientům v supervizi (Petr, Marková, 2014).

3.2 Kompetence sestry pro péči v psychiatrii

„Kompetence ve smyslu činností, k jejichž provádění je sestra oprávněna, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelská péče v psychiatrii podle této vyhlášky naplňuje kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče.“ (Petr, Marková, 2014, s. 37) Vyhláška č. 55/2011 Sb. se mění vyhláškou č. 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Sbírka zákonů, Česká republika, 2017).

Sestra se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii je oprávněna (a měla by být odborně připravena) k vykonávání celé řady činností. Pro práci sestry na psychiatrii však specializační vzdělání není podmínkou. Samozřejmostí v péči sestry je vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Sestra spolu s pacientem musí být schopna identifikovat jeho potřeby, rozpoznat zhoršování psychického stavu, vyhodnotit, zda pacient není nebezpečný sobě, nebo okolí, a zajistit potřebná opatření. K vyhodnocování může využívat ošetrovatelské měřicí techniky (např. screening rizika agrese a autoagrese). Sestra napomáhá pacientovi při adaptaci na životní podmínky změněné jeho onemocněním. Je schopná aplikovat aktivity k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí pacienta. Příkladem takových aktivit může být trénink kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností, relaxace a další. Měla by být schopna rozpoznat situace, při kterých je nezbytné použití omezovacích prostředků, řídí postup personálu během omezení pacienta a následnou ošetrovatelskou péči. Začleňování do vlastního sociálního prostředí je též v kompetenci sestry. Již během

hospitalizace může koordinovat spolupráci mezi nemocničními a komunitními službami, aktivně spolupracuje s osobami určenými pacientem. Sestra provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Pod odborným dohledem lékaře se specializovanou působností v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa může vykonávat činnosti při krizové intervenci. Tyto aktivity zahrnují znalost a následnou aplikaci pomocných psychoterapeutických technik, včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů (Petr, Marková, 2014).

Mezi schopnosti a dovednosti sestry pracující v psychiatrii by měla patřit především efektivní komunikace. Důležitá je též schopnost pozorování, psychoterapeutický přístup, udržování hranic vztahu s pacientem a schopnost sebereflexe. Efektivní komunikace je základem práce s pacientem. Sestra by měla umět aktivně naslouchat, podporovat pacienta v otevřené komunikaci, a přitom zajistit důvěrnou atmosféru. Komunikace s pacientem musí být přizpůsobena jeho individuálním potřebám. Mezi základní metody získávání informací o pacientovi a jeho zdravotním stavu patří pozorování. Pozoruje stav vědomí, orientaci, psychomotorické tempo, řeč, náladu, paměť, aktivitu, spánek a další projevy. Významné je dále sledování nežádoucích účinků léků, projevy agrese, chování ovlivněné halucinacemi, rizikové chování (sebepoškozování, suicidální tendence) a hodnocení úrovně spolupráce při léčbě. Sestra by neměla interpretovat své domněnky, ale objektivně, stručně a výstižně zhodnotit skutečnost. Udržení hranic vztahu s pacientem je velmi důležité, protože pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a dalším okolnostem, může být k sestře podezřívavý, agresivní, manipulující až závislý. Sestra musí být pro pacienta důvěryhodná, nesmí však ztratit objektivitu a odstup. Hlavním pracovním nástrojem sestry je její osobnost. Vlastnosti, vztah k sobě samé, otevřenost novým zkušenostem a učení, to vše se odráží v její péči o pacienty. Je nezbytné, aby reflektovala vlastní práci, připouštěla si vlastní pochybení a využila je tak k dalšímu učení (Petr, Marková, 2014).

3.3 Práce sestry v adiktologických službách

Náplň práce sestry v adiktologii se liší podle toho, zda pracuje v ambulanci, střednědobé léčbě či v terapeutické komunitě. K základním dovednostem sester v adiktologických službách patří práce s motivací a zvládání techniky minimální (krátké) intervence (Petr, Marková, 2014).

3.3.1 Práce s motivací

Motivace pacientů je proces, který není stabilní, opakovaně se mění a vyvíjí, přičemž pacient opakovaně prochází několika stádii změny. Je důležité odhadnout, ve kterém stádiu se pacient nachází a poté adekvátně reagovat. Působení neodpovídajícím způsobem, nebo neadekvátními prostředky může být kontraproduktivní. První fází změny je tzv. prekontemplace, tedy předuvažování. V této fázi si je pacient vědom problému s návykovou látkou pouze částečně, nebo vůbec, a o změnu svého jednání nestojí. Úkolem sestry je vyvolat v pacientovi pochybnosti, zvýšit povědomí o nebezpečí stávajícího chování a jednání. Terapeutickou intervencí v této fázi může být vyvolání rozporu mezi tím, co pacient prezentuje, že by chtěl, a tím, v jaké je reálné situaci a jak se chová a jedná. Konfrontace je zde zcela neúčinná, návrhy na nástup do léčby jsou pacientem ve většině případů odmítány. Druhou fází je kontemplace, charakteristická ambivalencí, nerozhodností a váháním. Vhodnou intervencí v této fázi může být připomínání důvodů pro změnu a pojmenování rizika v případě, pokud změna nebude realizována. Třetí je fáze rozhodnutí, kdy se pacient sám rozhodne pro změnu. Podpořit pacienta v rozhodnutí ke změně je nejlepší možnou intervencí v této fázi. Rozhodnutí ve smyslu vyhledání adekvátního typu léčby odpovídajícího situaci, či rozhodnutí pro plnou abstinenci. Navazující fází je fáze udržování. Zde může sestra dávat zpětnou vazbu s oceněním žádoucího jednání a chování. Například podporovat abstinenci vzorce chování, pojmenovávat a osvojovat zisky pramenící ze setrvání v léčbě, z abstinence nebo realizace abstinenci životních schémat s vyhýbáním se spouštěčů. Fáze recidivy je často provázena pacientovým zoufalstvím. Ve fázi recidivy není třeba kontraproduktivní kritika ani vyvolání nejistoty. Vhodné je naopak vyvarovat se kritiky, obnovovat sebeúctu a pracovat na obnově původního rozhodnutí ke změně. Fáze recidivy přijít nemusí, udržovací fáze může vyústit ve fázi trvalé změny (Petr, Marková, 2014).

3.3.2 Minimální intervence

Jedním z důvodů, proč by měla sestra prvky minimální intervence znát a využívat, je skutečnost, že se jedná o jednoduchý, krátký a účinný terapeutický zásah, dosahující často výrazného efektu. Sestra je pro pacienty terapeutickou osobou, která je v kontaktu s pacientem častěji než lékař, či jiný terapeut (psycholog, adiktolog atd.) a je pro pacienta důvěryhodná. Intervence nevyžaduje specializované pracoviště ani specializovaný výcvik. Je účinná především u osob v časných stádiích a u osob motivovaných ke změně, ale smysluplná je i v pokročilejších stádiích u osob ve fázi rozhodování ke změně. Krátkodobou

intervenci můžeme dělit do dvou okruhů – jednorázovou intervenci (v délce několika minut), až po opakovaná, počtem limitovaná (1-4) setkání v délce cca 5-30 minut (Petr, Marková, 2014).

Nešpor (2018) popisuje několik technik krátké intervence, mezi které patří například posilování motivace, sebemonitorování a terapeutický kontrakt. Jednou z technik může být posouzení stavu pacienta a konstatování zjištěných výsledků. Sestra může poskytnout pacientovi telefonické kontakty na specializované organizace, informace o možných svépomocných organizacích, může předat letáky či příručky vztahující se k pacientovu problému. Do krátkých intervencí lze zařadit i spolupráci s rodinou a využití jejího motivačního potenciálu.

3.4 Komunitní ošetrovatelská péče o závislé

Závislost představuje závažný problém pro jednotlivce, rodinu, komunitu a celou společnost a má podstatný podíl na nemocnosti, úrazovosti, invaliditě, předčasné úmrtnosti, sebevraždnosti a šíření pohlavně přenosných chorob. Prvořadým cílem ošetrovatelské péče o komunitu závislých je dosažení úplné a trvalé abstinence. Komunitní sestra participuje na realizaci primární, sekundární a terciární prevence (Hanzlíková a kol., 2007).

3.4.1 Primární prevence

Je zaměřena na podporu zdravého životního stylu a edukaci, týkající se důsledků drogové závislosti, cílem je tedy ochrana populace před přijímáním návykových látek a vznikem komplikací spojených s užíváním. Komunitní sestra se v rámci primární prevence může podílet na realizaci preventivních programů. Tyto programy může plánovat, organizovat, koordinovat a vyhodnocovat jejich úspěšnost. Záměrem programů je prevence informačního charakteru, podávání nezkreslených, přesných informací o nebezpečí užívání návykových látek. Sestra může také pomáhat členům komunity identifikovat zdroje problémů, protože při problémech (narušený spánek, nedostatek energie, psychický stres, výkyvy nálad apod.) se může postižený obracet k alkoholu (Hanzlíková a kol., 2007).

3.4.2 Sekundární prevence

Zahrnuje identifikaci abúzu návykových látek, případně již rozvinuté závislosti, sestavení a realizaci vhodného plánu intervencí včetně motivace k léčbě. Cílem sekundární prevence je včasný záchyt vzniku závislosti, zkrácení trvání onemocnění, návrat již abstinujícího do rodinného a pracovního prostředí. Dále také zabránění relapsu a komplikací. Sestra může

identifikovat rizikové jedince a navrhovat programy (se zohledněním na individuální potřeby). K rizikovým skupinám mohou patřit lidé trpící chronickou bolestí, duševními problémy a chorobami nebo také pracovníci pomáhajících profesí (Hanzlíková a kol., 2007).

3.4.3 Terciární prevence

Je zaměřena na minimalizaci následků závislosti, zabránění vzniku recidiv a invalidizace. Po ústavní léčbě závislostí se komunitní sestra podílí na další péči o klienta. Oblast intervencí je rozmanitá a zahrnuje edukaci, poradenství a rehabilitaci. Může pomoci pacientům zorientovat se v síti zdravotnických a sociálních služeb v rámci doléčovací terapie. Může poskytovat podporu klientovi i jeho rodině ve všech oblastech (zdravotní, sociální apod.) dle jejich kompetencí (Hanzlíková a kol., 2007).

3.5 Ošetrovatelská péče v léčbě závislostí

Ošetrovatelská péče o nemocné se závislostí na psychoaktivních látkách je odlišná podle toho, v jakém stádiu nemoci se pacient nachází. Sestra může být součástí multidisciplinárního týmu na detoxifikačních jednotkách, ve střednědobé odvykací léčbě, v terapeutické komunitě a ambulantní léčbě.

V akutní fázi, při detoxifikaci nemocného nebo u pacienta v deliriu tremens musí sestra sledovat somatický a psychický stav a potenciální problémy. Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny především na bezpečí nemocného, prevenci úrazů (zábrany, fixace) apod. Detoxifikace se obvykle provádí na odděleních k tomu určených. Cílem ošetrovatelských intervencí po úspěšné detoxifikaci je získání optimálního fyzického zdraví a náhledu na onemocnění. Poté může být zahájena rehabilitace a zařazení pacienta do režimové léčby, pouze za předpokladu, že je pacient odhodlaný a motivovaný (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Petr a Marková (2014) uvádějí, že práce sestry na detoxifikačním oddělení nespočívá pouze ve zvládnutí somatických komplikací v rámci odvykacího stavu, ale také v zajištění bezdrogového prostředí důslednou kontrolou osobních věcí pacienta. Ošetrovatelská péče se zaměřuje zejména na monitoraci vitálních funkcí, zajištění hygienické péče, zajištění a kontrolu výživy, péči o katétry, podávání medikace dle ordinací lékaře a celkové sledování somatického a psychického stavu pacienta. Dle indikace lékaře, při akutních stavech spojených s deliriem, sestra zajišťuje omezení pacienta v lůžku. Po stabilizaci somatického stavu je dalším úkolem sestry práce s motivací, při čemž využívá

prvky minimální intervence. Součástí je též edukace pacienta, podpora v získání náhledu na vlastní onemocnění.

Ošetrovatelské intervence musí být přizpůsobeny aktuálnímu stavu pacienta, není-li schopen saturovat své potřeby v běžných denních aktivitách, přebírá péči a pacienta do stabilizace jeho stavu. Při poruchách spánku může aplikovat prvky spánkové hygieny, edukovat pacienta v této oblasti. Při projevech úzkosti sleduje stav pacienta, a volí vhodné intervence pro jeho zvládnutí. Problémy u pacientů ve stadiu rehabilitace, tedy po zvládnutí akutního stavu, opět vyžadují specifické intervence ze strany sestry. Pokud pacient nemoc popírá, snaží se jej vést k převzetí zodpovědnosti za své chování. Projeví-li pacient zájem, sestra jej může edukovat o závislostních tématech, o vlivu závislosti nejen na zdraví, ale i na ostatní aspekty jeho života. Cílem ošetrovatelských intervencí je život bez závislosti, úprava rodinných vztahů, získání sebedůvěry a plné zapojení pacienta do běžného života (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Po zvládnutí akutního odvykacího stavu, je-li pacientovi další léčba indikována, či se pro ni rozhodne sám, může nastoupit do střednědobé ústavní odvykací léčby. V této léčbě jsou zpravidla již somaticky stabilizovaní klienti, kteří jsou predisponovaní pro zvládnutí této léčby. Tato oddělení jsou založena na základech terapeutické komunity, je zde stanoven jasný řád, denní harmonogram a terapeutický program. Sestra je zapojena do zajišťování terapeutického programu a součástí její práce je dobrá znalost terapeutického řádu a dohlížení nad jeho dodržováním pacienty. Součástí sesterských intervencí je edukace pacientů, poskytování krizových intervencí a práce s motivací a náhledem pacienta na onemocnění. Je nezbytné, aby se sestra orientovala v problematice, a dokázala tyto informace pacientovi předávat. Samozřejmostí je plnění ordinací lékaře, podávání léků či měření fyziologických funkcí (Petr, Marková, 2014).

Sestra též zajišťuje podávání specifické adiktologické medikace, a to buď na podporu abstinence (Antabus), nebo anticravingovou medikaci (akamprosát, naltrexon). Při podávání Antabusu musí být dodržován stanovený postup. Sestra nejprve provede u pacienta dechovou zkoušku, zda pacient dodržel abstinenci. Při pozitivní dechové zkoušce nesmí být medikace podána, pokud je dechová zkouška negativní, je pacientovi podána tableta Antabusu rozpuštěná ve vodě. Takto specifický druh medikace by měl být pacientovi podáván systematicky a pod kontrolou (Petr, Marková, 2014).

Kvalitu poskytované péče ovlivňuje celá řada faktorů. Především jsou to osobnostní předpoklady, znalost symptomatologie a účinků psychofarmak. Sestra musí ovládat metody

získávání údajů o pacientovi a jeho aktuálním stavu. Musí se také dobře orientovat v psychoterapii, aby mohla adekvátně reagovat na potřeby pacienta a měnící se zdravotní stav. V souvislosti s celoživotním vzděláváním by měla neustále prohlubovat své znalosti, aktivně získávat aktuální informace a ty poté aplikovat při ošetřování nemocných (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Bez ohledu na typ služby by měla být pro sesterskou práci v adiktologických službách zajištěna externí supervize na pracovišti. Tato externí supervize může být prováděna na více úrovních. Úroveň kazuistická je využívána pro zlepšení vlastní práce s klientelou oddělení. Úroveň týmová pro udržení kvalitních vztahů v týmu. Externí supervize sesterského týmu se může pokusit o nesoutěživé prostředí či hlídání hranic vztahu s pacienty. Manipulace ze strany adiktologických pacientů jsou na denním pořádku. Protože je dodržování určitého režimu a disciplína pacienta základním kamenem léčby závislostí, je žádoucí, aby i personál disponoval těmito vlastnostmi. K tomuto může dopomoci sebezkušenostní výcvik, jímž je možné eliminovat nežádoucí chování sester, například nepřiměřené požadavky, nebo naopak benevolence při nedodržování povinností. Dalším problémem může být také překročení hranic profesionálního vztahu, kdy sestra navazuje bližší vztah s pacienty a vlivem tohoto vztahu upřednostňuje a zvýhodňuje tyto pacienty v léčbě. Tyto blízké vztahy jsou nejen v péči o pacienty se závislostí považovány za neprofesionální a kontraproduktivní (Petr, Marková, 2014).

3.6 Možnosti vzdělávání sester v psychiatrii a adiktologii

Sestra pracující na psychiatrii musí získat vzdělání dle platné legislativy. Aktuálně se jedná o „*Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.*“ (Sbírka zákonů, Česká republika, 2017).

Současná česká legislativa rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost a specializovanou způsobilost, kterou je možné získat absolvováním specializačního vzdělávání. Specializovaná způsobilost není legislativní podmínkou pro práci sestry na psychiatrii, ale vzhledem ke specifickým nárokům oboru je žádoucí. Specializační vzdělávání vzniklo v roce 1960 založením Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V současnosti se tato organizace nazývá Národní

centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, a právě zde lze studovat obor ošetrovatelská péče v psychiatrii. V letech 1997 – 2004 bylo možné získat specializaci v oboru psychiatrie absolvováním oboru diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách (Petr, Marková, 2014).

Specializační studium Ošetrovatelská péče v psychiatrii lze studovat na Slezské univerzitě, Fakultě veřejných politik v Opavě (Slezská univerzita, 2019) nebo ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, ©2019). Specializační vzdělávání je také možné studovat například na SZŠ a VOŠZ v Havlíčkově Brodě (SZŠ A VOŠZ Havlíčkův Brod, 2018).

Adiktologii jako specializační vzdělávání ve zdravotnictví lze aktuálně studovat pouze na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Bakalářské studium ve studijním programu Adiktologie nebo navazující magisterské studium ve studijním programu Specializace ve zdravotnických oborech – Adiktologie, pouze v kombinované formě studia (Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, ©2006-2020).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část je kvalitativním výzkumem, pro který jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. V empirické části práce budeme čerpat z poznatků uvedených v její teoretické části.

V praktické části nejprve přiblížíme zvolenou výzkumnou metodu a techniku. Dále definujeme výzkumné cíle. V této části práce také blíže charakterizujeme účastníky výzkumu a stanovíme kritéria jejich výběru. Popíšeme průběh realizace sběru dat, jejich analýzu a zpracování. Závěr empirické části bude věnován vyhodnocování a interpretaci získaných dat, diskuzi a doporučením pro praxi.

Praktická část práce se bude zabývat názory všeobecných sester na specifika práce protialkoholního oddělení. Práce na tomto typu oddělení je velmi specifická a pracovní náplň všeobecných sester výrazně odlišná od jiných typů zdravotnických zařízení a oddělení. Vzhledem k nedostatečnému množství literatury budou subjektivní názory sester na jejich pracovní náplň nosným tématem této práce.

4.1 Výzkumná metoda a výzkumná technika

Jak již bylo zmíněno, pro praktickou část práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Kutnohorská (2009) popisuje kvalitativní výzkum jako nematematický analytický postup, spočívající v systematickém sběru dat a následné analýze subjektivně získaného materiálu. Fenomén, tedy předmět výzkumného zájmu je zkoumán ve svém přirozeném kontextu. Specifické je zaměření na dynamické, holistické a individualistické aspekty lidské činnosti a jejich obsažení z celostního hlediska. Výzkumný soubor je zpravidla malý, nevyžaduje statistickou reprezentativnost, naopak využívá hloubkových individuálních rozhovorů, přičemž je každá zkušenost považována za významnou a potřebnou. Výsledkem jsou zápisy rozhovorů a výzkumné poznámky, které jsou děleny do tematických kategorií a tvoří základ pro následnou diskuzi. Hendl (2016) dále dodává, že kvalitativní výzkum nejčastěji probíhá v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter, z daného základu se rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a získaných výsledků.

Pro získání potřebných dat od účastníků výzkumu jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Dle Hendla (2016) se polostrukturované dotazování vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností procesu získávání informací. Předem připravená struktura rozhovoru zajišťuje, že se dostane na všechna potřebná témata. Také pomáhá

udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti. Kutnohorská (2009) dodává, že u polostandardizovaného (semistrukturovaného) rozhovoru/interview je důležité upřesnění a vysvětlení odpovědí účastníka. Tím si ověřujeme, zda jsme danou odpověď správně pochopili a interpretovali. Můžeme klást doplňující dotazy a téma tak rozpracovat do hloubky, do jaké je to pro nás vzhledem k cílům a definovaným otázkám užitečné. Pokračujeme, dokud účastník výzkumu dává smysluplné a pro výzkum relevantní odpovědi, nebo dokud nevyčerpáme časový limit.

„Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy. Všechny kroky tohoto procesu se mají dokumentovat, čímž se zajišťuje průhlednost a kontrola kvality celého procesu.“ (Hendl, 2016, s. 227) Interpretace dat je doplňována plnými citacemi částí rozhovorů a také výňatky ze zápisů z průběhu rozhovorů (Hendl, 2016).

4.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem našeho výzkumu je zmapovat zkušenosti všeobecných sester pracujících v ústavní protialkoholní léčbě.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak sestry definují pacienta ústavní protialkoholní léčby.
2. Zmapovat, v čem spočívají specifika práce všeobecných sester na protialkoholním oddělení.
3. Zjistit, jaké jsou bariéry v praxi všeobecných sester při práci na protialkoholním oddělení.

4.3 Kritéria pro výběr účastníků výzkumu

Výběr účastníků výzkumu byl záměrný, bylo postupováno dle předem stanovených kritérií. Stěžejním kritériem pro výběr respondentů je dosažené vzdělání dle platné legislativy v oboru všeobecná sestra, zároveň pracující na protialkoholním oddělení – v ústavní protialkoholní léčbě. Pro komplexnost výpovědí a vypovídající hodnotu byly zvoleny ty všeobecné sestry, které na tomto typu oddělení pracují déle než 3 roky. Pro výzkumné šetření jsme zvolili nejmenovanou psychiatrickou nemocnici, konkrétně tři vybraná toxirehabilitační oddělení. Samozřejmostí před zahájením samotného výzkumu na tomto pracovišti bylo předložení žádosti o umožnění výzkumu zástupci zařízení.

4.4 Charakteristika participantů

Pro výzkum bylo vybráno šest participantů, kteří zde budou charakterizováni. Krátce také popíšeme okolnosti a průběh rozhovorů s vybranými všeobecnými sestrami. Z důvodu zachování anonymity participantů byly některé informace upraveny, nebo neuvedeny. Jejich úprava však žádným způsobem nezměnila vypovídající hodnotu sdělených informací.

Participant č. 1

Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost k výkonu povolání absolvováním studijního oboru zdravotní sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje již 25 let pouze s dvouletou pauzou z důvodu mateřské dovolené. Po celou dobu své praxe pracuje na oddělení pro léčbu závislostí (toxirehabilitační oddělení). Typ oddělení si před nástupem do zaměstnání zvolit nemohla, byla na toto oddělení přidělena. Po nástupu do zaměstnání absolvovala kurz „Psychiatrické minimum“, jiné specializační vzdělání neabsolvovala. Začínala na oddělení uzavřeném, kde se setkávala s pacienty v akutní intoxikaci a odvykacích stavech s deliriem tremens. Nyní již 15 let pracuje na oddělení otevřeném, koedukovaném, které je primárně určeno pro pacienty se silnou motivací k léčbě. Počátkem rozhovoru byla patrna mírná nervozita, díky intimitě atmosféry a absenci rušivých elementů však v průběhu rozhovoru nervozita ustoupila.

Participant č. 2

Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost k výkonu povolání absolvováním studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje 15 let. V průběhu své praxe pracovala ve stomatologické ambulanci, na plicním, infekčním a gerontopsychiatrickém oddělení, a také krátce v domově pro seniory. Na oddělení pro léčbu závislostí nastoupila po mateřské dovolené a nyní zde pracuje již pět let. Když dostala nabídku pracovat na oddělení pro léčbu závislostí, netušila, co toto oddělení obnáší. Aktuálně studuje prvním rokem specializační vzdělávání, konkrétně obor Ošetrovatelská péče v psychiatrii. V průběhu rozhovoru byla patrná nervozita participantky, i přes intimní a nerušenou atmosféru. Participantka se necítila komfortně a přiznávala obavu ze svých nedostatečně poskytnutých informací.

Participant č. 3

Všeobecná sestra, odbornou způsobilost k výkonu povolání získala absolvováním studijního oboru zdravotní sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje 20 let a na

oddělení pro léčbu závislostí nastoupila po maturitě. Volba oddělení nebyla záměrná, participantka uvádí, že přiřazení na oddělení byla spíše otázka náhody. Pracovala na uzavřeném oddělení, jehož součástí byl centrální příjem pacientů, příjmová ambulance a také protialkoholní záchytná stanice. V průběhu své praxe pracovala s pacienty akutně intoxikovanými, v rámci akutních lůžek s pacienty v odvykacích stavech s deliriem tremens. Na tomto uzavřeném oddělení pro léčbu závislostí pracovala až do nástupu na mateřskou dovolenou. V průběhu mateřské dovolené pracovala na kožní ambulanci. Po skončení mateřské dovolené nastoupila na otevřené oddělení pro léčbu závislostí a zde pracuje již více než 3 roky. Bezprostředně po nástupu do zaměstnání absolvovala kurz „Psychiatrické minimum“, jiné specializační vzdělání neabsolvovala. I přes to, že se participantka poprvé účastnila rozhovoru se zvukovou nahrávkou, nebyla patrna žádná známka nervozity.

Participant č. 4

Všeobecná sestra, odbornou způsobilost k výkonu povolání získala absolvováním studijního oboru zdravotní sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje 30 let, po složení maturitní zkoušky nastoupila na interní oddělení, poté asi devět let pracovala na jednotce intenzivní péče. Na oddělení pro léčbu závislostí pracuje dvacet let, většinu této doby na otevřeném oddělení. Toxirehabilitační oddělení si sama ne zvolila, byla sem přiřazena jako záskok za dlouhodobou pracovní neschopnost, ale když si práci na tomto oddělení vyzkoušela, začala ji bavit, a proto na oddělení pro léčbu závislostí již zůstala. Absolvovala specializační vzdělání v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, dále absolvovala kurz „Psychiatrické minimum“. Participantka působila v průběhu rozhovoru klidným dojmem, na otázky reagovala velmi pohotově, přítomnost nahrávacího zařízení nemělo na její vystupování vliv, nebo alespoň nebylo patrné.

Participant č. 5

Všeobecná sestra, odbornou způsobilost k výkonu povolání získal absolvováním studijního oboru zdravotní sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje 39 let, po celou dobu, kromě základní vojenské služby, pracuje na oddělení pro léčbu závislostí. Po nástupu do zaměstnání pracoval asi rok na uzavřeném oddělení, jehož součástí byl centrální příjem pacientů a protialkoholní záchytná stanice. Poté nastoupil na otevřené oddělení pro léčbu závislostí, na kterém pracuje dodnes. Po nástupu na otevřené oddělení absolvoval čtyřletý studijní program pro specializaci v psychiatrii, který byl realizován v rámci zařízení a byl ukončen závěrečnou zkouškou. Později, díky tomuto vzdělávání a délce praxe na oddělení pro léčbu závislostí, obdržel certifikát z Ministerstva zdravotnictví, který jej

opravňuje k užívání titulu adiktolog. Tento certifikát však aktuálně nemá větší význam, vzhledem k tomu, že profesi adiktologa je nyní možno získat pouze absolvováním vysokoškolského, bakalářského nebo magisterského, studijního programu. Participant působil v průběhu rozhovoru klidným dojmem, nebyly patrné žádné známky nervozity.

Participant č. 6

Všeobecná sestra, odbornou způsobilost k výkonu povolání získal absolvováním studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje 15 let, prvních několik měsíců na uzavřeném psychiatrickém oddělení (především pro léčbu schizofrenie). Na oddělení pro léčbu závislostí pracuje 14 let, většinu své praxe na uzavřeném mužském protialkoholním oddělení, aktuálně asi rok na otevřeném koedukovaném oddělení pro léčbu drogové závislosti. Žádné specializační studium neabsolvoval. Participant přiznával před začátkem rozhovoru pocity nervozity, v průběhu rozhovoru však nebyla znát. Rozhovor proběhl prostřednictvím mobilního telefonu se současným pořízením audionahrávky.

4.5 Průběh výzkumu

Před samotným zahájením výzkumu byla podána oficiální žádost o umožnění kvalitativního výzkumu zástupci zařízení, která byla kladně přijata a schválena. Výzkum probíhal od února do dubna roku 2020, zahrnoval přípravnou část, sběr dat a doslovnou transkripci rozhovorů. Data byla získávána od jednotlivých participantů, kteří splňovali předem stanovená kritéria. Tato kritéria jsou podrobně popsána v předchozí kapitole. Výzkumu se účastnilo šest všeobecných sester pracujících na toxirehabilitačním oddělení. Všichni participanté byli osloveni při osobním setkání se značným časovým odstupem před plánovaným rozhovorem v řádu týdnů, ze všech oslovených souhlasilo s účastí šest všeobecných sester.

Před začátkem rozhovoru byli participanté seznámeni s účelem a cíli výzkumu, informováni o zachování anonymity a též s nahráváním rozhovoru na digitální médium (mobilní telefon). S pořízením zvukové nahrávky neměl žádný z dotázaných problém. Všichni participanté byly též seznámeni s možností rozhovor kdykoliv v průběhu trvání ukončit. Podpis písemného informovaného souhlasu proběhl před začátkem každého z rozhovorů. Rozhovory byly realizovány individuálně, mimo pracovní dobu, avšak přímo v prostorách oddělení. Pro zajištění soukromí a příjemného, nerušeného prostředí byla zvolena pracovna adiktologa. Pouze jeden rozhovor byl realizován prostřednictvím telefonátu se současným

pořízením zvukové nahrávky. Vlivem aktuální epidemiologické situace nebylo možné rozhovor uskutečnit při osobním setkání.

Při tvorbě otázek jsme se nechali inspirovat výzkumy Ortega a Ventura (2013), Silva Souza et al. (2015) a Locka et al., (2002). Ke každému z dílčích cílů jsme zvolili otázky, které jsme v průběhu rozhovorů doplňovali podotázkami. Technika polostrukturovaného rozhovoru umožňovala dostatečný prostor pro otevřené odpovědi a doplňující dotazy. Počátek rozhovoru se mimo demografické otázky týkal také obecných názorů a postojů sester k problematice závislosti. Byly tedy zvoleny následující otázky:

- Můžete charakterizovat závislost na alkoholu?
- Jaké jsou podle Vás faktory, které vznik alkoholismu podporují?

K prvnímu dílčímu cíli, kterým je zjistit, jak sestry definují pacienta ústavní protialkoholní léčby, jsme zvolili následující otázky:

- Jak pacienta ovlivňuje závislost na alkoholu?
- Jaká jsou specifika v interakci sestra-pacient se závislostí na alkoholu oproti jiným pacientům?
- Co považujete při práci s pacientem závislým na alkoholu za důležité?

K druhému dílčímu cíli, kterým je zmapovat, v čem spočívají specifika práce všeobecných sester na protialkoholním oddělení, jsme zvolili tyto otázky:

- Jaké konkrétní aktivity jsou typické pro Vaši práci?
- Je důležité se ve zmíněné problematice dále vzdělávat?
- Jaké jsou přístupy v péči o pacienty závislé na alkoholu dnes a jaké byly v minulosti?

K poslednímu, třetímu dílčímu cíli, kterým je zjistit, jaké jsou bariéry v praxi všeobecných sester při práci na protialkoholním oddělení, byly zvoleny následující otázky:

- Jaké jsou problémové oblasti, se kterými se v praxi potýkáte?
- Myslíte si, že je Vaše zaměstnání náročnější oproti práci na jiných typech oddělení?
- Jak práce s pacienty závislými na alkoholu ovlivňuje Váš život?
- Setkáváte se s předsudky vůči pacientům závislým na alkoholu?

Rozhovory nahrávané na digitální médium trvaly přibližně 25-30 minut, někteří z participantů doplňovali své odpovědi i po vypnutí nahrávacího zařízení, tyto doplňující

informace jsou zaznamenány formou poznámek. Pro většinu dotazovaných byl tento rozhovor vůbec první zkušeností s účastí ve výzkumu, počátkem rozhovoru byla patrná mírná nervozita, která ve většině případů po úvodních demografických otázkách opadla.

4.6 Zpracování dat

Zpracování dat bylo provedeno v několika krocích. Prvním krokem byla doslovná transkripce zvukových nahrávek, pořízených během jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů s participanty. Zvolili jsme doslovnou transkripci, která zachovává autenticitu rozhovoru, k němuž patří dialekt a nespisovné výrazy. Pro autenticitu některých odpovědí byla zvolena též komentovaná transkripce, při které byly v přepsaném textu komentovány neverbální signály či projevené emoce participantů.

Přepsané rozhovory byly vytištěny se širokými okraji, aby bylo možné texty poznámkovat. Následovalo opakované čtení, při němž jsme podtrhávali informace, které nám připadaly důležité a významné. Tato podtržená slova či slovní spojení jsme označili kódy, jednoslovnými či víceslovnými. Při analýze získaných dat bylo použito otevřené kódování. Dle Kutnohorské (2009) se tato metoda analýzy zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia získaných údajů. Tyto údaje jsou rozebrány na samostatné celky, pečlivě prozkoumávány, konceptualizovány a kategorizovány. Při otevřeném kódování je využíváno kladení otázek o údajích, zjišťování podobností a rozdílů pozorováním jednotlivých případů o zkoumaném jevu mezi sebou. Tyto podobné události a případy jsou označeny a následně kategorizovány.

Po stanovení kategorií jsme k nim jednotlivé kódy přiřazovali, vyhodnocovali jejich význam a důležitost, redukovali nevýznamné informace. Na základě analýzy byla stanovena hlavní témata. Tímto způsobem byly analyzovány všechny rozhovory, mezi nimiž jsme poté hledali souvislosti.

5 ANALÝZA DAT

Kapitola se bude zabývat vyhodnocením výsledků výzkumu. Úvodem charakterizujeme jednotlivé participanty, kteří se výzkumu zúčastnili. Dále se budeme zabývat hlavními kategoriemi a subkategoriemi, jež byly vytvořeny na základě prostudování získaných empirických dat.

5.1 Vyhodnocení dat

Každý rozhovor byl analyzován individuálně, následně byla společná témata přiřazována a porovnávána. Opakující se informace byly redukovány a sdružovány. Výsledkem analýzy, kódování a kategorizování byly zvoleny následující čtyři hlavní kategorie. Tyto kategorie jsou dále segmentovány na subkategorie, vytvořené pro snazší orientaci v problematice. Názvy kategorií korespondují s některými výroky participantů. Participanti budou v následujícím textu označováni zkratkou P, pro přehlednost také odlišeni číslem.

Kategorie jsou následující: **Celospolečenský problém, Trochu jiný pacient, Sestra kontrolor, Nálepka pro všechny.**

Tabulka 1 Kategorie a subkategorie výzkumu

Celospolečenský problém	<ul style="list-style-type: none"> • Co je závislost • Faktory vzniku • Všepostihující
Trochu jiný pacient	<ul style="list-style-type: none"> • Typické vlastnosti • Specifika spolupráce • Přístup k léčbě
Sestra kontrolor	<ul style="list-style-type: none"> • Pilíře léčby • Aktivity sestry • Od direkce k empatii
Nálepka pro všechny	<ul style="list-style-type: none"> • Pohledy na stigmatizaci • Psychická zátěž • Vzdělávání

5.1.1 Celospolečenský problém

Téma vzniklo na základě zjištění odbornosti a vzdělanosti všeobecných sester v problematice závislosti na alkoholu. Jakým způsobem sestry charakterizují alkoholismus, jaké mají povědomí o faktorech podporujících vznik závislosti na alkoholu. Názor na ovlivnění různých sfér života pacienta a jeho dopad. Zda jsou v této problematice informovány v kontextu aktuálních informací a odborné literatury. Otázky vedoucí k tvorbě této kategorie se týkaly základního povědomí sester o problematice závislosti na alkoholu.

5.1.1.1 Co je závislost

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: společenská norma, opuštění reality, neřeší problémy, zvládání problémů, chronické onemocnění, nevyléčitelné, abstinující alkoholik, nemoc vůle, bez rozdílu

Závislost je možné definovat mnoha způsoby, každý z dotázaných ji charakterizuje s mírnými odchylkami. Většina se však shodla na tom, že závislost na alkoholu je závažné chronické onemocnění. Participantka P1 charakterizuje závislost jako problém ne jen člověka samotného, ale i jeho blízkého okolí. Problematičnost shledává v tom, že samotný pacient neumí řešit problémy jinak než alkoholem. Napití a jednorázovou úlevu od jeho potíží vnímá jako únik z reality, aniž by si uvědomoval, že tím problém nevyřeší, naopak vzniká problém daleko větší – alkoholismus. Participantka P4 svými slovy definovala závislost jako „celospolečenský problém“. Další výstižné označení uvedla participantka P3: „závislost je vlastně nemoc vůle“. Participant P5 dále dodává, že při vzniku závislosti nezáleží na sociálním zařazení, inteligenci ani vzdělání, „Závislost si nevybírá ... může potkat kohokoliv“. Jako jedinou efektivní možnost léčby shledává trvalou a důslednou abstinenci, pokusy o prosazení kontrolovaného pití považuje prozatím za nereálné. Chronicitu tohoto onemocnění vystihuje participantka P2, která uvádí, že: „Závislost na celý život ... není to nikdy abstinent, ale abstinující alkoholik, potom co nepije“.

5.1.1.2 Faktory vzniku

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: dědičnost, výchova, chování, dětství, prostředí, vrstevníci, adolescence, problémy, deprese, partner, rodina, absence zájmů, společenská norma

Většina participantů se shodla na tom, že primární vliv na vznik závislosti má dědičnost. Participant P5 uvádí, že v minulosti se genetická zátěž nepovažovala za určující, ale v dnešní

době je dědičnost na první příčce. Mezi další faktory podporující vznik závislosti řadí dětství a dospívání, výchovu v rodině, společenské prostředí – zejména vrstevníky v období dospívání a také partnerský vztah. Participantka P4 dodává „*Úplná absence té zábavní, nebo mimopracovní činnosti, volnočasové, u těch dětí. Chybí soudržnost rodiny.*“. Dalším důležitým faktorem je šíření osvěty, především na základních školách v rámci primární prevence. Prim primárně preventivních programů na základních školách jsou drogy a drogová tematika, alkoholem se zabývá pouze v minimální míře. „Požívání alkoholu je v naší společnosti tolerováno a považováno za normu. P1: „*Už ty děti to vidí, že když někdo v rodině běžně při oslavách popíjí, je to běžná věc*“, v naší republice je přístup k požívání alkoholu velmi benevolentní. Participanté se též shodují na tom, že jedním z kritičtějších období pro vznik a rozvoj závislosti je období adolescence. S tím souvisí i význam vrstevníků, ke kterému participant P6 dodává: „*Parta lidí, ve které vyrůstá, ve které se formuje v ... nácti letech, kdy se formuje ta jeho osobnost a ten vztah k tomu alkoholu.*“. Další příčinou mohou být též náročné životní situace a neřešené problémy. Část participantů též mluví o závislosti jako o sekundárním problému, kdy prvotní příčinou jsou neřešené psychické problémy, jiné primární diagnózy. Mezi ně řadí deprese, neurózy, lehké psychózy, které si pacienti „léčí“ alkoholem sami. Participant P5“ „*Buď z neznalosti nebo stydlivosti nevyhledají pomoc psychiatra nebo psychologa... alkohol je většinou lék první volby.*“. Toto sebeléčení psychické problémy prohlubuje, čímž se pacient dostává do bludného kruhu závislosti „*ze kterého vede cesta jedině do léčebny*“ (P5). Poslední zmiňovaný je fakt, že „*se propíjí, protože jim to chutná*“ (P4).

5.1.1.3 Všepostihující

Dopad závislosti na alkoholu na člověka je další subkategorií, která přinesla zajímavé informace. Pohled všeobecných sester na vliv závislosti na alkoholu na pacienta v různých oblastech.

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: změny chování, degradace, priority, absence, zaměstnání, výpověď, nestabilita, vzdělání, vztahy, nekritičnost, nezodpovědnost, žebříček hodnot, agresivita

Většina participantů se shoduje na tom, že si pacienti často neuvědomují, v čem všem je jejich závislost ovlivňuje. Participantka P2 uvádí „*Zasahuje to do všech sfér života toho pacienta*“, participantka P3 dodává, že „*jsou potom úplně ploší. Ve všem.*“. K ovlivnění dochází v osobním životě, ve vztazích nejen partnerských, ve vzdělání, v zaměstnání, ve

zdravotním i psychickém stavu. Jedním ze znaků závislosti je ztráta zájmů, koníčků a zálib, participant P6 udává: „*Zanedbává ty svoje zájmy, aby si mohl dát ten alkohol*“. Pohled pacienta může být často zkreslený, participantka P3 říká: „*Nedokážou zhodnotit sami sebe, svůj výkon a svou zodpovědnost. Sami o sobě si myslí, že všechno zvládají dobře, ale při pohledu zvenku je vidět, že tam ty výkony prostě nejsou*.“ V rámci partnerských vztahů vlivem závislosti jednoho z partnerů dochází ke konfliktům, které mohou vyústit v agresivitu. Participant P5 jako jediný zmiňuje problematiku domácího násilí. Říká: „*Trpí tím celá rodina, jak partner, tak eventuelně ty děti. Nehledě na to nebezpečí, že ty děti budou kopírovat chování toho rodiče v dospělosti*.“ O změnách v chování a změně priorit se zmiňuje participantka P1: „*pacient svým způsobem degraduje ... mění se mu priority v životě, žebříček hodnot. Ten alkohol získává ty stupně vyšší a vyšší, potom už mu nezáleží, na čem mu záleželo. ... alkohol má potom svůj prim*“. Změny v chování popisuje též participant P5: „*Začne být nespolehlivý, začne zapomínat, být roztěkaný, nesoustředěný*“. Ve vztahu k zaměstnání participantka P4 dodává: „*V té horší fázi už se potřebuje napít, aby vykonal nějakou práci vůbec, aby do ní vůbec přišel, aby mohl pracovat*“. Dalšími problematickými aspekty ve vztahu k zaměstnání může být užívání alkoholu přímo v zaměstnání, pozitivní alkoholtest byt' pro zbytkový alkohol, absence v zaměstnání a také jeho časté střídání, kdy je propuštěn pro nespolehlivost a porušování pravidel.

5.1.2 Trochu jiný pacient

Pacient se závislostí na alkoholu je velmi specifický, a i spolupráce s ním je v mnoha ohledech odlišná. V následující kategorii bude popsán pacient, jak jej vidí všeobecné sestry, které s ním pracují.

5.1.2.1 Typické vlastnosti

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: nešťasný, nedůvěra, lež, zkreslený pohled, jiní, stud, spektrum, obcházení pravidel, malá disciplína

Všichni participanti se shodují na tom, že pacient se závislostí má tendence lhát. To je nejvýraznějším rysem, přičemž participantka P3 říká: „*Hodně věci si upravují, hlavně proto, že ten jejich náhled je pokřivený*“. Dále také zmiňuje fakt, že „*... jsou vlastně zdraví, ta somatická stránka toho „pacienta“ tam chybí. Jsou úplně jiní, necítí se být nemocní a často mají pocit, že teda nemají co řešit*“. Participant P5 dodává, že „*v těch svých životech jsou nešťastní, mají opravdu hodně problémů*“. Na rozdíl od pacientů s jiným onemocněním, pacienti se závislostí zápolí s nedůvěrou rodiny a blízkého okolí. Kritičnost a přijetí vlastní

závislosti je dalším specifikem těchto pacientů. „*Málokterý ten první vstup je až tak kritický, že přijme tu vlastní závislost. Ti lidi s tím bojují.*“ (P4). Participantka P2 přirovnává chování pacienta v léčbě k jeho chování v jeho přirozeném prostředí, říká: „*My jsme tady jakoby ta jejich rodina, a tak, jak oni byli zvyklí předtím všem venku lhát, tak tady prostě lžou nám.*“ Specifický může být také stud, kdy se pacienti stydí otevřít, přiznat své problémy nejen personálu, ale také spolupacientům. Až v momentě, kdy zjistí, že v léčbě jsou lidé s podobnými, často totožnými problémy, „*začnou se jakoby otevírat*“. Participantka P1 také dodává, že: „*nejsou tak silní, aby zvládli svoje problémy... potřebují najít cestu, jak je řešit jiným způsobem.*“

5.1.2.2 Specifika spolupráce

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: manipulace, ulpívavost, navazování, zlost, nevděk, důvěra, strach mluvit, empatie, lidskost, nesoudit, náročná spolupráce, proti sestřám, hranice vztahu, zneužívání, poctivost

Pacienti v ústavní střednědobé protialkoholní léčbě podstupují zpravidla komplexní léčbu trvající tři měsíce. Po tuto dobu jsou s personálem, s všeobecnými sestrami především, v každodenním kontaktu. Nejen tato skutečnost má na spolupráci a hranice vztahu sestra-pacient nesporný vliv.

Všichni participanti se shodli na tom, že pacient léčící se se závislostí na alkoholu má tendence manipulovat. Participantka P4 udává: „*Oni umí manipulovat, ta samotná závislost je to naučila, jak balamutit.*“ Vzhledem k tomu, že často bojují s přijetím vlastní závislosti, mají tendence doporučení personálu bagatelizovat. „*Od nás jako „bílých pláštů“ berou ty informace docela lehkově,“*“ dodává participantka P1. Léčba závislosti je postavena na dodržování jasně daných pravidel, které se však pacienti často snaží obcházet. Participant P6 tento fakt popisuje následovně: „*U těch závislých na alkoholu mám pocit, že netáhnou s náma za jeden provaz, ale spíš proti nám... drží basu proti těm sestřám.*“ Problematickým faktem ve spolupráci je také to, že pacienti řeší své problémy „*tím nejjednodušším způsobem...nejsou tak poctiví...A tady by se to právě měli naučit, tu poctivost vůči sobě samým,*“ dodává k tématu participantka P4. Je nezbytně nutné, vymezit si hranice vztahu mezi sestrou a pacientem, nejen vzhledem k výše uvedenému, tyto hranice též vymezuje Etický kodex. Participant P5 tuto skutečnost popisuje následovně: „*Sestra nemůže být nikdy kamarádem toho pacienta... musí být vždycky „nadržený“.* Nesmí si připustit toho pacienta moc k tělu, nesmí se nechat ovlivnit city. ... pacienti se na nás dívají jako na někoho, z koho

by měli mít trošku obavy. Je to takový nevyvážený vztah, mezi náma a pacientem.“ Vytváření vztahu mezi pacientem a pracovníkem je však nevyhnutelné, vzhledem k délce komplexní léčby. Budování vztahu je také nesmírně důležité pro získání pacienta ke spolupráci. Pacienti se v průběhu léčby personálu svěřují se svými problémy, sdílejí své starosti a odkrývají citlivé informace. Je nezbytné, aby sestra přistupovala ke svým pacientům bez předsudků, empaticky a lidsky. Pacienti mají vlivem tohoto „blízkého než profesionálního vztahu“ tendence navazovat se na sestry. Participantka P3 říká: „*Oni k té sestře mají většinou dobrý vztah. Samozřejmě na nás nadávají, ale taky si nás váží, protože jsme jedni z mála, kteří se na ně nedívají skrz prsty.*“ Tento empatický a podpůrný přístup sester pacienti kvitují, často jej však dokážou ocenit až po příchodu domů. „*Pak teprve si toho váží, protože doma zjistí, že to okolí je vnímá jako ty, co mají problém... A ta sestřička se se mnou bavila normálně, smála se se mnou, brala mě.*“ Hranice vztahu však musí být jasně dané. Všichni participanté se shodují v názoru, že spolupráce s pacientem se závislostí je velmi psychicky náročná.

5.1.2.3 Přístup k léčbě

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: dodržování pravidel, pasivita, malá disciplína, prvoléčba, opakovaná léčba

Léčba závislosti je ve většině případů založena na dobrovolnosti pacienta, i když do značné míry tato dobrovolnost pramení spíše z jeho okolí – partner, rodina, zaměstnavatel. Přístup k léčbě je také ovlivněn tím, zda je pacient na své první léčbě, nebo se již léčí opakovaně po prodělané recidivě. Participantka P4 tento fakt popisuje následovně: „*...prvoléčba vlastně všechno podceňuje, celkově ten svůj postoj k vlastní závislosti, kdy ji většinou nepřijímá. Nemyslí si, že by byl závislý, chce do budoucna v podstatě kontrolovaně pít. Kdežto ten zkušený recidivistů už ty zkušenosti má, že to není tak jednoduchý.*“. Dalším problematickým faktorem je negativní ovlivnění od spolupacientů, kteří mají tendence režimová opatření nedodržovat a porušovat. Participant P6 říká: „*Pak jsou tu pacienti, kteří se snaží léčbu dodržovat, ale těch je menší množství, tak ta většina je nějakým způsobem semele.*“ Participantka P1 k tomuto tématu dodává, že při první léčbě pacienti přijímají informace s menší závažností, k přijetí těchto informací dochází až po léčbě, kdy přiznají: „*Ano, personál měl pravdu, já jsem to nebral tak vážně. A pak přistupují k léčbě jinak.*“ Pasivita v přístupu k léčbě je jedním z kardinálních pravidel léčby, spolu s verbální agresivitou či navazováním blízkých vztahů mezi pacienty. Pokud pacient porušuje režimová opatření zásadním způsobem, potažmo je neukázněný a pasivní, terapeutický tým rozhodne, zda je, nebo není schopen řádné léčby. V případě, že porušování pravidel přetrvává, pacient je

z léčby disciplinárně propuštěn. Participant P5 k tomuto dodává: „...s tím, jak se mění pohled člověka na svět, tak se mění pohled toho alkoholika na léčbu. Třeba za dva, tři roky se k té léčbě bude stavět jinak a znovu může léčbu nastoupit.“

5.1.3 Sestra kontrolor

V následující kategorii bude popsána specifická práce sester ve střednědobé ústavní protialkoholní léčbě. Některé z aktivit jsou natolik odlišné, že je participanti porovnávají s náplní práce sestry na somatickém typu oddělení. Úvodem se tedy zaměříme na podstaty, které činí léčbu závislosti odlišnou v ošetrovatelské péči sester. V tomto kontextu budou následovně popsány činnosti, které sestry v praxi vykonávají. Velmi zajímavý je i posun a změna přístupu k léčbě závislostí, jak ji sestry s dlouholetou praxí vnímají. Proto je i této tématice věnována jedna ze subkategorií.

5.1.3.1 Pilíře léčby

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: komplexní přístup, režim, odměna a trest, motivace, psychika, osvěta, teorie závislosti, psychoterapie, pracovní terapie, kultura, volný čas, sport, relaxace, týmová práce, pravidelnost, denní program

Střednědobá ústavní protialkoholní léčba je léčbou komplexní, ve své podstatě připravuje pacienta na abstinující život po léčbě. Vzhledem k tomu, že v kontextu závislosti pacient zanedbával velké množství povinností, je léčba závislosti postavena na dodržování režimových pravidel, která pacienta vedou k zodpovědnosti v mnoha oblastech. Režim a řád je tedy nepostradatelnou součástí ústavní protialkoholní léčby. Participantka P1 shledává význam v pravidelnosti a denním režimu. Říká: „... *náplň celého dne včetně spánku musí být pravidelná. Aby nebyly pauzy, kdy by pacienti nevěděli, co mají dělat... aby se uměli odreagovat ... ne pouze práce, aby nezaměstnávali pořád jenom hlavu, ale aby dokázali i vypnout... učí se nové věci, nebo se vrací k těm, které uměli už dřív... relax a uvolnění ... sporty, rukodělná činnost, cokoliv.*“ Komplexnost léčby shrnuje participant P5 následovně: „*U léčby alkoholismu jsou dva základní pilíře – psychoterapie a pracovní terapie. V menší míře potom kultura a sport. ... s tím pacientem se pracuje hlavně psychoterapií, pracovní terapií a ten zbytek se rozdělí na kulturu, sport a volný čas.*“ Zatímco dříve byla hojně využívána farmakologie, aktuálním základním kamenem léčby je psychoterapie. Pouze jeden z dotazovaných participantů má, díky délce své praxe, ještě osobní zkušenost s formami farmakoterapie užívané v minulosti. K této tématice udává: „*dřív se v léčbě hodně používaly farmaka na zklidnění toho pacienta. Většinou barbiturátový preparáty...*

pro léčbu závislosti zrovna né moc vhodný... ještě v těch prvopočátcích léčby se používala tzv. averzivní terapie, kdy se pacientovi aplikovala injekce apomorfínu, který měl emetický účinek... Říkalo se tomu blichy a bylo to zhruba do roku 1985-1986... Jednak to kolidovalo s nějakými lidskýma svobodama, protože to byla nevratná věc ... v některých případech mohlo dojít k zástavě dechu... teď už se léčí jenom Antabusem, který je lékem první volby.“ Všichni participanti se shodují, že léčba je aktuálně stavěna na psychoterapii, práci s motivací, odměnou a trestem. Participant P5 konkretizuje psychoterapii jako „*AHA terapii, kdy ten terapeut vlastně víceméně poslouchá, co ten pacient říká a ta terapie se nechává volně plynout.*“ Dalším tématem, ve kterém se participanti ve svých výpovědích shodovali, je nutnost týmové práce. Participantka P2 říká: „*... je strašně důležitý, aby celý tým spolupracoval. Od té týmové práce se to totiž celý odvíjí, pokud to nefunguje mezi námi jako personálem, tak se to přenáší i mezi ty pacienty. Ta jednota v té spolupráci, dohled nad dodržováním toho režimu a spravedlivost v udělování těch sankcí za jeho porušování pacienty, je tady nesmírně důležitá.*“ Terapeutický, neboli multidisciplinární tým ve střednědobé ústavní protialkoholní léčbě je tvořen psychiatrem, psychologem, adiktologem a všeobecnými sestrami.

5.1.3.2 *Aktivita sestry*

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: skupiny, ošetrovatelská péče, komunikace, edukace, respekt, hodnocení pacientů, bodový systém, porozumění, naslouchání, aktivita, iniciativa, dokumentace, kontrola, sebereflexe, individuální přístup, důvěra, spolupráce, vzdělání

Ke střednědobé ústavní protialkoholní léčbě jsou přijímáni zpravidla pacienti ve stabilizovaném zdravotním stavu. Pacienti s akutními odvykacími stavy či v deliriu tremens jsou přijímáni na uzavřená psychiatrická oddělení a detoxifikační jednotky. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je zaměřena především na zvládnutí a stabilizaci těchto akutních stavů. Pouze jeden z participantů má dlouholetou zkušenost i s těmito pacienty. Participant P6 tuto ošetrovatelskou péči přirovnává k péči o pacienta na interním oddělení, se všemi jejími specifiky. Vzhledem k tomu, že hlavními pilíři protialkoholní léčby je režim oddělení a denní harmonogram, práce sestry je především prací kontrolní. Participantka P3 k tomuto dodává: „*Samozřejmě rozdáváme léky, aplikujeme inzuliný a tak celkově plníme ordinace lékaře, ale pro nás je stejně důležitý „mít hodinky“.* *Bezpodmínečně tady musíme ten režim znát, ty omezení, ty mantinely.*“ Dodržování časového harmonogramu se netýká pouze pacientů, ale i sester samotných. Hodnocení pacientů probíhá denně, participantka P2 toto

hodnocení konkretizuje: „*U pacientů hodnotíme dodržování režimu, pořádku, úklidu. A to hodnocení probíhá tak, že udělujeme plusové a minusové body.*“ Bodový hodnotící systém pracuje na úrovni motivace pacienta, formou udělování odměn a trestů. Participant P5 říká: „*Pokud pacient nesplní nějakou svoji povinnost, tak my mu dáme minusový bod, pokud dělá něco navíc, nebo projevuje aktivitu, tak mu dáme plusový bod. Za ty plusové body pak mohou jezdit na mimořádnou dovolenku.*“ Za udělené minusové body následuje sankce v podobě zákazu vycházek mimo oddělení, nemožnost účastnit se společných výletů nebo vycházek. Pokud však pacient obdrží vyšší počet minusových bodů, jejichž horní hranice není přesně stanovena, terapeutický tým společně vyhodnotí, zda je pacient pro léčbu vhodný. Při opakovaném porušování režimových opatření může být pro nespolupráci v léčbě disciplinárně propuštěn. Samozřejmostí je kontrola abstinence pacientů, která je kontrolována namátkovými dechovými zkouškami. Oštrovatelské péče o pacienta u lůžka je na tomto typu oddělení prováděna minimálně. Stěžejním „pracovním nástrojem“ sestry na oddělení pro léčbu závislostí je komunikace, na tomto se shodují všichni participanti. Participantka P4 k tomuto říká: „*My tady nemáme co vyřezat, tady se nabízí jenom ten návod na ten spokojený život. Návod, jak zvládnout tu samotnou závislost.*“ Sestra se snaží pacienta získat ke spolupráci empatickým a profesionálním přístupem. Většina pacientů přichází na léčbu dobrovolně, velmi malé procento pacientů přichází na otevřené oddělení pro střednědobou léčbu závislosti na alkoholu k ochranné léčbě nařízené soudem. Samotná dobrovolnost však nezaručuje dobrou spolupráci pacienta v léčbě. Sestra by se svojí osobností a přístupem měla snažit pacienta ke spolupráci motivovat. Pokud i přes její snažení pacient v léčbě nespolupracuje, nesmí to brát osobně, jako vlastní profesionální selhání. Participantka P3 tuto problematiku popisuje následovně: „*Nejdůležitější je, aby ten pacient chtěl sám. Můžeme s pacientem pracovat pouze v případě, že on sám chce, jinak to nejde. Když je pacient v odporu, tak s ním nic neuděláš. Důležitý je, s čím přichází ten pacient, na to já potom reaguju. ... je to o té nabídce a poptávce, zjednodušeně.*“ Dobrovolnost pacienta v léčbě závislosti popisuje participant P6 následovně: „*Důležitý je, aby si uvědomil, že má problém, a aby sám chtěl to nějak řešit. Pokud ten člověk sám nechce, do léčby ho tlačí třeba zaměstnavatel, tak ten člověk nikdy dlouhodobě pít nepřestane.*“ Od této dobrovolnosti se následně odvíjí i samotná aktivita pacienta a jeho přístup k léčbě. Spolu s komunikací úzce souvisí sesterské skupiny, které probíhají zpravidla jednou týdně s menším počtem pacientů. Sestra s těmito pacienty úzce spolupracuje po celou dobu jejich léčby. Participant P6 k náplni těchto skupin vedených sestrou dodává: „*Často jsme si povídali o jejich minulosti, o problémech v rodině, ve vztazích a edukovali třeba o důsledcích toho pití, o té osvětě.*“

Součástí sesterských skupin je také čtení životopisu pacienta, který však není zaměřen na jeho vzdělání a zaměstnání, ale ohlíží se v něm za jeho životem ovlivněným závislostí na alkoholu. K vedení těchto skupin není zapotřebí, aby měla sestra psychoterapeutické vzdělání, je však nezbytné, aby byla sestra vzdělaná v problematice a dokázala tyto vědomosti aplikovat do praxe při práci se samotným pacientem. Vzdělání sester pracujících ve střednědobé ústavní protialkoholní léčbě podléhá zákonu stanovujícím všem zdravotníkům celoživotní vzdělávání. Participant P5 k tématu vzdělávání říká: „*Sám pro sebe a pro tu odbornost by měl udělat co možná nejvíc, aby do té problematiky pronikl. Určitě si myslím, že každý člověk, který pracuje na závislostech, by do budoucna měl projít nějakým psychoterapeutickým kurzem. Je to důležitý z toho důvodu, že ta psychoterapie je opravdu stěžejní v té léčbě těch pacientů se závislostmi.*“ I když psychoterapeutické vzdělání není podmínkou pro práci s pacienty se závislostí, je žádoucí, aby byly sestry v tomto ohledu vzdělané. Pro práci s pacienty je také nezbytná sebereflexe, kterou participantka P3 definuje: „*Pokud to chceš dělat, a chceš to dělat dobře, tak musíš hodně poznat sebe a být se sebou v pohodě. Dokud nemáš sebe vyřešenou, nevyřešíš nic a nemůžeš pak těm pacientům pomoci.*“

5.1.3.3 Od дирекce k empatii

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: дирекce, Skála, vývoj adiktologie, rozvolňování, benevolence, empatie

Léčba závislosti na alkoholu byla v minulosti nejvýrazněji spojována se jménem docenta Skály. I dnes je hojně využívána značná část prvků Skálovského či apolináčského modelu léčby. Ve výpovědích participantů došlo k jednoznačné shodě při dotazu na porovnání přístupu v léčbě závislostí v průběhu let. Jméno docenta Skály zaznělo s výjimkou jednoho participanta u všech dotázaných. Participant Skálův model léčby popisují jako direktivní, tvrdý a striktní. Participantka P1 k tomuto dodává, že „*ty práva pacientů nebyly tak protěžovány, jako dneska.*“. V posledních letech je však léčba závislosti daleko více zaměřena na empatii, lidskost, vnímavost a samotnou spolupráci s pacientem. Participantka P1 říká: „*V posledních letech ten trend směřuje k tomu, aby ten pacient víc rozhodoval o sobě i o léčbě.*“ I přesto, že režim je stále nosnou částí léčby závislostí, participant se shodují na tom, že došlo k jeho výraznému rozvolnění, nároky na pacienty jsou nyní menší než v minulosti. Výraznou změnou je také větší zaměření na psychoterapii, na pacienta a řešení jeho problémů v širších souvislostech. Participant P5 říká: „*Bylo miň edukace, miň psychoterapie, pohovorů a skupin.*“ V nározech na to, který z přístupu je vhodnější, se

participanti rozcházejí, názory na efektivitu těchto diametrálně odlišných přístupů jsou rozdílné. Participantka tuto rozdílnost popisuje svojí vlastní zkušeností: „*Dřív jsme pacienty naučili abstinovat, řekli jsme jim co dělat a nedělat, informace byly jasně daný, docela stručný. Teď se „plácáme“ v těch psychologických věcech, a zdá se mi, že ti pacienti se ztrácejí v tom, jak abstinovat. Najednou v tom ztrácejí ten návod k abstinenci.*“ Zároveň sama participantka P3 rozvolňování režimu podporuje, vnímá potřebu „lidštějšího přístupu“. Participantka P4 vnímá, že empatického přístupu pacienti zněžívají. Participantka P2 říká: „*Myslím si, že ten tvrdší, pevnější režim byl efektivnější.*“

5.1.4 Nálepka pro všechny

Přestože se tato kategorie nezabývá pouze stigmatizací, z analýzy získaného textu vyplynuly zajímavé pohledy na ni. Dále se v této kategorii budeme zabývat úskalím vzdělávání a psychickou náročností provázející všeobecné sestry v praxi.

5.1.4.1 Pohledy na stigmatizaci

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: nálepka alkoholika, stigmatizace, široká veřejnost, zkreslený pohled, odsudek, stereotypy, přezíravost, nedostatek informací, bagatelizace, malé povědomí, nedostatečná osvěta

Samozřejmostí pro práci s takto specifickou cílovou skupinou, jakými pacienti se závislostí na alkoholu rozhodně jsou, je nezbytné, aby sestra neměla o svých pacientech negativní představu. Zkreslenou a negativní představu o pacientech se závislostí však sestra v některých případech ve svém okolí nedokáže zcela změnit. Na stigmatizaci je možno pohlížet z mnoha úhlů. Přesudky vůči pacientům trpícím závislostí na alkoholu se neobjevují pouze u široké veřejnosti neznalé problematiky. Přesto tento způsob stigmatizace převládá. Participant P5 ke stigmatizaci zmiňuje: „*V té laické veřejnosti ty předsudky pořád jsou. Jsou natolik silné, že člověka, který se léčí a ví se to o něm, což se většinou to okolí dozví, tak ho více odsuzují než člověka, který pije a nikdy se neléčil. Kdežto člověk, který se léčil a abstinuje třeba i několik let, ten je pořád zapsaný jako člověk, který měl s alkohol problém a který to nezvládl.*“ Participanti se shodují na tom, že okolí spíše odsoudí pacienta, který svoji závislost přiznal a rozhodl se ji řešit, než člověka, který si své problémy s alkoholem nepřipouští a neřeší je. Participantka P3 jednoznačně souhlasí: „*V momentě, kdy se ten člověk jde léčit, teprve dostane tu nálepku alkoholika. Ta stigmatizace těch léčených alkoholiků prostě převládá.*“ Toto odsuzování často pramení z toho, že široká veřejnost a lidé neznalí problematiky nepřipouštějí, že by byla závislost na alkoholu opravdovou

nemocí. Participantka P2 říká: „*Berou to tak, že proč by ten člověk měl být závislej. Přece když si někdo řekne, že nebude pít, tak nebude pít. Strašně málo lidí si uvědomuje, že je to opravdu závažný onemocnění.*“ Ke změně náhledu na onemocnění a názoru na lidi trpící závislostí na alkoholu často dochází až v případě, kdy nezúčastněný člověk získá osobní zkušenost. „*Záleží hodně na tom, jestli se už někdo setkal s někým třeba v rodině, nebo u známých. Ti už o tom bývají líp informovaní.*“ dodává participantka P1. Další pohled na stigmatizaci vnímají někteří participanti ze strany kolegů zdravotníků z rozdílných oborů. Participant P5 říká: „*... ne snad odsuzování, protože to jsou většinou lidi, kteří ví, o co jde. Ale v koutku duše toho člověka považují minimálně za slabocha. Nebo se na něj dívají jako na „druhořadého“... personál nemocnice se často chová přezíravě. Ne že by neposkytnuli pomoc, to určitě ne. Ale dívají se na něho úplně jinak, než na člověka, který se zranil, aniž by byl pod vlivem. A nebo pokud má v anamnéze alkoholismus. Ten pohled je pak takový zkreslený.*“ Neinformovanost, nedostatečná osvěta a relevantní informace o závislosti na alkoholu jsou nejspíše příčinou, proč k tomuto odsuzování dochází. Neděje se však pouze ze strany „zdravých k nemocným“, ale k odsuzování může docházet také mezi pacienty navzájem. Participantka P4 k tomuto říká: „*Prvoléčby odsuzují ty, co se sem opakovaně vrací.*“ Tento způsob odsuzování pramení u pacientů na prvních léčbách rovněž z nedostatečné informovanosti a ještě neúplného náhledu na samotné onemocnění. Participantka P3 vnímá stigmatizaci v osobní rovině, dodává: „*Ten pohled na nás, jako na sestry pracující na závislostech je úplně někde jinde. To okolí jakoby degraduje to naše „zaměření“.* Asi nás nedokážou ocenit, protože tu problematiku neznají a nevidí do toho.“ Dva z oslovených participantů uvedli, že se s odsuzováním nesetkávají. Participantka P4 si absenci stigmatizace ve svém okolí vysvětluje následovně: „*Tím, že mě to baví, tak ty informace předávám dál. Ty předsudky v mém okolí asi nejsou.*“

5.1.4.2 Psychická zátěž

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: psychická náročnost, svěřování, cizí problémy, vyčerpávající, verbální agresivita, komplex personálu, práce domů, obtěžující, kritika, malá zpětná vazba, demotivace, morální dilema, smysluplnost, návaznost péče, zneužití moci, vyrovnanost

Na psychickou zátěž je možno pohlížet v mnoha ohledech. Všichni participanti se jednoznačně shodují na tom, že je jejich práce psychicky náročná. Participantka P3 k tématu říká: „*Od toho pacienta se většinou dočkáš kritiky, i když to s ním myslíš dobře. Je to v tomhle náročnější psychicky, i když fyzicky jsem miň vyčerpaná. Myslím, že co se týče*

vyhoření, je to mnohem náchylnější. Tady nemáš z čeho čerpat, když jsi na dně.“ Participanti shledávají náročnost také v tom, že příběhy pacientů jsou mnohdy až šokující, sdělují své životní problémy, krize, trápení, svoji nelehkou minulost. Je velmi důležité, aby si sestra nepřipouštěla tyto pacientovy problémy příliš osobně. Je nezbytně nutné, aby si sestry „nebraly práci domů“. Ne vždy se jim to však daří, přiznávají participanti. Dalším faktorem, který činí práci se závislým psychicky náročnou, je samotná osobnost pacienta, změněná závislostí. U pacientů problémových, špatně spolupracujících, je nezbytné, aby sestra zachovala objektivitu, nenechala se pacientem vyprovokovat. Spolu s kontrolní prací sestry přichází i určitá moc a je důležité, aby sestra této moci nezneužívala. Participant P5 k užívání moci uvádí: „*Můžeme mu ten život zkomplikovat a můžeme mu pomoci. Sestra se dnes a denně potýká s pacienty, kteří jsou neukáznění, někteří jsou sprostí, vulgární. Je potřeba, aby ten člověk, který s něma pracuje, byl vyrovnaný, aby nebyl impulzivní, aby se dokázal přenést přes tyto věci.*“ S verbální agresivitou se sestry na oddělení pro léčbu závislostí setkávají často. Vzhledem ke kontrolní a hodnotící složce náplně práce sestry mají pacienti pocit, že sestra využívá moc k řešení osobních problémů. Participantka P4 říká: „*Případ, kdy pacient bere ty doporučení na té osobní rovině. Mnohdy ten pacient bere to napomenutí, nebo ten trest, který přináší to oddělení jako komplex toho personálu. ... pacient to nepřijme a myslí si, že je to na osobní rovině, že ta sestra má s ním osobní problém. Ten pacient se cítí uražený a frustrovaný.*“ Další oblastí je nedostatečná kladná zpětná vazba od pacienta a satisfakce personálu za odvedenou práci. Participant P5 říká: „*Je to nevděčná práce, protože vy nevidíte výsledky okamžitě. Ta úspěšnost je natolik malá, že to člověka víceméně nemůže uspokojovat. Tady nevíte, jestli bude nebo nebude pít, jestli se vám nevrátí za čtrnáct dní, za měsíc.*“ Za největší satisfakci vlastní práce participanti považují udržení kontaktu s pacientem, který dlouhodobě abstínuje. „*Pokud ten člověk abstínuje a jezdí, a vy vidíte, že se ten jeho život změnil, tak to dává pocit takové odměny. Je to ale hodně vzácný.*“ dodává participant P5. Protože je závislost na alkoholu onemocněním chronické, mnohdy recidivující, opakované návraty pacientů do léčby byly též jedním z probíraných témat, ve smyslu psychické náročnosti. Participant se však shodují na tom, že recidiva a s ní spojená opakovaná léčba pacienta, je součástí tohoto onemocnění. Participantka P1 však přiznává: „*Zpočátku jsem to brala tak, že jsem já něco neudělala dobře, že jsem zklamala v té práci. Ale s přibývajícím praxí a zkušeností vím, že je lepší, když k té recidivě dojde, aby co nejdříve znovu nastoupil na léčbu, než by se znova rozpil.*“ Participantka P3 k tomuto doplňuje: „*Už to nevnímám tak striktně, říkám si: „tak pojd'te, pojd'te se k nám dát zase dohromady.“* Je evidentní, že se přístup k těmto problematickým oblastem sestry mění se získanými

zkušenostmi. Zařízení pracující s pacienty se závislostí nejsou provázané, chybí návaznost péče a udržení kontaktu. Participanti přiznávají, že díky práci na protialkoholním oddělení chovají značný respekt nejen k alkoholu, ale také k ostatním návykovým látkám. Informovanost a zkušenost sester pracujících se závislými může do určité míry ovlivňovat jejich život i mimo zaměstnání. Participantka P3 uvádí: „*V hlavě to mám, že když si někdo v blízkém okolí dává další skleničku, říkám si: mám to sledovat, nemám to sledovat?*“ *Pro mě je to osobně docela obtěžující.*“ Participantka P1 také přiznává tuto „profesionální deformaci“ a říká: „*Tim, že se závislými pracuji už tolik let, bohužel vidím i v mém okolí, u známých, že třeba mají problém se závislostí. Tam je potom otázka, jestli to těm lidem říct, neříct, jak, ublížím, neublížím, sobě, vztahům mezi námi...*“ Psychické aspekty práce sestry se závislými pacienty má mnohá úskalí. Participant P5 tuto problematiku shrnuje: „*Když člověk uvažuje o tom, že by tuto práci chtěl dělat, musí si hodně důkladně rozmyslet, jestli na to má. Ne fyzicky, ale psychicky. Psychicky je práce se závislými hodně náročná.*“

5.1.4.3 *Vzdělávání*

Kódy, které předcházely vzniku subkategorie: více možností, vývoj adiktologie, iniciativa, trendy v problematice, podpora zaměstnavatele, zlepšení kvality péče, vlastní aktivita

Jak již bylo zmíněno, celoživotní vzdělávání je nezbytnou nutností pro vykonávání profese všeobecné sestry. V tématice vzdělávání se participanti rozcházejí v názoru, zda je pro ně dostačující nabízené množství vzdělávacích akcí. Participanti zmiňují semináře, přednášky či exkurze na pracovištích, která s léčbou závislosti souvisejí. Vzdělávání v problematice je nezbytné zejména z důvodu, že adiktologie jako věda se neustále vyvíjí. Participant P6 k tomuto s úsměvem dodává: „*Není trapnější situace, než když je pacient vzdělanější než personál. Je potřeba znát ty trendy v té problematice.*“ Všichni participanti jednoznačně přiznávají, že vzdělávání v dané problematice je nezbytně důležité, pro poskytování kvalitní péče pacientům. Zároveň však vnímají, že vyhledávání a získávání informací je ve většině případů závislé na jejich vlastní iniciativě. Participant P6 říká: „*Musím si ty možnosti a ty vzdělávací akce hledat sám. Těch možností poskytovaných zaměstnavatelem je málo. Člověk musí být aktivní.*“ Problematickou stránkou vzdělávání sester vnímá participantka P2 v soustavném a specializačním vzdělávání, ve kterém zaměstnavatel své zaměstnance příliš nepodporuje. „*Nemyslím finančně, ale spíš časově, že si na to čerpáme dovolenou a studujeme na vlastní náklady. Kdyby nám na to uvolnili aspoň ty dny volna, oficiálně, to by bylo super.*“ dodává participantka P2. Zároveň však vyzdvihuje aktivitu vrchní sestry,

která velmi dobře a aktivně reaguje na požadavky na vzdělávání stran personálu. Kvituje, že se vždy snaží zajistit přednášku nebo seminář zaměřený na tematiku, o kterou personál projeví zájem. Participantka P4 přiznává, že daleko více než teoretické znalosti získané na kurzech a seminářích ji do praxe přináší kladná zpětná vazba od pacienta. Říká: *„Ten, který spolupracuje, jezdí na ty rekondičky. Mnohdy je to lepší než samotnej seminář, kdy je to na úrovni teoretické. Dám víc na toho abstinujícího alkoholika, než na tu teorii.“* Možnosti poskytované zaměstnavatelem tedy považuje za dostatečné. Vzdělávání je možné pojmut nejen na úrovni teoretických znalostí získávaných záměrnou a souvislou přípravou, ale také jako obohacení se o zajímavé a přínosné informace, poznatky a zkušenosti. Participantí se shodují, že je práce s pacienty závislá na alkoholu ovlivňuje v pozitivním slova smyslu i v jejich osobním životě. Především oceňují přínos otevřené komunikace, kterou si přenášejí do svého soukromí. Zároveň kvitují, že díky příběhům pacientů pohlížejí na svůj život jinak. Participantka P4 přínos na osobní rovině popisuje následovně: *„Člověk víc začně přemýšlet. Srovná si ty životní hodnoty. Ujasnění, postavení těch životních hodnot. Beru ten život jinak, beru ho vážněji, řekla bych.“*

6 DISKUZE

Poslední kapitolou této práce je shrnutí výsledků získaných kvalitativním zkoumáním, přičemž tyto výsledky porovnáme s dosavadním poznáním uvedeným v odborné literatuře. Pokládáme za důležité, v rámci této kapitoly zodpovědět hlavní a dílčí cíle, stanovené na začátku našeho výzkumu. Dále se v této kapitole budeme věnovat limitům výzkumu a závěrem popíšeme doporučení pro praxi.

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zmapovat zkušenosti všeobecných sester pracujících v ústavní protialkoholní léčbě. Dílčími cíli jsme se snažili tyto zkušenosti konkretizovat podle oblastí, které nás jako výzkumníky nejvíce zajímaly. V souvislosti s cíli této práce je důležité zmínit, že výsledky našeho zkoumání nelze zobecňovat na všechny všeobecné sestry pracující ve všech zařízeních pro léčbu závislostí. Výsledky výzkumu jsou tedy nástinem práce sestry na konkrétních odděleních v konkrétním zařízení, kde se s pacienty pracuje na principu terapeutické komunity. Ze zkušeností všeobecných sester pracujících v ústavní protialkoholní léčbě vyplývá, že závislost považují za celospolečenský problém, který pacienta postihuje ve všech rovinách jeho života.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak sestry definují pacienta ústavní protialkoholní léčby. Participanti se shodují na tom, že pacienti se závislostí mají tendence lhát a obelhávat, nejen personál, ale především sami sebe. Jejich pohled na realitu je zkreslen vlastní závislostí. Sestry vnímají při spolupráci s pacientem bližší vztah, který pramení především z citlivých informací, které pacienti se sestrou sdílejí. Jakmile se pacient zbaví pocitů studu, a zjistí, že sestra jej neodsuzuje, ale je připravená mu pomoci, začíná odkrývat citlivé a často bolestivé informace o svém životě. Blízkost terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem je také ovlivněna délkou léčby, zpravidla trvající tři měsíce. Je nezbytné, aby sestra jasně definovala hranice tohoto vztahu, a tyto hranice nepřekračovala. V návaznosti na tyto zjištěné informace jsme jednu ze subkategorií v praktické části práce nazvali „Trochu jiný pacient“. Pro práci s pacientem závislým na alkoholu je však nezbytné, aby sestra neměla o pacientech negativní představu a dokázala si zachovat objektivitu, empatii a lidskost. V souvislosti s prvním dílčím cílem porovnááme výsledky se studií Ortega a Ventura (2013). V této studii je pacient se závislostí popisován jako jiný, obtížný a náročný. V tomto názoru se studie shoduje s výsledky našeho výzkumu. Tento výzkum nebyl realizován konkrétně v zařízení pro léčbu závislostí, přesto vystihuje názory a postoje sester ve vztahu k pacientům závislým na alkoholu a drogách.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat, v čem spočívají specifika práce všeobecných sester na protialkoholním oddělení. Vzhledem k hlavním pilířům protialkoholní léčby, kterými jsou režim oddělení a denní harmonogram, je práce sestry především prací kontrolní. Výpovědi dotazovaných všeobecných sester se shodují s informacemi uvedenými v odborné literatuře (Petr, Marková 2014, Marková, Venglářová a Babiaková, 2006). Z analýzy dat je patrné, že dotázané sestry přistupují se stejnou vahou k ošetrovatelským intervencím a plnění ordinací lékaře, jako k dodržování režimových opatření a časových intervalů denního harmonogramu. Režim oddělení a z něj vyplývající povinnosti musí bezpodmínečně ovládat a znát, neboť jejich dodržování striktně vyžadují po svých pacientech. Neméně důležitá je v práci sestry na oddělení pro léčbu závislosti správná a kvalitní komunikace a vzdělanost v aktuálních trendech zmiňované problematiky. Právě komunikaci považují účastníci za svůj hlavní „pracovní nástroj“. Odbornost a vzdělanost sester v dané problematice byla na velmi dobré úrovni, korespondovala s aktuální literaturou, která byla použita při tvorbě teoretické části této práce. K této literatuře řadíme Kalinu a kol. (2015), Kučerovou (2013), nebo například Fischera a Škodu (2014) a mnohé další autory. Sestry vycházejí při práci se svými pacienty ze zkušeností, které získávají absolvováním kurzů a seminářů, stejně tak, jako ze zkušeností, které získávají při samotné spolupráci s pacientem. Zkušenosti sester pracujících s pacienty se závislostí můžeme porovnat s výzkumem Ortega a Ventura (2013), jehož přeložený název je velmi vystihující, nazývá se: „Jsme sami: zkušenosti sester, které poskytují péči uživatelům drog a alkoholu“. Z této studie vyplývá, že sestry považují za jednu z příčin vzniku závislosti na alkoholu touhu zapomenout na vlastní problémy a vyhýbání se realitě, s čímž korespondují odpovědi našich účastníků.

Posledním, třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou bariéry v praxi všeobecných sester při práci na protialkoholním oddělení. Účastníci se ve svých výpovědích shodli hned v několika problémových oblastech, které vnímáme jako bariéry v praxi. Nejdiskutovanějšími tématy byla stigmatizace a psychická náročnost. Stigmatizace se netýkala pouze pacientů se závislostí samotných, ale také sestry popisovaly stigmatizaci ve vztahu k vlastnímu zaměření. Z výpovědi jedné z účastnic je patrné, že odbornost v oblasti léčby závislostí je výrazně degradovaná. Vliv na tento poněkud zkreslený pohled má neinformovanost laické veřejnosti ale i kolegů zdravotníků z jiných zdravotnických oborů. V pohledech na stigmatizaci pacientů se závislostí na alkoholu ze strany zdravotníků se naše získané výsledky shodují se studií Silva Souza et al. (2015). Stigmatizace závislých pacientů zdravotnickým personálem je též popisována ve studii Ortega a Ventura (2013) tak, jak ji

vnímají námi dotázaní participanti. Další problémovou oblastí, a tedy i bariérou v praxi, řadí participanti výraznou psychickou náročnost jejich zaměření. Participantka P3 výstižně uvádí: „*Tady nemáš z čeho čerpat, když jsi na dně.*“ K bariérám praxe participanti dále uvádějí manipulaci s mocí, kterou jim specifická režimová léčba ukládá, a nedostatečnou kladnou zpětnou vazbu.

Dle zjištěných výsledků můžeme říci, že i přes výrazně psychicky náročnou práci se závislími pacienty vnímají participanti svoji práci jako smysluplnou, i když poměrně málo naplňující. I přes to, že sestry nevidí výsledky své odvedené práce v krátkých časových intervalech, jejich potřeba poskytovat pomoc dlouhodobě zůstává. Získané zkušenosti v průběhu jejich mnohaleté praxe zajišťují poskytování stále kvalitnější péče. Konkrétní příklady jsou uvedeny v kapitole analýza dat v jednotlivých subkategorích.

6.1 Limity výzkumu

Uvědomujeme si, že vzhledem k nižšímu počtu participantů a realizaci výzkumu pouze v jednom zdravotnickém zařízení, je náš výzkum výrazně limitován. Rovněž jsme si vědomi, že výsledky našeho výzkumu nelze zobecňovat a že podávají vypovídající hodnoty pouze pro stanovené participanty na konkrétním oddělení daného zařízení. Limitujícím faktorem může být i vlastní postoj v pozici výzkumníka, neboť na jednom z oddělení pro léčbu závislostí pracujeme. Mohlo dojít k ovlivnění osobními názory a postoji k dané problematice, což také považujeme za limit našeho výzkumu.

6.2 Doporučení pro praxi

Záměrem našeho výzkumu bylo získat ucelený náhled na specifika práce sestry při ústavní protialkoholní léčbě. Vzhledem k získaným výsledkům by bylo žádoucí poskytnout tyto informace studentům zdravotnických škol na úrovni středoškolského, vyššího odborného i vysokoškolského studia v oboru ošetrovatelství. Nedostatečná informovanost laické i odborné veřejnosti v oblasti péče o pacienty se závislostí na alkoholu zapříčiňuje stigmatizaci a negativní pohled na pacienty touto diagnózou trpící. Přestože je práce s osobami závislými na alkoholu velmi náročná, může být pro budoucí všeobecné sestry zajímavá a díky uceleným informacím získají relevantní pohled na toto velmi specifické zaměření ošetrovatelské praxe. Mohlo by být motivací pro užší zaměření absolventů oboru ošetrovatelství a také posílením osvěty v této problematice u široké laické veřejnosti. Nabízí se také možnost pro vytvoření osvětové kampaně na úrovni zdravotnických zařízení, aby

mohla být stigmatizace pacientů se závislostí eliminována. Tím by mohlo dojít ke zvýšení kvality poskytované péče pacientům bojujícím se závislostí na alkoholu napříč zdravotnickými zařízeními. Šíření relevantních informací v oblasti závislostí a témat souvisejících by mohlo mít vliv na zlepšení informovanosti, a tím i zlepšení přístupu k těmto pacientům obecně. Tématika léčby závislosti na alkoholu je velmi široké téma, které by bylo vhodné pojmout z různých úhlů pohledu, ve vztahu k práci všeobecné sestry, daleko specifičtěji. Konkrétnější zaměření by však přesahovalo rozsah bakalářské práce a bylo by vhodnějším tématem spíše pro práci diplomovou.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku závislosti na alkoholu, konkrétněji střednědobou ústavní léčbu závislosti a práci všeobecné sestry v ní. Problematika závislosti na alkoholu je opomíjené a mnohdy až tabuizované téma, které často vybízí ke stigmatizaci nejen laické veřejnosti, ale i nedostatečně informovaných zdravotnických pracovníků. Ohledně léčby závislosti na alkoholu přetrvávají zkreslené a mylné informace. Nejen pacient, ale také personál pracující v léčbě závislostí se setkává se stigmatizací, především z důvodu nedostatečné informovanosti o závažném, chronickém, recidivujícím onemocnění, kterým závislost na alkoholu bezesporu je.

Hlavním cílem tedy bylo zmapovat zkušenosti všeobecných sester pracujících v ústavní protialkoholní léčbě. Tento cíl jsme se rozhodli zkoumat kvalitativně, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů realizovaných se sestrami, které v léčbě závislosti na alkoholu pracují a mohou tak objektivně popsat své zkušenosti. Zmapování zkušeností sester prostřednictvím rozhovorů dalo možnost nahlédnout do velmi specifického prostředí léčby závislostí, ve kterém sestra vystupuje v roli kontrolora plnění povinností pacientů. Manipulace s určitou mocí, kterou jim režimová léčba závislostí ukládá, je pro dotázané sestry velmi psychicky náročná, jak samy ve svých výpovědích uvádějí. Závislý pacient je mnohdy natolik ovlivněn svojí nemocí, že je spolupráce s ním velmi náročná. I přesto, že se s kladnou zpětnou vazbou, a tudíž i satisfakcí za vlastní odvedenou práci setkávají pouze zřídka, přijímají tuto skutečnost otevřeně a považují svoji práci za smysluplnou. Toto potvrzuje i fakt, že polovina dotázaných participantů pracuje na oddělení pro léčbu závislostí dvacet let, další dva dotázaní více než deset let a pouze jedna z participantek udává délku své praxe na oddělení pro léčbu závislostí v délce pěti let.

Neodsuzující postoj sester pracujících se závislými pacienty by mohl být prekonceptem pro sestry, které by v budoucnu chtěly pracovat s touto cílovou skupinou, ale prozatím nezískaly dostatek informací nebo odvahy. Sestry, které se výzkumu účastnily, se snažily poskytnout komplexní a ucelené informace o náplni své práce, a také o bariérách, se kterými se denně v praxi setkávají. Zatímco teoretická část práce pojednává o teorii závislostí, možnostech léčby a pojmech souvisejících, v rámci empirické části této práce můžeme shledat podrobný a upřímný vhled do tohoto specifického zaměření sesterské profese. Vlastní zkušenosti sester mohou být určující při rozhodování se o změně zaměření, změně specializace, doplnění vzdělání, ale také šíření správných a odborně podložených informací, týkajících se závislosti na alkoholu v jednotném celku.

Nemůžeme pomoci všem pacientům bojujícím se závislostí, to bohužel není v našich silách. Můžeme se však pokusit šířit pravdivé a relevantní informace a motivovat tak ty méně šťastné ke změně jejich života tím správným směrem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

American Addiction Centres: Treatment facility, 2020. *The History of Alcohol Abuse and Treatment* [online]. River Oaks [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <https://riveroakstreatment.com/>

CSÉMY, Ladislav et al., 2019. *Státní zdravotní ústav: Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018* [online]. [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/>

ČESKO. 2017. *Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* In: Sbirka zákonů České republiky, částka 137, s. 4360-75. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

ČESKO. 2017. *Zákon č. 201/2017 Sb. ze dne 8.6.2017 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.* In: Sbirka zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-84. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2., rozš. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol., 2007. *Komunitní ošetřovatelství.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.

HELLER, Jiří, Olga PECINOVSKÁ (eds.), 2011. *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby.* Praha: ©TOGGA. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

KALINA, Kamil a kol., 2003a. *Drogy a drogové závislosti 1., Mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol., 2003b. *Drogy a drogové závislosti 2., Mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

- KALINA, Kamil a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- KUKLOVÁ, Marie, 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1101-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LOCK, Catherine A. et al., 2002. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. In: *Journal of Advanced Nursing* [online]. **39**(4), s. 333-342 [cit. 2020-01-25]. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2002.02294.x>
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- NEŠPOR, Karel, 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
- ORTEGA, Lorena Bettancourt a Carla Arena VENTURA, 2013. Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. **47**(6), 1381-1388 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1590/S0080-623420130000600019. ISSN 0080-6234.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, Martina a David ADAMEČEK, 2013. *Etický kodex pracovníků v adiktologii*. Verze 3 (11.prosinec 2013) [online]. Praha: Klinika adiktologie

1. LF UK a VFN v Praze. Dostupné z: http://www.asociaceadiktologu.cz/wp-content/uploads/2014/01/VY_04_06Eticky_kodex_ver3_20131211.pdf

SILVA SOUZA, Luiz Gustavo et al., 2015. Perceptions of Primary Health Care professionals towards alcoholic patients: an exploratory study in a Brazilian municipality. *Universitas Psychologica* [online]. **14**(3) [cit. 2020-04-15]. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy14-3.pphc. ISSN 2011-2777. Dostupné z: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/3539>

SKÁLA, Jaroslav, 1957. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Slezská univerzita: Fakulta veřejných politik v Opavě, 2019.: *Specializační studium - Ošetrovatelská péče v Psychiatrii* [online]. Opava [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.slu.cz/fvp/cz/uostudiumsPECIALIZACNIOSEVPSYCHIATRII>

SZŠ A VOŠZ Havlíčkův Brod, 2018.: *Specializační studium* [online]. Havlíčkův Brod [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <http://www.zdravskolhb.cz/specializacni-studium/>

ŠEJVL, Jaroslav a Michal MIOVSKÝ, 2017. *Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911-1915)*. *Adiktologie*, **17**(2) [cit. 2020-01-23]. ISSN 1213-3841.

ŠEJVL, Jaroslav a Michal MIOVSKÝ, 2018. *První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923-1938)*. *Adiktologie v preventivní i léčebné praxi*, **1**(2) [cit. 2020-01-23]. ISSN 2570-8120.

Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, ©2006-2020. : *Nelékařské obory* [online]. Praha [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/uchazeci>

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, ©2019. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze: Všeobecná sestra - ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online]. Praha [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz>

ZORRILLA, Eric P. et al., 2013. *Behavioral, biological, and chemical perspectives on targeting CRF1 receptor antagonists to treat alcoholism*. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. **128**(3), 175-186 [cit. 2019-09-19]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.12.017. ISSN 03768716. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871612004930>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AT alkoholicko-toxikomanická ambulance

CRF kortikotropin

DSM Diagnostický a statistický manuál

JIP jednotka intenzivní péče

KBT kognitivně-behaviorální terapie

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

PAL protialkoholní léčba

P1 participant 1

P2 participant 2

P3 participant 3

P4 participant 4

P5 participant 5

P6 participant 6

SZŠ střední zdravotnická škola

SZÚ Státní zdravotní ústav

TK terapeutická komunita

USA Spojené státy americké

VOŠZ Vyšší odborná škola zdravotnická

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kategorie a subkategorie výzkumu	47
--	----


SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Příloha P II: OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Příloha P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS PARTICIPANTA

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ TECHNIKOU POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Sedláčková, DiS.	
Téma bakalářské práce	Specifika práce sestry při ústavní protialkoholní léčbě	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Bc. Barbora Plisková	
 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Toxirehabilitační oddělení	Souhlasím Nesouhlasím	
Toxirehabilitační oddělení	Souhlasím Nesouhlasím	
Toxirehabilitační oddělení	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne

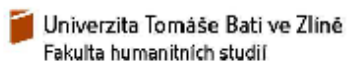
.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

1. Můžete charakterizovat závislost na alkoholu?
2. Jaké jsou podle Vás faktory, které vznik alkoholismu podporují?
3. Jak pacienta ovlivňuje závislost na alkoholu?
4. Jaká jsou specifika v interakci sestra-pacient se závislostí na alkoholu oproti jiným pacientům?
5. Jaké jsou přístupy v péči o pacienty závislé na alkoholu dnes a jaké byly v minulosti?
6. Jaké konkrétní aktivity jsou typické pro Vaši práci?
7. Je důležité se ve zmíněné problematice dále vzdělávat?
8. Co považujete při práci s pacientem závislým na alkoholu za důležité?
9. Jaké jsou problémové oblasti, se kterými se v praxi potýkáte?
10. Myslíte si, že je Vaše zaměstnání náročnější, oproti práci na jiných typech oddělení?
11. Jak práce s pacienty závislými na alkoholu ovlivňuje Váš život?
12. Setkáváte se s předsudky vůči pacientům závislým na alkoholu?

PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS PARTICIPANTA



INFORMOVANÝ SOUHLAS S USKUTEČNĚNÍM ROZHOVORU A ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Vážená kolegyně/Vážený kolego,

Jmenuji se Kateřina Sedláčková a jsem studentkou 3. ročníku programu ošetrovatelství, oboru všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických věd, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Specifika práce sestry při ústavní protialkoholní léčbě“ pod odborným vedením PhDr. Mgr. Bc. Barbory Pliskové. Dovoluji si Vás požádat o souhlas s rozhovorem, jenž mi umožní téma bakalářské práce zpracovat. Máte možnost od rozhovoru kdykoli dobrovolně odstoupit nebo neodpovídat na všechny položené otázky. Údaje budou zachovány v anonymitě a budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Vaše jméno, ani žádné další identifikační údaje o Vaší osobě nebudou využívány k dalším účelům. Rozhovor bude nahráván na digitální médium (diktafon).

Děkuji za ochotu a Váš čas.

Souhlasím se zpracováním mých údajů v bakalářské práci při zachování anonymity a respektování ochrany osobních údajů.

Datum:

Podpis: