

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Adriana Zábranová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Adriana Zábranová

Studijní obor: Všeobecná sestra Z11B0115P

**ODLIŠNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PŘI VYUŽITÍ
ROZDÍLNÝCH METOD LÉČBY ZÁVISLOSTÍ NA
ALKOHOLU**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Bc. Simona Kubešová

PLZEŇ 2014

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adriana ZÁBRANOVÁ**
Osobní číslo: **Z11B0115P**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Odlišnosti ošetrovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavku FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační formu



Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- SKÁLA, J. Až na dno. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1977, 148s., ISBN 80-85121-52-2
- SKÁLA, J. Lékařův maraton. 1. vyd. Praha: Český spisovatel, 1998, 191s., ISBN 80-202-0663-9
- NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-6
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník, 2.vyd. Praha: Portál, 2009, 774s., ISBN 978-80-7367-569-1
- MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť, 1.vyd., Praha: Sociologické nakladatelství, 1993, 124s., ISBN 80-901424-7-8
- GRUN, A., Trau deiner Kraft: Mutig durch Krisen gehen, 32s., ISBN 978-3-89680-483-9


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Bc. Simona Kubešová

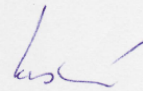
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2014**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

V Plzni dne 20. ledna 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 03. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Bc. Simoně Kubešové za odborné vedení práce a poskytování rad.
Dále děkuji svým blízkým za podporu při vypracování bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Zábranová Adriana

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Odlišnosti ošetřovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti
na alkoholu

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Simona Kubešová

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury a zdrojů: 34

Klíčová slova: alkohol, závislost, abúzus, psychoterapie, ošetřovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce zpracovává a srovnává informace ohledně ošetřovatelské péče při dvou rozdílných metodách léčby závislosti na alkoholu. Pojednává o vlivu přístupu všeobecných sester v závislosti na rozdílném vzdělání v psychoterapii, adiktologii a dalších specifických vědomostí a dovedností v ošetřovatelském procesu u pacientů závislých na alkoholu. Teoretická část je rozdělena na dvě oblasti. První část je zaměřena na vymezení základních pojmů a popis jednotlivých metod léčby ve zdravotnických zařízeních. Druhá část zahrnuje popis komplexní psychoterapeutické ošetřovatelské péče na dvou odděleních léčby pacientů závislých na alkoholu.

V praktické části jsou popsány vlastní odlišnosti v ošetřovatelských přístupech k pacientům závislých na alkoholu vždy na jednotlivých odděleních a rozdílnost náplně ošetřovatelské péče se závislými pacienty. Snahou bakalářské práce je porovnat a objasnit obě metody, v čem se liší a v čem shodují s odbornou literaturou, která byla použita v této práci.

Annotation

Surname and name: Zábřanová Adriana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Differences in nursing care using different methods of alcohol addiction treatment

Consultant: Mgr. Bc. Simona Kubešová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 8

Number of literature items used and resources: 34

Keywords: alcohol, addiction, abuse, psychotherapy, nursing care

Summary:

This bachelor degree thesis utilize and compares information regarding nursing care at two different methods of treatment of alcohol addiction. It discusses the influence of the approach of nurses, depending on the different education in psychotherapy, addictology and other specific knowledge and skills in nursing process with patients addicted to alcohol. The theoretical part is divided into two sections. The first section focuses on definitions and descriptions of the methods of treatment in medical facilities. The second part includes a complex description of the psychotherapeutic nursing care on two departments of alcohol addicted patients treatment.

The practical part describes the differences in nursing approach to patients addicted to alcohol at individual departments and diversity of nursing care of addicted patients.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	11
1.1 Co je závislost?.....	11
1.2 Znaky a příčiny vzniku závislosti na alkoholu.....	12
1.3 Formy léčby závislosti na alkoholu.....	14
1.3.1 Ambulantní léčba.....	15
1.3.2 Ústavní léčba	15
1.3.3 Denní stacionář.....	15
1.3.4 Noční stacionář.....	16
1.4 Farmakologická léčba Antabusem	16
1.5 Skálův model léčby - trvalá a důsledná abstinence	17
1.5.1 Ošetrovatelská péče na oddělení při použití Skálova modelu.....	18
1.6 Model léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě	20
1.6.1 Technika nácvičku jak pít kontrolovaně.....	20
1.6.2 Ošetrovatelská péče na oddělení při použití modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě	21
1.7 Metody psychoterapie, které všeobecné sestry u pacientů se závislostí používají	23
PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
2 HLAVNÍ CÍL PRÁCE	27
3 DÍLČÍ CÍLE	27
4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
5 VZOREK RESPONDENTŮ	29
6 METODIKA VÝZKUMU.....	31
7 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	32
7.1 Respondentka č. 1.....	32
7.2 Respondentka č. 2.....	37
8 DISKUSE	44
9 ZÁVĚR.....	50
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHA 1 OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU	

PŘÍLOHA 2 HLADINA ALKOHOLU V KRVÍ, ZMĚNY POCITŮ A ZMĚNY
CHOVÁNÍ

PŘÍLOHA 3 TABULKY K NÁCVIKU KONTROLOVANÉHO PITÍ

PŘÍLOHA 4 REŽIM ODDĚLENÍ

PŘÍLOHA 5 PREAMBULE ANONYMNÍCH ALKOHOLIKŮ A DVANÁCT KROKŮ
ANONYMNÍCH ALKOHOLIKŮ

PŘÍLOHA 6 INFORMOVANÝ SOUHLAS LÉČBA ANTABUSEM

PŘÍLOHA 7 POVOLENÍ SBĚRU INFORMACÍ VE FN PLZEŇ

PŘÍLOHA 8 ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ

ÚVOD

Olivie: „Čemu se podobá opilý člověk, šašku?“

Šašek: „Utopenci, šilenci a bláznovi, první doušek přes míru z něho udělá blázna, druhý šilence a ve třetím se nadobro utopí.“

(W. Shakespeare)

Česká společnost je již po dlouhá desetiletí tolerantní k pití alkoholu a málo kdo z nás si uvědomuje, že tak, jak se dospělí chovají v každodenním životě, utváří předobraz chování nové generace. Tím také samozřejmě i k pití alkoholických nápojů. Takovýto postoj dospělých přijímají již nedospělé děti jako normu a alkohol berou jako samozřejmou součást na všech setkáních, oslavách i večírcích, a tím se pozvolna alkohol dostává do jejich běžného každodenního života.

Naše společnost tímto přístupem k alkoholu zaujímá jedno z prvních míst v Evropě. Za rok na osobu se průměrně zkonsumuje v České republice 14 litrů alkoholických nápojů. Alkohol konzumují stále více ženy, zhruba třetina dospělých mužů vypije množství, které je bráno jako závislost, jelikož alkohol užívají pravidelně. Tyto návyky dospělých jedinců a hlavně dospělých, kteří vychovávají své děti, se stávají normou pro jejich budoucí životní standard. Tímto mohou jen těžko školní či zdravotnická zařízení pro děti a mládež účinně působit a formovat zdravý přístup k užívání alkoholických nápojů. Dospělí a především rodiče by vždy měly být tím nejlepším příkladem pro vytváření si zdravého přístupu k alkoholu a zároveň pro výchovu a osvojení si zdravých návyků u svých dětí. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ty potom velmi brzy přijímají pití jako normu, tedy společensky schvalovanou součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav již v adolescentním období. V České republice se dosud nepodařilo účinným způsobem ovlivňovat postoje a zvyklosti dospělého obyvatelstva. V případě mládeže je situace složitější o to, že společnost nemá dostatečnou právní vůli efektivně prosazovat zákonná omezení dostupnosti alkoholu. Výchova ke zdravému životnímu způsobu není dostatečně podporována v prostředí škol, ani v zájmových organizacích mládeže a bohužel často ani rodiče nejsou svým dospívajícím dětem vhodným vzorem, pokud jde o požívání alkoholu, mnohdy také nejsou důslední v samotných výchovných přístupech.

Pracuji v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na oddělení léčby závislostí. Na našem oddělení jsou pacienti závislí většinou na alkoholu. Je zde hospitalizováno přibližně 50 pacientů různého věku a mnohočetnými pobyty. Častokrát se vrací i šestkrát do roka. Jejich pobyt je opakovaný mnohdy již deset až dvacet let nazpět s kratšími či delšími pauzami. Zajímalo mne tedy, z jakých příčin jsou tak časté návraty pacientů zpět do léčby.

V rámci mého studia na Fakultě zdravotnických studií VŠS jsem měla možnost absolvovat praxi mimo jiné také na oddělení léčby závislých pacientů na alkoholu ve Fakultní nemocnici v Plzni na Lochotíně, kde jsem si všimla, že všeobecné sestry trochu odlišně přistupovaly k pacientům. Když jsem zjistila, že odlišné ošetrovatelské postupy spočívají v rozdílných metodách léčby se závislými pacienty, rozhodla jsem se je srovnat. Hlavním cílem mé bakalářské práce je tedy porovnat tyto dva přístupy včetně užití psychoterapeutických technik v ošetrovatelské péči při dvou rozdílných metodách léčby pacientů závislých na alkoholu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

1.1 Co je závislost?

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

„Syndrom závislosti: Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence částečně vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“. (podle 10. verze mezinárodní klasifikace nemocí, Nešpor, 2004)

Závislost na alkoholu podle Světové zdravotnické organizace :

„Závislost na alkoholu je závislost, při níž je zneužívanou látkou alkohol. Alkoholik je člověk, jemuž požívání alkoholických nápojů zavinuje problém v některé oblasti života. Alkoholik je člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu to působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném a duševním zdraví“. (Skála, 1988)

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat alkohol
- b) potíže v sebeovládání při požívání alkoholu co do množství a četnosti
- c) tělesné abstinenci příznaky, odvykací stav: alkohol je užíván s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním, případně dochází k odvykacímu stavu
- d) průkaz tolerance k účinku množství alkoholu jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání alkoholických nápojů a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku, pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy

vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení. (Nešpor, 2011, 1996)

1.2 Znaký a příčiny vzniku závislosti na alkoholu

„Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal alkoholikem“. (Skála, 1988)

Alkohol patří mezi takzvané psychoaktivní látky, které ovlivňují především nervový systém. Ve srovnání s ostatními má výjimečné postavení, neboť je jak farmakem, tak i zdrojem energie, významně zhoršuje rozumové funkce, snižuje se schopnost zapamatovat si a naučit se nové úkoly, více je narušena přesnost, než rychlost. Většina lidí se v průběhu svého života naučí pít alkohol s mírou, a tedy bez vážnějšího rizika. Určité procento však tuto míru během doby ztrácí. Závislost na alkoholu je vlastně jakousi naučenou odpovědí na nejrůznější těžkosti, na které většina lidí reaguje méně snadným a méně příjemným, současně však riskantním způsobem, než je požití určité dávky alkoholu. (Skála, 1988)

Přestože se alkoholiky stávají lidé rozdílní s různými variantami osobností, jsou si ve výsledku nakonec všichni podobní. Je to především účinkem alkoholu na jejich mozkové buňky, na psychiku, na jejich zvyky, i účinek společnosti, který je při pití obklopuje. Někteří z nich by rádi s pitím přestali, ale již si uvědomují, že to sami nedokáží, alespoň ne natrvalo, což zaviňuje změnu jejich postoje k životu. S tím roste jejich pocit méněcennosti, neschopnosti a slabosti, ve střízlivém stavu si často uvědomují, že nejsou ani dobrými manžely, ani dobrými otci ani dobrými kamarády. Takový člověk nic neplánuje, žije ze dne na den, s pitím se pak prohlubuje jeho nespolehlivost, ztrácí pojem o čase. Napiť mu dodává okamžik pocitu zapomenutí, dodá mu nakrátko větší sebedůvěru, pozvedne náladu. Člověk je bytost se svobodnou vůlí, ale člověk závislý na alkoholu se díky své závislosti ocitá v bludném kruhu, krátkodobý účinek alkoholu ho na chvíli pozvedne, ale pak opět padá na dno. Již se nemůže svobodně rozhodovat o svém jednání, protože jeho mozek je dlouhodobě poškozován. Alkoholik ve svém pití nevidí problém, málo z nich si je schopno a ochotno přiznat, že je to velký problém, který by měli začít řešit. Nejlépe se alkoholik cítí při požití takového množství alkoholu, které navozuje příjemné pocity rovnováhy. Alkoholik v té chvíli je spokojen a svoji závislost nevnímá jako problém. (Skála, 1988)

Podle E. M. Jellineka se poruchová kontrola pití popisuje jako pití předem v takovém rozsahu neplánované, nepopisuje se jako zamýšlené a po jeho započetí těžko

kontrolovatelné. U pijáka dochází k racionalizaci, zdůvodňování, vysvětlování sobě i svému okolí. V důsledku poruchové kontroly v pití se objevuje nespolehlivost, narůstá kritika doma i v práci, v zaměstnání se objevují varovná upozornění. Pití funguje jako kompenzace ztráty sebeúcty, snížené sebevědomí je podvědomě nahrazováno nesplnitelnými sliby o nepití, ale i sliby v jiných oblastech, snahou je vypadat jako „někdo“ a napravit si reputaci. S postupujícím množstvím vypitého alkoholu dochází k prožívání konfliktů, zklamání, vnitřních pocitů ukřivdění z údajně chybných reakcí okolí na alkoholická selhání. Otevřené konflikty pak probouzejí agresivitu. Její slovní i fyzické projevy umožňují legitimovat před sebou i okolím další pití. Uvolňuje se pudová agresivita, nejprve slovní, pak fyzická, proti předmětům, později je možné i napadání blízkých osob ve svém okolí. Může docházet i k obdobím občasné abstinence, která však je vynucená tlakem sociálního prostředí jako řešení a prevence dalších selhání. (Profous, 2011, Skála a kol., 1987)

Všechny činnosti, aktivity i zájmy (v případě, že ještě nějaké má) člověka závislého na alkoholu se odehrávají za přítomnosti nebo za pomoci alkoholu. Sobecky podřizuje převládající zájem o uspokojení svého návyku pití na úkor rodiny, partnerky a dětí. Poté dochází ke ztrátě zájmu o vnější svět – zanechává koníčky. Svě meziosobní vztahy si piják pojmenovává jako nikdo mě nemá rád, nikdo mi nerozumí, nejsem jim dost dobrý, nápadně se sebelituje, nechápe kritiku, cítí se ukřivděn a nedoceněn. Následně přicházejí změny v rodinném životě, dochází k odcizení, neschopnosti komunikace, vyhýbání se hovorům z obav před kritikou, někdy vyvolávání konfliktu, v němž dochází k dalšímu pití. Vzhledem k jeho opakované nespolehlivosti mu nejsou svěřovány peníze, ani vyřizování úkolů, nesmí vyzvedávat děti ze školy, vozit je autem, zásadní rozhodnutí jsou přijímána bez něho, důvěra jako v partnera se vytrácí. Následuje pokles sexuálního pudu, sexuální život je podmíněn plným tělesným i duševním zdravím i vzájemným nekonfliktním vztahem obou partnerů. Je porušena tvorba mužského pohlavního hormonu. (Profous, 2011)

Bez napití by se nevypravil do práce, nedokáže vyřídit záležitosti s úřady. Při nedostatku své dávky alkoholu, dochází u závislého jedince i k fyzické absenci alkoholu, která způsobí často i třes, křeče, bolest nebo jiné vegetativní příznaky. Neumožní alkoholikovi se podepsat, uvázat kravatu či boty. Všechny tyto příznaky, ať psychické či fyzické po vysazení látky signalizují potřebu trvalé přítomnosti alkoholu v organizmu, od probuzení přes celý den. Dochází k celkovému zhrubnutí, ke změně vnímání svého okolí,

zesobečtění, oploštění kvality etických norem, jejich nedbání. Pokud piják v takovém každodenním pití pokračuje, může se dostat až do stavu alkoholické psychózy jako je delirantní stav, alkoholická halucinóza. Dále může každodenní pití alkoholu způsobit například epileptické záchvaty nebo alkoholovou demenci, která je důsledkem dlouholetého abúzu alkoholu. V lepším případě piják prohlédne, získá náhled životního debaklu pro pití a ne pro nepřízeň okolí, uvědomí si, že všechny ztráty, ke kterým došlo, byly způsobeny pitím. (Profous, 2011, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Rodina a přátelé mají často největší vliv na rozhodnutí pijáka k pozitivnímu činu. Je třeba je mít k tomu, aby s problémovým konzumentem promluvili individuálně nebo ve skupině a vyjádřili své obavy, navrhli konstruktivní postup a poskytli mu emoční podporu. Při těchto intervencích je třeba usilovat o pozitivní tón, bez obviňování, výčitek, negativních výroků a vyostřené konfrontace. (Babor, Higgins-Biddle, 2010)

1.3 Formy léčby závislosti na alkoholu

O změnách, ke kterým dochází v organizmu a především v mozku člověka závislého na alkoholu už v literatuře bylo uvedeno hodně. Po určité době pravidelného pití se z konzumace vyvine u jedince závislost, kterou již není schopný sám zvládnout, na pomyslném dnu se ocitá stále častěji. V ten moment by měla přijít ke slovu léčba. Protialkoholní léčba ale nevede k odstranění poruchy způsobující změny v kontrole, ani nedokáže odstranit chuť na alkohol, nevede k vyléčení chorobného stavu. Při správné a trvalé motivaci pacienta je možné dosáhnout uzdravení, které spočívá v náhledu na chorobu, předpokladu úspěšného zvládnutí léčby a nutnosti dodržení doživotní abstinence. Nutnost doživotní abstinence je možno přirovnat k cukrovce, kdy si pacient doživotně musí aplikovat denně nutné léky. To přijde nemocným samozřejmé, ale člověku závislému na alkoholu zpočátku jistě nepřijde samozřejmé, že by měl doživotně abstinovat. (Heller, Pecinovská, 2011)

„Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější. Léčba by měla být rychle dostupná, měla by reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních. Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta. Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání, delší léčba přináší obvykle lepší výsledky. Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy. U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných

léků, pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí. (Nešpor, 2011)

1.3.1 Ambulantní léčba

Nejčastěji probíhá ve specializovaných zařízeních. Výhodou je to, že nevyžaduje pracovní neschopnost. Ambulantní léčba je praktická, má ale svá omezení. Jestliže se pití někomu vymklo z rukou takovým způsobem, že i přes upřímnou snahu pije dál a hromadí se mu problémy, je lépe se nechat hospitalizovat a léčit se ústavně. V mnoha ambulantních zařízeních nabízejí kromě individuální terapie i psychoterapeutické skupiny, někde pracují i s rodinami závislých nebo si zorganizují socioterapeutický klub. (Nešpor, 2006)

1.3.2 Ústavní léčba

Bývá potřebná i u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu. Psychiatrické, interní nebo neurologické oddělení může do jisté míry pomoci s léčbou v důsledku pití. Pro překonání samotného problému s užíváním alkoholu je ale mnohem vhodnější specializovaná odvykací léčba. V České republice pracuje řada takových zařízení. Délka ústavní léčby bývá v některých zařízeních pevně stanovena, jinde se na ni tým a pacient dohodnou individuálně. (Nešpor, 2006)

Při navrhování délky léčby v praxi se ukázalo užitečné brát v úvahu následující činitele: stav při přijetí, životní situaci, délku předchozí abstinence a trvání recidivy, duševní i tělesnou kondici, schopnost využívat možností ambulantního léčení po absolvování léčby ústavní. (Nešpor, 2006)

Při ústavní léčbě se daří bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace, léčba bývá intenzivnější, protože se využívá souběžně více postupů např. skupinová terapie, relaxační techniky, rodinná terapie, socioterapeutický klub, pracovní terapie. (Nešpor, 2006)

1.3.3 Denní stacionář

Pacient dochází na léčbu stejně jako do práce, většinou bývá v pracovní neschopnosti. Často se forma denního stacionáře nabízí pacientům v závěru ústavní léčby, aby jim byl usnadněn přechod k normálnímu životu. Denní stacionáře mohou ale fungovat samostatně nebo při ambulantních zařízeních. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou, omezení jsou podobná jako u ambulantní léčby. U těžších zdravotních nebo psychiatrických komplikací, nebo u hromadících se problémů s pitím přes skutečnou snahu přestat pít, je doporučována ústavní léčba. Stacionář v této situaci nestačí. (Nešpor, 2006)

1.3.4 Noční stacionář

Pacientům, kteří jsou poměrně v dobrém stavu, pouze nemohou ze svého zaměstnání si vzít volno nebo mají velké rodinné problémy, je doporučován noční stacionář. Do léčebného zařízení dochází po pracovní době, přes noc pacient zůstává v zařízení a ráno odchází zpět do zaměstnání. Noční stacionář může pracovat samostatně nebo jako následná léčba po léčbě ústavní. V České republice je minimálně. (Nešpor, 2004)

Při léčení závislosti na alkoholu, je třeba individuálně vybrat tu nejvhodnější formu léčby. Ne každé zařízení využívá všechny uvedené formy a metody, důležité je vybrat léčbu pokud možno s nejkvalitnějším programem pro konkrétního jedince. (Nešpor, 2004)

Je těžko představitelné, že by ambulantní léčba, která klade na aktivní spolupráci pacienta závislého na alkoholu nemalé nároky, mohla stačit všem. Jsou případy, kdy pacient nastoupí na ústavní léčbu na vlastní žádost a to často po neúspěšném pokusu ambulantní léčby. Pacient v ambulantní léčbě se nedokáže vymanit z vlivu pijáckého prostředí, ačkoliv dochází na ambulantní léčbu k podávání Antabusu, občas se napije. Délka dobrovolné ústavní léčby trvá většinou tři měsíce. Pacientův čas při léčbě je plně využit a rozdělen mezi léčbu medikamentózní, psychoterapii, pracovní terapii, kulturní terapii atd. Léčba Antabusem není léčba kauzální, slouží jako prevence, která zabraňuje požívání alkoholu. (Skála a kol., 1987)

1.4 Farmakologická léčba Antabusem

Většina alkoholiků nemůže svůj problém zvládnout sama. Při léčbě pomáhají terapeutické metody, rodina i některé léky. Do léčby jak už ambulantní tak ústavní byl dánskými vědci v roce 1948 zaveden Antabus (disulfiram), který je dodnes používán v mnoha zemích světa. Je-li tento lék přítomen v těle v dostatečném množství, dojde po požití alkoholu k typické reakci. Člověk zčervená, zarudnou mu spojivky, objevuje se bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost, někdy zvracení, změny krevního tlaku, případně i mdloby. Antabus nebyl vymyšlen proto, aby někomu bránil v pití nebo aby někoho za pití trestal. Pomáhá těm, kdo chtějí s pitím přestat, a chrání je před bezmyšlenkovitým bezděčným napitím se. Léčba Antabusem předpokládá souhlas pacienta a předchozí lékařské vyšetření. V ideálním případě funguje Antabus jako sádrový obvaz umožňující hojení rány. Během léčby tímto lékem se vytvoří zdravější návyky a lepší způsoby, jak překonávat obtížné situace. Postupem času přestává být nutný. Jsou ale pacienti, kteří se

Antabusem pojišťovali mnoho let. Moderní výzkumy ukazují, že nemá smysl si sehnat lahvičku Antabusu a brát si jí sám doma, mohlo by to být dokonce nebezpečné. Správná léčba Antabusem je supervidovaná, tj. pacient si pro léky obvykle dochází týdně do ambulance, kde je pacient evidován a sledován. Aplikace disulfiramu má být dlouhodobá, nejlépe dvanáctiměsíční, dávky se stále snižují. V průběhu je nutno provádět jaterní testy včetně somatické kontroly pacienta. Disulfiram se nedoporučuje podávat pacientům, kteří mají v krvi alkohol, pacientům kardiálně dekompensovaným, ani psychotickým. U těhotných žen může mít teratogenní účinky. Antabus se používá i v ústavní léčbě. (Skála a kol., 1987, Nešpor, 2006)

1.5 Skálův model léčby - trvalá a důsledná abstinence

S léčbou alkoholové závislosti máme díky zakladateli naší alkoholologie J. Skálovi v České republice největší zkušenosti. Hlavním prostředkem léčby je psychoterapie. Tvoří základ komplexní terapie. Vytváří náhled na důslednost trvalé a doživotní abstinence a změn v chování pacienta. Usiluje se o trvalou celoživotní abstinenci. (Vymětal, 2003)

Ani léčba nedokáže, aby se pacient naučil pít s mírou, vzhledem k tomu, závislost na alkoholu považujeme za vážnou chorobu. Léčením se závislost na alkoholu pouze stabilizuje a stabilizace znamená trvalou a důslednou abstinenci. Alkoholika k abstinenci může vést jen ten, kdo je sám abstinentem. Trvalá a doživotní abstinence, kterou propaguje Skálův model, znamená zdržet se pití alkoholu neomezeně dlouho a pacient se musí trvale vyhýbat i té nejmenší dávce alkoholu, protože ta pro něj znamená opakované riziko. Jsou pacienti, kteří hned od počátku léčby svoji závislost přiznají sami sobě, jsou si vědomi, že jsou nemocní a pro trvalou abstinenci se rozhodnou hned od počátku léčby. Ostatní pacienti závislí na alkoholu si svoji závislost a nutnost trvalé abstinence uvědomí až při následné recidivě a opakovaných pobytech. Většina pacientů se při nástupu do léčby za svoji závislost stydí a léčbu vnímá jako trest. V takovém případě je dobré, když svoji léčbu netají a informuje o své léčbě také své nejbližší okolí, které mu může být nápomocno. Doba rekonvalescence pacienta po léčbě je minimálně tři roky. Po tuto dobu by se měl pacient vyhýbat příležitostem k napití. I pacienti závislí na alkoholu mají pochopitelně své problémy, které musí řešit. Měli by sami řešit pouze problémy, na které jejich síly stačí. Pokud se pacient dostane do problému, jehož řešení nezvládne a napije se, měl by okamžitě vyhledat odbornou pomoc. (Skála, 1988)

Komplexní systém léčby je biopsychosociální model. Farmakoterapie-Antabus, psychoterapie skupinová, sociální je komunitní systém a dále je součástí modelu režimová léčba, bodovací systém, zpětná vazba, zvládání frustrace a stresu, edukace, práce, relaxace. Základní léčba je 3-4 měsíce, účast na běžném programu, následná léčba, doléčovací skupiny i použití Antabusu. Je třeba, aby se pacienti učili sebekontrolu, na kterou stačí. (www.at-konference.cz, 2012)

1.5.1 Ošetřovatelská péče na oddělení při použití Skálova modelu

Všeobecná sestra na psychiatrii má odlišnou práci od poskytování péče na jiných odděleních. Její osobnost ovlivňuje kvalitu ošetřovatelské péče, která je potřebná k navázání důvěry s pacienty, blízkého a bezpečného vztahu k personálu. Tato práce vyžaduje empatii k nemocným, neutrální postoj bez antipatií či sympatií. Předpokladem všeobecné sestry je nezbytná znalost symptomatologie duševních poruch, zvládání metod získávání údajů, především efektivní komunikaci, umět naslouchat a dát prostor pacientům. Při poskytování ošetřovatelské péče s použitím Skálova modelu je sestra přítomna psychoterapeutických aktivit, buď přímo, kdy vede relaxace, funkce koterapeuta a skupinové psychoterapie, podpůrná terapie u individuální péče o pacienty), nebo nepřímo svým individuálním přístupem k pacientovi. Znalost nových metod při ošetřování je nezbytná, neboť je nutné zvolit vždy vhodný model. Sestra se snaží při svém kontaktu s pacientem co nejméně zasahovat do jejich sebekontroly, motivuje ho k samostatnosti a předchází tak vzniku závislosti na zdravotnickém zařízení. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Ošetřovatelská péče o nemocné se závislostí na alkoholu je velmi individuální a rozdílná podle toho, v jakém stádiu závislosti se jedinec nachází. V akutní fázi, kdy jde o detoxifikaci nemocného, nebo u pacienta v deliriu, musí sestra sledovat somatický a psychický stav i potencionální problémy. Ošetřovatelská intervence by měla být zaměřena hlavně na bezpečí nemocného, na prevenci úrazů, na dobré osvětlení místnosti. Detoxifikace se obvykle provádí na tzv. uzavřeném detoxu, kde odeznívají pacientovy odvykací potíže. Pokud je pacient v akutním stavu musí sestra zabezpečit příjem vitamínů a minerálů, zapisuje příjem a výdej tekutin, sleduje vylučování. Důležité je monitorování vitálních funkcí, sledování možných křečí. Sestra zajistí zvýšený dozor ve stadiu zmatenosti a desorientace. Sestra volí ošetřovatelské intervence podle posouzení stupně postižení. Sestra zjišťuje, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci. Všimá si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti. Cílem ošetřovatelských intervencí je po úspěšné

detoxifikaci získání optimálního fyzického zdraví a náhledu na onemocnění. Po dosažení tohoto stádia může být zahájena fáze rehabilitace a zařazení pacienta do režimové léčby. Na odděleních závislostí se osvědčuje komunitní systém práce. Ve fázi rehabilitace je možné zařadit pacienta do programu režimové léčby, ale za předpokladu, že má náhled na problém závislosti, chápe ji jako nemoc a je odhodlaný se s tímto problémem vypořádat. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Všeobecná sestra má po celou pracovní dobu při poskytování ošetrovatelské péče stanovené konkrétní úkoly, které plní u většiny pacientů na ošetrovací jednotce. Pracuje průběžně se všemi nemocnými. Vnímání nemocného jako celku (biopsychosociální pohled), je v tomto systému značně nepřehledné. Princip systému spočívá v zodpovědnosti za přidělenou skupinu nemocných, o kterou pečuje sestra po celou pracovní dobu. Sestra zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči u skupiny nemocných a zodpovídá za její kvalitu. Výhodou systému je užší kontakt sestry a pacienta. Zlepšuje se přehlednost ošetrovatelské péče a tím vzrůstá důvěra nemocných v ošetrovatelský tým. Do ošetrovatelského procesu patří klidná komunikace, zapojit pacienta do úkonů sebepéče, do rozhodování v souvislosti s léčbou, sledování pacientova chování, úzkosti, prožitky a jeho orientace i vědomí. Všeobecná sestra provází pacienta po celou dobu jeho hospitalizace, nese zodpovědnost za ošetrovatelský proces u svěřených pacientů, směřuje ho k účasti na denních aktivitách a vše v denních intervalech zaznamenává. Deleguje další pracovníky ošetrovatelského týmu. Důležitá je realizace provádění ordinací i pravidelné zápisy do dokumentace. Všeobecná sestra je osobou, na kterou se nemocný může kdykoliv obracet. Systém zajišťuje nemocným individualizovanou péči, vytváří vztah důvěry mezi sestrou a pacientem. Všeobecná sestra trvale zdůrazňuje důležitost vlastní aktivity pacienta v léčebném procesu při spolupráci s terapeutickým týmem. Navázání blízkého vztahu s pacienty, zvládat psychoterapii, provázení v těžkých obdobích a vytváření nových, bezpečných struktur i režimu denního života patří k její každodenní práci. (Hosáková, 2007)

Úroveň ošetrovatelské péče s pacienty závislými na alkoholu ovlivňuje také specifické vzdělání sester, je spojeno s osvojením psychoterapeutických přístupů a schopností pozitivního ovlivňování pacientů. Sestra hodnotí výsledky své práce a tím zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče. Stanoví ošetrovatelské diagnózy, formuluje problém, který nemocnému vznikl na základě jeho onemocnění. Na pacienta působí edukativně, mohou spolu pojmenovat zisky a ztráty nadužívání alkoholu a může mu pomoci začlenit se do normálního života. Pokud u takového pacienta není změněná funkce rodiny a rodina je

ochotna spolupracovat, všeobecná sestra se snaží zapojit během léčby také pacientovu rodinu a domluvit případný postup po jeho propuštění. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová 2004)

1.6 Model léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě

Legitimním cílem u pacientů, kteří mají problémy s alkoholem, může být kontrolované pití, jinak také pití s mírou. Toto kontrolované pití se zásadně nehodí pro lidi závislé na alkoholu, zejména pokud dřívější pokusy o kontrolované pití selhaly, pro nemocné s různými chorobami, který alkohol zhoršuje (například vysoký tlak, epilepsie, onemocnění jater, slinivky břišní a další), pro řidiče motorových vozidel, pro těhotné či pacienty, kteří jsou léčeni léky, jež se s alkoholem nesnášejí, nedoporučuje se ani lidem, kteří se věnují různým rizikovým činnostem, lidem se zhoršeným sebeovládáním a sklony k násilí. Protože podstatná část násilných trestných činů bývá páchána pod vlivem alkoholu a pod vlivem alkoholu jsou často i jejich oběti, tak v takovýchto případech také není doporučováno pít kontrolovaně. Abstinence ve vztahu k alkoholu je také nejbezpečnější variantou u lidí závislých na jiných návykových látkách. Předejde se tak možnému přesmyku závislosti. (Nešpor, 1996)

1.6.1 Technika nácviku jak pít kontrolovaně

„Novou“ strategií léčby závislostí na alkoholu je snížení konzumace alkoholu a tím snížení rizik. Do této strategie ředíme „umírněné pití“ nebo „kontrolované pití“. (www.at-konference.cz, 2012)

Nácvik „kontrolovaného pití“ může využívat přístroje, umožňující rozpoznávat určitou kritickou hladinu alkoholu v krvi. Ke stejnému účelu lze využívat i tabulky, kde je možné přibližnou hladinu alkoholu odečítat podle množství alkoholu, tělesné hmotnosti a pohlaví. Hladina alkoholu v krvi ovlivňuje také změny pocitů a změny chování. Nedoporučuje se překračovat hladinu 0,5 – 0,8 ‰ alkoholu v krvi. (viz. tabulky – příloha 2, 3)

Pít s mírou znamená také umět nepít vůbec, proto se doporučuje zahájit nácvik kontrolovaného pití třicetidenní abstinencí. Aby měl pacient pití pod kontrolou, měl by pamatovat na všechny uvedené prvky: Druh alkoholického nápoje, čím menší koncentrace alkoholu, tím lépe, dobré je alkoholický nápoj prokládat nápojem nealkoholickým. Velikost doušků, čím menší doušky, tím lépe. Frekvence doušků, čím delší intervaly mezi

doušky, tím lépe. Mezi jednotlivými doušky je třeba zásadně položit sklenici na stůl. Celková doba pití, čím kratší, tím lépe. Nepít zásadně na lačno, ale jen tehdy, jestliže jsou v žaludku ještě nějaké potraviny obsahující bílkoviny. To zpomalí vstřebávání a část alkoholu se na bílkovinu naváže. Pokud někdo ve společnosti pije zdrženlivě, doporučuje se problémovým pijákům, aby ho napodobovali. (Nešpor, Csémy, 1996)

Jednoduchou technikou je možné zjistit problémové chování a tím možnost vyčíst ohrožující situace daného jedince. Jedná se o techniku sebemonitorování, kdy pacient pravidelně zaznamenává do svého zápisníku datum a hodinu kdy pil a také co a v jakém množství. Zároveň zapíše, při jaké situaci to bylo a jak se před požitím alkoholu cítil. Občas se ke svým poznámkám vrátí a odhalí tak nebezpečné situace, které ho k užívání alkoholu vedou. Může se i připravit a následně předejít těmto okamžikům. (Nešpor, 1996)

1.6.2 Ošetřovatelská péče na oddělení při použití modelu léčby závislosti komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě

Sestra pracující na specializovaném oddělení pro pacienty se závislostí musí mít pro tuto práci osobnostní předpoklady, měla by dosáhnout určité úrovně sebepoznání, zvládat náročné situace a především se musí ztotožnit s metodou léčby. Její práce vyžaduje citlivý, empatický postoj k obtížím pacientů, musí se umět ovládat a zachovávat neutrální postoj. Měla by mít základní znalosti symptomatologie duševních poruch, neznalost může vést k závažným chybám v přístupu. Důležité v ošetřovatelském procesu na daném oddělení je také zvládnutí metod získávání údajů, jako je pozorování, rozhovor, specifická ošetřovatelská diagnostika. To vyžaduje nejen teoretické znalosti, ale nácvik praktických dovedností. Zejména je nutné zvládat efektivní komunikaci, kladení otázek, umět naslouchat, upozadit své potřeby a dát prostor pacientům. Sestra je členem terapeutického týmu a účastní se psychoterapeutických aktivit např. vedení relaxace, podpůrná terapie u individuální péče o pacienty, funkce koterapeuta u skupinové psychoterapie. (Kozier, Erb, Olivieri, 1995, Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Všeobecná sestra je členem terapeutického týmu, účastní se psychoterapeutických aktivit, volí vhodný model ošetřovatelské péče. Asistuje při specifických druzích léčby (podání Antabusu), připravuje pacienta a pečuje o něj po výkonech, při sběru anamnestických dat hledá psychogenní a sociogenní příčiny duševních poruch, orientuje se v právní problematice, dbá na resocializaci pacientů a zaměřuje se na vhodnou edukaci. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Do ošetrovatelského procesu patří i zásady vhodné komunikace s pacientem, kdy sestra musí dbát určitých pravidel, projevit mu empatii a dostatečné porozumění o jeho problému mluvit. Je důležité být s pacientem v otevřené místnosti, nepřibližovat se k němu ze zadu. Při pohovoru s pacientem sestra zvolí bezpečnou vzdálenost nejméně na délku paže, poblíž otevřených dveří. Při vystupňovaném rozhovoru, je vhodné pohovor ukončit. V případě nutnosti zklidnění pacienta, mohou být používány omezovací prostředky, které jsou uplatněny nejbezpečnějším a nejšetrnějším způsobem. Je nutné pacientovi nenarušovat důstojnost, ordinovány jsou pouze lékařem. Takovému pacientovi sestra věnuje zvýšenou ošetrovatelskou péči, vše musí být pečlivě dokumentováno v písemné podobě. (Hýža, Hanusková, Hosák, 2007)

Zásady ošetrovatelské péče při podávání Antabusu musí být vždy kontrolované, v ústavních podmínkách ji pacient prodělává po 10-14 dnech pobytu. Dávka alkoholu představuje přibližně 12g. Dojde-li k zčervenání, zrychlení tepu, snížení tlaku, opouští se od další aplikace alkoholu. Je nutné uložení pacienta na lůžko, zajistit dostatečný přívod vzduchu, kyslík, antihistaminika, intravenózní injekce vitamínu C, adrenalin, noradrenalin a sledování pacienta po dobu několika hodin. (Skála a kol., 1987)

Součástí ošetrovatelského procesu je neméně důležitá realizace. Podle stavu pacienta je rozdělena na akutní intoxikaci a odvykací stav, kam patří klidná komunikace, podávání stravy a tekutin, hodnocení stavu kůže u pacienta, sledování chování z hlediska úzkosti a jeho prožitek, sledování stavu vědomí, orientace, monitorace stavu myšlení ve spojitosti s halucinacemi a bludy, upravení prostředí ohledně bezpečnosti agresivního pacienta a pravidelné zápisy do dokumentace. (Hosáková et al, 2007)

Všeobecná sestra vede individuální pohovory s pacienty, případně je účastna i pohovorů s rodinnými příslušníky pacienta. Navázání blízkého vztahu s pacienty, provázení v těžkých obdobích, vytváření nových, bezpečných struktur denního života patří k její denní práci. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

1.7 Metody psychoterapie, které všeobecné sestry u pacientů se závislostí používají

Abreakce

Abreakce je způsob odreagování, jedná se o emocionální zážitek většinou navozený psychoterapeuticky, spočívá ve znovuprožití patogenních emočních zážitků s odpovídajícím, ale původně potlačeným citovým doprovodem, který nemohl být dříve prožit. Cílem je uvolnění emočního napětí a úzkosti. (Hartl, Hartlová, 2010)

Arteterapie

Arteterapie je metoda léčebná, pomocná, ale také diagnostická. Klade důraz na aktivitu, přičemž využívá uvolňující katarzní a projektivní vlastnosti lidské tvořivosti. Dá se využít k odkrytí nejnítěrnějších pocitů, najít bolavé místo, které se třeba nepovede odhalit při klasické verbální komunikaci. Při arteterapii není třeba, aby byl člověk zdatný malíř či kreslíř. Nehodnotí se kvalita obrazu, ale prožitky. Výtvarné aktivity usnadňují a rozšiřují komunikaci ve skupině u neverbální složky, přinášejí uvolnění a leckdy překvapivá odhalení. (Hartl, Hartlová, 2010)

Autogenní relaxační trénink

Autogenní trénink je relaxační metoda založená na vztahu mezi napětím psychickým a svalovým, s využitím principů jógy. Prostřednictvím cílené svalové relaxace lze navodit i relaxaci psychickou, jde o postupný nácvik uvolňování svalstva (Hartl, Hartlová, 2010, s.628). Základní cvičení autogenního tréninku obsahuje šest postupně nacvičovaných úkonů: navození tíhy, navození tepla, regulace srdeční činnosti, koncentrace na dech, regulace břišních orgánů, koncentrace na oblast hlavy. Postupný nácvik provádí pacient třikrát denně v trvání od 1 do 5 minut. Autogenní trénink patří k technikám, které mohou sestry za supervize lékaře nebo psychologa provádět samostatně. (www.prosestry.cz)

Individuální psychoterapie

V léčbě má pacient možnost také individuální psychoterapie, při které terapeut pracuje pouze s jedním pacientem. Terapeutem může být i všeobecná sestra

s absolvovaným víceletým psychoterapeutickým výcvikem. (www.alkohol-alkoholismus.cz)

Muzikoterapie

Muzikoterapie je psychoterapeutická technika, která navozuje pomocí hudby zážitky, které pacienta přeladují do lepšího stavu. Je využívána také k odkrývání pacientova nevědomí. (Hartl, Hartlová, 2010)

Nedirektivní psychoterapeutický přístup

Nedirektivní psychoterapie je přístup s cílem podpořit rozvoj osobnosti pacienta. Východiskem této techniky je, že každý člověk chce rozvíjet své schopnosti. V procesu nedirektivní psychoterapie terapeut poskytuje příležitost k tomu, aby se zkoumal, hovořil o sobě i o svých vnitřních zážitcích. Tím pacient postupně nachází sám sebe a je schopen si za vhodných psychologických podmínek své problémy vyřešit sám. (www.prosestry.cz)

Pracovní terapie

Pracovní terapie je terapie prováděná prostřednictvím činnosti, která svým pozitivním vlivem podporuje léčbu a uzdravování pacienta. (Hartl, Hartlová, 2010)

Psychodrama

Psychodrama je technika dramatického předvádění pacientových dilemat, užívaná při skupinové psychoterapii. Používají se zde i prvky divadelního umění jako je monolog, dialog a záměna rolí. Při technice dochází k odkrytí, uvědomění si a odreagování vnitřních konfliktů a afektů. (Hartl, Hartlová, 2010)

Psychogymnastika

Psychogymnastika je metoda skupinové psychoterapie založená na pantomimě, která prostřednictvím soustavy pantomimických úkolů umožňuje pacientům vyjadřovat vztahy k lidem i vnitřní konflikty a prožitky. (Hartl, Hartlová, 2010)

Psychohry

Psychohry jsou technika psychofyzického uvolňování, která slouží k rozvíjení myšlení, uvolnění, odreagování, čerpání informací. Pacient prohlubuje svoje sebepoznání, lépe se mu komunikuje. Tato technika pomáhá ke zdravému náhledu na sebehodnocení a může měnit navyklé šablony myšlení. (Bakalář, 1998)

Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie druh psychoterapie, který využívá k léčbě vztahy a interakce mezi členy skupiny, případně mezi členy a terapeutem. (www.alkohol-alkoholismus.cz)

Technika patogenetické psychoterapie

Patogenetická psychoterapie, jejímž podstatným rysem je úsilí, aby pacient poznal konkrétní psychogenní faktory podmiňující vznik, vývoj a přetrvávání jeho obtíží. Východiskem bývá rozbor pacientova životopisu se zaměřením se na mezilidské vztahy. Patologická analýza má zachytit nejen vědomou ale i nevědomou oblast psychiky. K patogenetické psychoterapii řadíme i vytváření podmínek pro emoční korektivní zkušenost, kdy je kladen důraz na zážitek, tedy na emoční složku. V terapeutickém vztahu má pacient získat nové zkušenosti, které se liší od všech dřívějších a vedou ke změně postoje. Nutné je pracovat i s rodinou pacienta. (www.prosestry.cz)

Technika racionální psychoterapie

Racionální psychoterapie se obrací k logickému myšlení pacienta, snaží se působit na jeho rozum, soudnost a kritičnost, je založena na logické argumentaci a přesvědčování. Základem je rozbor anamnézy, kdy si pacient v průběhu vyprávění uspořádá svoje myšlenky a životní zkušenosti. (www.prosestry.cz)

Terapeutická komunita

Terapeutická komunita nebo také léčebné společenství je uplatňována na odděleních s protialkoholní léčbou, spočívá v aktivní spoluúčasti pacientů na řízení oddělení, je cílenou podporou při plánování aktivit a v léčbě samotné. Hlavním cílem terapeutické komunity je zvládnutí soužití ve skupině, růst sebevědomí, rozvoj sociálních dovedností. Během terapeutické komunity je realizován program, ve kterém je kladen

důraz na demokratické rozhodování a dosažení vzájemné komunikace pacientů a personálu. Komunita posiluje schopnost pacientů orientovat se v reálném životě, napodobuje přirozené prostředí. Na některých otevřených odděleních bývá vizita nahrazena ranní komunitou. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Jednou z podmínek dosažení vysoké kvality poskytované ošetrovatelské péče je odborný, kvalifikovaný a individuální přístup všeobecných sester k pacientovi. Neodmyslitelnou součástí je správná a efektivní edukace a následná motivace každého pacienta s využitím různých metod léčby závislosti na alkoholu a také různých psychoterapeutických technik. Rozdílné metody léčby závislosti na alkoholu jsou určující pro rozdílný přístup k pacientům a zejména pro odlišnosti v poskytování ošetrovatelské péče. Porovnáním způsobů poskytované ošetrovatelské péče při využití jednotlivých léčebných metod je možné určit specifické prvky poskytované ošetrovatelské péče u pacientů s alkoholovou závislostí. Identifikace rozdílů v poskytované ošetrovatelské péči v souvislosti s rozdílnými léčebnými metodami a využitím specifického přístupu v praxi může zásadním způsobem přispět ke zkvalitnění poskytované péče.

2 HLAVNÍ CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit a porovnat odlišnosti ošetrovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu.

3 DÍLČÍ CÍLE

Dílčím cílem výzkumného šetření je zjistit odlišnosti ošetrovatelských činností sestry v rámci dvou metod léčby.

Jako druhý dílčí cíl je zmapovat, jak se sestra přímo podílí na práci a psychoterapeutických přístupech s pacientem závislým na alkoholu v souladu se svým odborným vzděláním.

Třetím cílem je zhodnotit odlišnosti v přístupech všeobecných sester při rozdílné motivaci jednotlivých pacientů.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Otázka č. 1

Existují odlišnosti v ošetrovatelské péči všeobecné sestry při dvou rozdílných metodách léčby pacientů závislých na alkoholu?

Otázka č. 2

Jak se všeobecná sestra přímo podílí na práci a psychoterapeutických přístupech v interakci s pacientem závislým na alkoholu v souladu se svým odborným vzděláním?

Otázka č. 3

Jaké jsou z pohledu všeobecných sester odlišnosti v přístupu k pacientovi v závislosti na jeho motivaci k léčbě a jaké metody sestry využívají k získání správného náhledu pacienta na svoji závislost? Mají všeobecné sestry možnost v ošetrovatelském procesu využívat psychoterapeutické metody?

5 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro své výzkumné kvalitativní šetření jsem si vybrala dvě respondentky. Výběr respondentek byl cílený. Kritéria výběru respondentek pro mou práci byli aktuální praktické zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče v souvislosti s použitím jednotlivých metod léčby závislosti na alkoholu.

S těmito všeobecnými sestrami v rámci výzkumu byly provedeny rozhovory na odděleních pro léčbu závislostí, kde jsou aplikovány dvě různé metody léčby. Svě respondentky jsem hned v úvodu ujistila, že zachovám jejich anonymitu a v mé práci nebudou uvedeny. Získané informace z výzkumného šetření pak budou v plném rozsahu použity pouze k vypracování mé kvalifikační práce. Respondentky vyslovily souhlas.

K rozhovoru ohledně používání metody Jaroslava Skály jsem si vybrala všeobecnou sestru, která pracuje na oddělení léčby závislostí v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Vystudovala střední zdravotnickou školu, poté absolvovala dvouleté pomaturitní specializační studium v úseku práce Ošetrovatelská péče v psychiatrii v Brně. Jako všeobecná sestra pracuje zhruba 35 let. Po maturitě pracovala na interně, pak na oddělení intenzivní péče a na geriatrici. Uvádí, že somatika ji vždy bavila. V současné době pracuje se závislými pacienty již desátým rokem. Chodí do střídavých směn, má dvanáctihodinové služby.

Pro rozhovor s metodou léčby pacientů závislých na alkoholu, s uplatněním modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě jsem požádala všeobecnou sestru, která pracuje s touto metodou od samého začátku, kdy na oddělení zavedl tuto metodu MUDr. Stanislav Kudrle. Absolvovala Střední zdravotnickou školu, má celoživotní zkušenosti se závislými pacienty. Na oddělení závislostí pracuje již 30 let. Během této doby se zúčastnila mnoha seminářů, kurzů, výcviků i přednášek na téma závislostí. Vícekrát se účastnila seminářů a psychoterapeutických výcviků v protialkoholní léčebně u Apolináře v Praze, kde mají velké zkušenosti s léčbou závislých pacientů. Absolvovala mezinárodní vzdělávací program na téma závislosti vedený zahraničními lektory, který probíhal po dobu 4 let. Pracuje na ambulanci psychiatrie, která je součástí oddělení režimové léčby. Je všeobecnou sestrou, ke které dochází pacienti na pohovory a k objednání na hospitalizaci, pak následné doléčovací skupiny po absolvování nemocniční léčby. Pracovní dobu má osm hodin denně, chodí tedy každý den do psychiatrické

ambulace závislostí na ranní služby. V případě dovolených zastupuje své kolegyně na oddělení léčby závislostí ve střídavých dvanáctihodinových směnách.

Doplňující otázky jsem s oběma respondentkami realizovala formou emailu či telefonického rozhovoru. Součástí polostrukturovaného rozhovoru bylo dvacet otevřených otázek.

6 METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem ke stanoveným cílům, jsem si pro svou práci zvolila metodu kvalitativního výzkumného šetření. Výzkum je založen na sběru informací od jednotlivých respondentek, které jsem získala formou polostrukturovaného rozhovoru. S všeobecnou sestrou, která pracuje ve Fakultní nemocnici v Plzni na Lochotíně na psychiatrii jsem se setkala v prosinci 2013 v Plzni, rozhovor trval přibližně 4,5 hodiny, probíhal v klidném soukromém prostředí. Druhou respondentkou byla sestra pracující v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na oddělení závislostí. Rozhovor jsem vedla v průběhu tří dnů, jednou na oddělení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech a dvakrát v soukromí během měsíce ledna a února. Celková doba rozhovoru byla přibližně 3,5 hodiny.

Rozhovor obsahuje dvacet otevřených otázek. Veškeré informace od respondentek jsou uvedeny s jejich písemným i vysloveným souhlasem. Rozhovor jsem průběžně písemně zaznamenávala na připravené archy s předdefinovanými okruhy otázek.

V rozhovoru se cíleně zaměřuji na oblast ošetrovatelské péče týkající se psychoterapeutických přístupů k pacientům závislých na alkoholu. Hlavní výhodou této metody výzkumu je především získání přímých odpovědí od jednotlivých respondentek a jejich vlastní zkušenost. Tyto získané informace mi pomáhají proniknout do hloubky rozdílů v obou ošetrovatelských přístupech, což bylo pro můj výzkum nejdůležitější.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

7.1 Respondentka č. 1

Respondentka č. 1 pracuje na oddělení s používáním Skálovy metody trvalé a důsledné abstinence. Rozhovor je z oddělení léčby závislostí na alkoholu z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Všeobecnou sestru jsem informovala, že ošetrovatelskou péči a přístupy k pacientům bych ráda porovнала s použitím ošetrovatelské péče modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě, která je používána ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce jsem k interpretaci získaných dat použila jen některé, zejména relevantní části rozhovoru. Nejedná se tedy, o doslovný přepis realizovaného polostrukturovaného rozhovoru.

1. Proč jste se rozhodla pracovat ve zdravotnictví?

„Chtěla jsem pracovat s lidmi, hlavně mě bavilo jim pomáhat. Na střední školu jsem dojížděla do Plzně, bavila mě somatika, pracovat jsem začala na interně, pak na jednotce intenzivní péče a na geriatrici. Teď už jsem desátý rok tady na závislostech. Práce s lidmi mě docela baví, jinak bych to asi nemohla dělat“.

2. Proč právě na oddělení léčby závislostí?

„No já jsem si to nevybrala, byla jsem sem přidělena před 10 lety. O překlad jsem nežádala. Pracovala jsem před tím, jak už jsem říkala se starými lidmi na geriatrici, to byl klid oproti těmto pacientům... Dodělala jsem si tenkrát psychiatrickou specializaci v Brně, tak mi sem přeložili. Prý v rámci prevence syndromu vyhoření. No, alespoň jsem mohla poznatky ze studia zde vyzkoušet a začít používat. Personál je tady v nemocnici většinou přidělený, moc si vybírat nemůžeme, ale po určité době získá zkušenosti i se závislými pacienty“.

3. S jakou metodou na vašem oddělení pracujete, myslíte si, že je správná?

„Fungují zde prvky Skálovy metody, a to hlavně terapeutická pracovní terapie, bodový systém, psaní elaborátů, děláme jim přednášky většinou jednou za týden. Témata čerpáme z místní knihovny nebo z internetu. Jsou na různá protialkoholní témata. Zkrátka léčba spočívá v důsledném režimu a psychoterapii, individuálních pohovorech, které pak předáváme lékaři a psychologovi. Je to metoda Jaroslava Skály, ta je tady vlastně od“.

začátku. Používány jsou hlavně pracovní terapie, bodový systém, psaní deníčků, důsledný režim a jeho dodržování. Také psychoterapeutické a didaktické přednášky pro pacienty připravujeme, poučí se, jak vypadá alkoholová psychóza, určitý typ poruch se demonstruje, jak je manželky vidí, ztrátu zábrany, problematika právní, problematika dědičnosti, odebrání řidičského průkazu, také řada pacientů spojuje alkohol s užíváním marihuany nebo s gamblerstvím. Alkohol jim spouští změny nálady a chování, no není to pěkné. Metoda je správná a za všechny roky se ukazuje, že je efektivní. Nesmí se jim ale nic dovolit, co se týče užívání alkoholu, ani nealkoholické pivo, ani třeba rumové pralinky. To vše jim způsobí bažení a znovu by se rozjeli. Takže jen dodržování dlouhodobé abstinence má význam pro ně. Nyní je jinde trend hodně mírný přístup, žádné meze, jen malé. Musí se naučit ovládat, ale to je velmi těžké, až nemožné pro naše pacienty. Jsou tu často po několikáté a vůbec by něco takového nezvládli“.

4. Ztotožňujete se s metodou léčby na vašem oddělení?

„Určitě ano, v každém směru. S alkoholovými pacienty to jinak nejde, než je stále kontrolovat a být důsledné ve všem, co po nich chceme. Je to opravdu režimová léčba a režim se jim snažíme do důsledku poskytnout. Musíme dbát všechny sestry stejných pokynů, pacienti jsou velmi vnímaví k tomu, co třeba by po nich chtěla nebo nechtěla jiná kolegyně. Proto musíme být všechny naprosto jednotné v těchto přístupech, aby to mělo smysl. Myslím ale, že důležité je i po ukončení léčby docházet na doléčovací ambulantní skupiny, ty tady ale nemáme. Dáváme pacientům při propuštění kontakty, kde se v místě bydliště mohou hlásit na ambulanci a domluvit si to. Je ale hodně případů kdy si pacienti nevyhledají na naše doporučení žádné ambulance, a naopak vyhledají tak restauraci a kamarády. Když zrecidivují je pro ně v tom lepším případě, se vrátit zpět do psychiatrické nemocnice. To víte, jsou to pacienti, kteří už jsou tu opakovaně a se závislostí bojují celý život“

5. Je práce sestry na oddělení závislostí náročnější než jinde, v čem je specifická?

„Pracovala jsem dlouhá léta na interně, jednotce intenzivní péče, geriatrii, tam je jiná práce. Je tam více kliniky, pacienti jsou zpravidla ležící diabetici, mají dekubity, kontroluje se glykémie, kanyly, příjem, výdej tekutin a podobně. Je to práce hlavně náročná po fyzické stránce. Jsou to ale jiní pacienti, jsou klidní, nemanipulují, neobelhávají, nevymýšlí... Tady je to spíše o komunikaci a trpělivosti, když zkouší, co vydržíte. Takový alkoholový pacient myslí, že mu leccos projde a vše mu uvěříte. Jsou to

prostě manipulátoři, přímo jim to ale říci nemůžete. Psychicky je tedy o dost náročnější, musíte je odhadnout a moc jim nevěřit. Zkouší to na vás, proto je nutná opakovaná edukace, vysvětlování, věčně důsledná kontrola, být ve střehu. Právě v tom je tahle práce náročná, že svoje povinnosti sestry musíte sladit s komunikací, psychoterapeutickou prací a nepodceňovat žádné slovo ani neverbální projev. To vše by mohlo ovlivnit negativně nejen prožívání, ale i chování pacientů“.

6. Jaký počet pacientů máte osobně na starost?

„Máme 6-8 pacientů, s kterými se dělají tzv. motivační pohovory, z těchto informací a postřehů píšeme zápisy. Co pacient sdělí, jak se projevuje, jeho postřehy s léčby, všímáme si jeho reakcí a změn v chování. To se dělá jednou za 14 dní. Takový zápis pak slouží lékaři i psychoterapeutovi k jejich další práci a celému terapeutickému týmu. Na směně ale jsme dvě, jedna diplomka a jedna pomocná sestra. Ve všední den je přítomna ještě denní všeobecná sestra, která se účastní také ranních odběrů, slouží od pondělí do pátku vždy od 6:00 do 14:00 hodin. V průběhu dne mám na starost všech 33 pacientů. Kontrolujeme a sledujeme jejich účast v programech. Dochází na různé aktivity a terapeutické skupiny v rámci režimové léčby. Pak děláme bodový systém, který zapisujeme a hodnotíme“.

7. Vyhledáváte sama přímý kontakt s pacientem a máte možnost se mu věnovat individuálně?

„Ano, tady určitě tu možnost máme. Pacienta si pozvu a vše s ním proberu, aktivně je vyhledávám a všímám si jejich reakcí a chování. Jinak se totiž chovají v přítomnosti lékaře či psychologa, jinak v přítomnosti s všeobecnou sestrou a jinak v přítomnosti dalších pacientů. Vidíme je hodně ráno, když se provádí náběry, to se jedná nejčastěji o kontroly jaterních testů, někdy i odběry na toxikologii, kontrola hladiny valproátu a phenytoinu u epileptiků, měření krevního tlaku, pulsu, kontroly glykemie či aplikace inzulinu u diabetických pacientů. Léky podáváme zpravidla 3x denně, to ale záleží na ordinaci lékaře. Někdy mají pacienti třesy, úzkosti či jiné abstinenční příznaky, které se u nich mohou projevit, když dostanou například větší zátěž nebo úkol, který se jim nelíbí“.

8. Jakých denních programů s pacienty se zúčastňujete?

„Je to ranní komunita, přednášky sestry jednou týdně 20 minut, čerpáme z odborné knihovny nebo internetu, vedeme kompletní ošetřovatelskou dokumentaci, která zahrnuje

ošetřovatelský plán, diagnostické vyhodnocení ošetřovatelského screeningu. Pak individuální pohovory a také chodíme s pacienty v rámci pracovní terapie například hrabat listí do parku“.

9. Je pro vás důležitá zpětná vazba pacienta po ukončení léčby?

„Ano, je velmi radostná a naplňující, teda ta zpětná vazba, jinak nic moc. Je bezpodmínečně nutná k vaší radosti, ale není vynutitelná. Někdy pacient jede kolem a navštíví personál, ale jen ojedinele, nemáme tady žádné doléčovací skupiny, abychom je viděly nějak pravidelně. Přijede ale jen ten, co abstinuje a je v pořádku. Moc často to není, spíše se s nimi setkáváme v případě opakované léčby. To ale už není moc naplňující“.

10. Zajímá vás co je s „vaším“ pacientem delší dobu po léčbě?

„A jak u kterého. Když má například po třetím pobytu během dvou let, kdy už se mu začíná rozpadat rodina, když dostane od manželky poslední šanci, tak jsem zvědavá, jak to ustál. Dozvíme se to ale jen od lékařky, v případě, že k ní dochází do ambulantní léčby v Plzni. My s ním po ukončení hospitalizace už nejsme v kontaktu. Já se ptám jen na ty své pacienty, to mě zajímá, jak asi dopadli. Samozřejmě jim na dálku držím palce, ale to je jistě málo.“ (Úsměv, konečně první úsměv).

11. Jaké je vaše vzdělání?

„Na tomto oddělení jsou jen sestry se střední zdravotnickou školou a psychiatrickou specializací v Brně, také naše vrchní sestra a staniční mají specializaci psychiatrickou v Brně.“

12. Máte nějakou specializaci pro práci se závislými pacienty?

„Ani ne, mám pouze dvouleté pomaturitní studium psychiatrie v Brně, ale tam jsme také nějaké základy měly“.

13. Umožňuje a podporuje vás zaměstnavatel v dalším odborném vzdělávání?

„Máme semináře na různá témata ve zdravotnictví, chodí pozvánky na semináře od vedení nemocnice nebo do Plzně od edukáru, ale nic k závislostem. Nebo o tom nevím, novinky a informace ohledně péče o závislého pacienta si můžeme najít jen na internetu“.

14. Zajímá vás problém závislostí osobně a zajímáte se o aktuální problémy a novinky v léčbě závislostí?

„Docela jo, čerpám z internetu nebo od lékařů či psychologů, záleží vždy na pacientech, jestli něco konkrétního chtějí vědět...“

15. Jak na oddělení řešíte syndrom vyhoření?

„Pokud vím, nic takového jsme zatím řešit nemusely, ale psychicky se cítíme unavené všechny. Bohužel ne vždy si můžeme vzít volno zrovna tehdy, kdy bychom to nejvíc potřebovaly. V případě, že už bych to nezvládala, požádala bych asi o překlad“

16. Máte možnost interní nebo externí supervize?

„Ani venku ani tady supervize nemáme. Povíme si to jen mezi sebou, když něco je. Ostatní si hlídá staniční a vrchní, je účastna vizity, tak naváže na pohovory a snaží si to ohlídat. Když něco potřebuji probrat, zeptám se naší lékařky nebo si to povíme mezi s sebou“

17. Přichází na vaše oddělení pacienti s motivací?

„To je ale opravdu málo, aby měli svou motivaci. To opravdu zřídka. Spíš mají motivaci zcestnou, pouze slovní, která není podložena skutky.... Často účelové pobyty v léčbě, motivace jen k tomu, aby se mohli na nějakou dobu schovat. Nebo přijdou do léčby pod výhrůžkou rodiny, zaměstnavatele a tak. Ale i tehdy se schovávají za to, že kdyby to zaměstnavatel nebo rodina nechtěli, tak vlastně by to sám pacient ani nepotřeboval. Zpravidla nemají vůbec náhled na onemocnění a svou závislost“

18. Zhruba jaké procento pacientů je na vašem oddělení „z donucení“ nebo s nařízenou ochrannou léčbou?

„To přesně nevím. Asi 80% pacientů je ale hospitalizováno takzvaně pod nátlakem okolí. Pak už je jen ta jednoznačná motivace ze zdravotních důvodů...“

19. Dokážete v přímém kontaktu s pacientem odhadnout jestli jeho zájem o léčbu je skutečný?

„Někdy ano, po těch deseti letech celkem dokážu. Přibližně tedy... Oni jsou kolikrát dost nevyzpytatelní. Vlastně ani doktor to kolikrát neodhadne úplně. Některého pacienta smetou okolnosti, ani neumí říct ne, stydí se za svou závislost a raději si použije svou verzi.“

Bohužel jsou to kolikrát jen sliby, ale pacienti si neuvědomují, že lžou hlavně sami sobě. Kolikrát se této verze drží až do konce léčby. Je to s nimi těžké“.

20. Chtěla by jste ještě něco doplnit, co se týká ošetrovatelských postupů na vašem oddělení?

„Během našich pohovorů, kdy jsme povinny pacienty edukovat o zákazu návštěv restauračních zařízení, naopak bych po určité době léčby možná tak po měsíci dovolila pít alespoň nealkoholické pivo. Myslím si, že by to byla celkem dobrá zkouška, jak zvládnout rizikové prostředí restauračního zařízení.

7.2 Respondentka č. 2

Respondentka č. 2 pracuje s použitím modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami režimové léčbě ve Fakultní nemocnici Plzeň Lochotín. V úvodu rozhovoru jsem všeobecnou sestru informovala, že ošetrovatelskou péči a přístupy k pacientům bych ráda porovnála s metodou Jaroslava Skály, která je uplatňována v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.

Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce jsem k interpretaci získaných dat použila jen některé, zejména relevantní části rozhovoru. Nejedná se tedy, o doslovný přepis realizovaného polostrukturovaného rozhovoru.

1. Proč jste se rozhodla pracovat ve zdravotnictví?

„Zajímá mě péče o lidi, ráda se o ně starám a pomáhám, zajímám se o jejich vylepšení zdravotního stavu. Už po škole jsem se zajímala o psychickou stránku nemocného, ptala jsem se vždy, co ho baví, jak žije, z čeho má radost a jak bych mohla zlepšit kvalitu jeho života. Zvláštní, že?“.

2. Proč právě na oddělení léčby závislostí?

„Protože už dávno před tím, než jsem mohla nastoupit na toto oddělení jsem se zajímala o závislosti. Zajímalo mne, co ty lidi k tomu vede, že se mnohdy chovají, tak jak se chovají. Jak k tomu dojdou někdy celkem kultivovaní a chytrí lidé. O léčbu a psychoterapii závislých pacientů jsem měla vždy vážný zájem, a pak jsem dostal příležitost, která se neodmítá“.

3. S jakou metodou na vašem oddělení pracujete, myslíte si, že je správná?

„Režimová léčba s kontrolovaným pitím, určitě si myslím, že je správná a metodou Skálovou bych dělat nechtěla. Naše metoda je postavena na důvěře k pacientovi, nemůžeme jim ale nechat příliš velkou volnost, jinak nám to vrátí s plnou parádou. Ne ale všichni, tak 90%. Metoda spočívá hlavně v komunikaci a psychoterapeutickém přístupu. Snažíme se pacienta pochopit, cílem je ale, aby sám zjistil, co ho k pití vede. Pak je většinou léčba úspěšná“.

4. Ztotožňujete se s metodou léčby na vašem oddělení?

„Určitě ano, v každém směru. Není to tak striktní léčba jako Skálova metoda. S touto metodou bych vážně pracovat nechtěla. Tam se všechno nesmí nebo musí. U nás se spíš snažíme, aby na to pacient vždy přišel sám. Výsledkem terapie není nutnost doživotního abstinování, ale odstranění závislosti, zvládnout bažení, poradit si se stresem bez alkoholu, zkrátka zátěž, kterou nám život vždy nějakou přichystá bez alkoholu zvládnout. To považuji za obrovský posun v jejich životě“.

5. Je práce sestry na oddělení závislostí náročnější než jinde, v čem je specifická?

„Fyzicky pouze při záchvatech nebo při agresivitě pacientů, ale hlavně je náročná psychicky. Léčba je vlastně od základu založená na komunikaci, na vlídném přístupu k pacientovi v podstatě za každých okolností, i když vám přijde s abstinenčními příznaky a má nevybíravé chování. Specifická je právě v komunikaci, musím být neustále v blízkém kontaktu s pacientem, být připravená zareagovat na každou otázku, správně a výstižně reagovat. Hlavně je to také o tom, že se musím kontrolovat, ovládat své pocity a emoce při jednání například s pacientem pod vlivem alkoholu, nebo naopak při abstinenčních příznacích, jak už jsem řekla. Je hodně okamžiků během mé práce kdy bych mu ráda řekla něco jiného, musím však vážit slova. Správně a citlivě formulovat nejen slova, ale i věty, reagovat na jeho jednání tak, aby se spíš nevyprovokoval k nějaké akci. Někteří pacienti jsou totiž citliví, spíše přecitlivělí a reagují na minimální podnět agresivně. Oni si moc nechtějí ze začátku připustit, že jsou závislí na alkoholu, to až po pár dnech se začnou trochu vidět z jiného úhlu. V tom hlavně spočívá naše práce, kdy se během terapeutických skupin snažíme v nich odkrýt podstatu a spouštěče pití“.

6. Jaký počet pacientů máte osobně na starost?

„Přibližně deset pacientů, to je takový průměrný počet. Celková kapacita oddělení je maximálně 12 lůžek. Zpravidla jich máme ale tak osm až deset“.

7. Vyhledáváte sama přímý kontakt s pacientem a máte možnost se mu věnovat individuálně?

„Na oddělení určitě vyhledávám přímý kontakt s pacienty, zvláště když si všimnu změny v chování a náladě u nich. Zjišťuji příčiny změn individuálním pohovorem, a po zjištění příčiny se snažím adekvátně pomoci. Stává se také, že pacient sám vyhledá všeobecnou sestru a žádá mne sám o radu a o pomoc. Možnost tedy individuálního pohovoru je. Když ne okamžitě, tak např. na domluvený čas, kdy to bude možné“.

8. Jakých denních programů s pacienty se zúčastňujete?

*„Ráno máme autogenní trénink, je to takové uvolňování celého těla a mysli při hudbě a mluveném slovu nebo pouze mluvené slovo kdy pacient se maximálně uvolní, učí se věřit svým pocitům, prohřeje se, odreaguje, odpoutá a snaží se připravit a navodit na celodenní program. Cílem je tedy u pacienta navodit příjemný pocit uvolnění, klidu a otevření se, ten vždy vede pouze všeobecná sestra. Pak je komunita, zde pacienti sdělují například co je nového, jaké mají nové postřehy a pocity, také provozně technické věci, kdy se bavíme o tom, čeho si všimli, problémy a požadavky týkající se chodu oddělení, někdy se z toho čerpá do skupiny, např. když se někteří mezi sebou neshodnou, nebo se vyskytnou nové problémy, řeší se zde propustky, dovolenky i somatické potíže pacientů, když je třeba bolí zuby, atd., co se týká spánku. Komunita začíná v 9:10 h., končí 9:30h. **Skupina** začíná v 10:10 hod. je vedená lékařem, sestra je přítomna, aktivně se zapojí, ale téma je dané lékařem. Končí přibližně ve 12:00 h, večer v 18:00 hodin je skupina pouze pod vedením všeobecné sestry. Od 19:30 může být s nimi podle požadavků a přání pacientů také večerní skupina, jinak mají volný večerní program-televize, pinpong, četba, společenské hry a jiné. Povinná je večerní skupina od 18-19.30, pak je to na nich. Skupina může být tematická, řídicí=direktivní – sestra si vše sama vede a určuje chování a činnosti pacienta ve skupině nebo je řízená pacienty-v podstatě nedirektivní, téma se zadá a diskuse je otevřená, všeobecná sestra je vždy přítomná. Dále jsou možnosti psychoher, muzikoterapie, psychogymnastika, arteterapie může se rozvinout téma z dopolední skupiny, kterou vede lékař, což je dost často, že se pokračuje v tématech z dopolední skupiny, kdy lékař sdělí, že téma zůstalo otevřené a je třeba ho dokončit. Tuto večerní skupinu*

všeobecná sestra vede vždy sama a pacienti se zúčastňují povinně. Jinak dostanou pokárání. Ale většinou si to vůbec nedovolí. Když pacienti mají zájem, skupina může pokračovat ještě od 19:30 hodin, ta je však nepovinná, spíše formou individuálních pohovorů“.

9. Je pro vás důležitá zpětná vazba pacienta po ukončení léčby?

„Zpětnou vazbu cítím jako velmi důležitou, řekla bych, že nejdůležitější, pacient sděluje co při léčbě pro něj je primární, co ho nastartovalo, hlavně motivovalo a sdělí také, co se mu nelíbilo, z čeho měl nepříjemný pocit nebo dokonce ho popudilo. I z těchto informací se čerpá do další práce. Informace jsou sdělovány na doléčovacích skupinách, které jsou doporučovány po ukončení hospitalizace=nejdou povinné, ale až roční docházka je vítána. Někteří pacienti chodí i 3 roky, pravidelně 1x týdně. Ti jsou potom s léčbou úspěšnější a s recidivou umí pracovat, ví kam se obrátit. Je to právě ten okamžik, kdy vím, že práce není zbytečná a marná a sdílím s ním jeho úspěch a radost z abstinence. P sám při těchto ambulantních skupinách se svěří, že modelové situace z léčby mu napomáhají a vedou ho k dobrému zvládnutí krizových situací, kdy dříve sáhl po alkoholu. Např. řešení problému jiného pacienta ho motivuje v určitých zátěžových situacích řešit jinak než znovu požitím alkoholu. K tomu se vedou také při skupinách např. přehrávání situací psychodrama, kdy sám pacient pozná své krizové situace a své spouštěče k požití alkoholu a těmito opakovanými tréninky se naučí zvládat zátěžové situace a tím vlastně pozná možnosti řešení. Každý to má jinak a na skupinových sezeních se naučí lépe zpracovat svou situaci. Na modelu toho druhého pochopí to, co na sobě nevidí. Do těchto ambulantních skupin dochází zhruba 75% hospitalizovaných, kde také sloužím a mám radost z jejich úspěchů“.

10. Zajímá vás co je s „vaším“ pacientem delší dobu po léčbě?

„Tady záleží na pacientovi, zda-li dá o sobě vědět, po ukončení ambulantní docházky zpravidla se odmlčí, to je špatné znamení, jelikož pak se objeví na další pobyt. Sám zavolá, má požadavek na detox a následnou léčbu, či minimálně pohovor. Někteří vydrží abstinovat i déle než 8 let. U nás máme 30% úspěšnosti v léčbě, jsou to vlastně abstinující alkoholici“.

11. Jaké je vaše vzdělání?

„Jsem všeobecná sestra se středoškolským vzděláním, ale za ta léta mám spoustu výcviků v různých psychoterapeutických technikách, adiktologii jsem absolvovala ročním kurzem včetně stáží, prošla jsem v Praze týden na oddělení závislosti u Apolináře, návštěva jiných komunit a výcviků, přednášek. Mám také čtyřletý mezinárodní výcvik pro závislosti, který vedli zahraniční lektori. Další výcvik je třeba psychogymnastika, psychodrama, arteterapie, výcviky přes všechny typy psychoterapie, verbální i neverbální komunikace, atd. Jsou to zpravidla víkendové kurzy a témata. Celkem mě to baví, tak když mám trochu volno, je to zajímavé tak jedu. Samozřejmě si to musím zaplatit, i když dřív jsme to měly zaplacené.“ (Smích).

12. Máte nějakou specializaci pro práci se závislými pacienty?

„Pro práci se závislostí mám adiktologii, prevenci závislosti a různé specializované výcviky pro závislosti, to už jsem vše řekla“.

13. Umožňuje a podporuje vás zaměstnavatel v dalším odborném vzdělávání?

„Zaměstnavatel nám umožňuje každý rok výcviky a tématické přednášky pro práci na oddělení závislosti minimálně s certifikátem. Prostřednictvím staniční sestry či sama se informuji na intranetu i internetu, např. pražské výcviky vzdělávání v našem oboru. Do teď to zaměstnavatel podporoval, teď z finančních důvodů si musíme hradit veškeré tyto aktivity sami a též si vzít své volno, to znamená dovolená“.

14. Zajímá vás problém závislosti osobně a zajímáte se o aktuální problémy a novinky v léčbě závislostí?

„Jelikož se tím živím, a je to mé zaměstnání, ráda sleduji novinky pro sebe, ale hlavně pro předávání nových poznatků a zkušeností odborníků směrem ke svým pacientům. Nejvíce novinek najdu na internetu, občas něco ve zdravotnickém tisku. Inspirující je také návštěva jiné komunity. Takže mohu říci, že sama mám zájem se v tomto zdokonalovat a orientovat ve všech novinkách ohledně závislosti. Asi proto, že mi to baví“...

15. Jak na oddělení řešíte syndrom vyhoření

„Na oddělení máme 1x za měsíc pravidelnou supervizi, kam dojíždí lektorka z Prahy, která s námi rozebere případné dotazy, naše problémy s jednotlivými pacienty, eventuálně mezi personálem. Zhruba 4 hodiny je povinné se zúčastnit, dokonce i po noční

službě. Problémy, s kterými si nevíme rady, řešíme společným úsilím, sejdem se vždy celý kolektiv a tím předcházíme syndromu vyhoření. Jinak je to ztráta času, pak jdeme většinou kolektivně si posedět, abychom se konečně uvolnily a odreagovaly.

16. Máte možnost interní nebo externí supervize?

„Jo, jo, máme možnost interní i externí supervize“.

17. Přichází na vaše oddělení pacienti s motivací k léčbě?

„Někteří ano, asi 20% ale většina ne. Většinou jsou donuceni okolnostmi, manželkou, maminkou, zdravotním stavem, když chtějí nazpět získat řidičský průkaz, tak to je pro ně motivující, protože policie ŘP zadrží soudně a léčba je pak k dobru při navrácení ŘP. Ty ostatní motivujeme právě během pohovorů před nástupem na léčbu, v průběhu hospitalizace se pokoušíme najít vždy tu nejsilnější motivaci pro každého tu jeho osobní. Což je v podstatě, že to vlastně chce nejvíce k vůli sobě samému“.

18. Zhruba jaké procento pacientů je na vašem oddělení „z donucení“ nebo s nařízenou ochrannou léčbou?

„Na tomto oddělení je léčba pouze dobrovolná, ale musím říci, že z donucení okolnostmi je jich asi 80%. Během léčby se jejich postoje mohou měnit a pacient v průběhu hospitalizace získá zcela jiný náhled i názor na léčbu a skutečně si uvědomí své onemocnění a důležitost abstinovat. To je pěkné, to si pak zatleskáme i jemu. Ale je to kolikrát velmi náročné pro nás. S nařízenou ochrannou léčbou pacienty nepřijímáme, nejsme zařízení na ochranné léčby. Pouze dobrovolné“ ...

19. Dokážete v přímém kontaktu s pacientem odhadnout jestli je jeho zájem o léčbu skutečný?

„Po vyslechnutí pacienta už poznám a odhadnu jeho skutečný zájem, nesmí být ale pod vlivem alkoholu. Je třeba k tomu strážlivého pacienta, při plném vědomí“.

20. Chtěla by jste ještě něco doplnit, co se týká ošetřovatelských postupů na vašem oddělení?

„Léčba ve FN na Lochotíně trvá 7 týdnů, což je 2. nejkratší léčba v České republice. Před zahájením této léčby je detoxifikační jednotka, odkud pacient odchází na oddělení léčby zcela čistý, zklidněný, aby mohl pracovat a zúčastňovat se těchto

tématických náročných skupin plnohodnotně. Pak může řešit úkoly, které jsou mu každodenně zadávány. Jedná se o 12 kroků udržení abstinence. Pacienti průběžně zpracovávají tyto body za vedení všeobecné sestry. Vše jim vysvětlíme a poradíme. Například důvody proč pít, co mu přinese abstinence“. Na vyžádání jim také podáváme Antabus, ale to musí mít podepsaný souhlas o účincích a udělaná vyšetření interní, gastroscopické kvůli vředům, zánětu žaludku a poškození jater. Také náběry na jaterky a krevní obraz. Podává se před propuštěním tři dny po sobě šest tablet denně. Vždy dvě tablety, třikrát denně. Čtvrtý den musí vypít alkohol, který si zakoupí a následuje reakce. Antabus mu zvýší tlak, je mu nevolno a výsledkem je to, že pacient se bojí díky Antabusu napít, dochází na ambulantní kontroly, kde se mu tablety rozpustí ve vodě, vypije je pod dozorem a v podstatě ji to slouží jako berlička“

8 DISKUSE

Na základě výzkumného šetření byly zjištěny tyto skutečnosti.

Na oddělení zabývající se léčbou závislostí v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech je uplatňován dlouhodobě Skálův model trvalé a doživotní abstinence, zatímco ve Fakultní nemocnici Lochotín je aplikován model léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě.

Všeobecná sestra pracující se Skálovou metodou se účastní ranní terapeutické komunity, poté pacienti odchází na pracovní terapie, která je velmi důležitou součástí při léčbě závislosti na alkoholu, jak je zmiňováno v odborných publikacích autorů Nešpor, Skála, Vymětal, Marková, Babiaková, Venglářová. Pacienti pracují v parku nemocnice, v zahradnictví, květinářství ale i v jiných terapeutických dílnách, kde se věnují různým pracovním i výtvarným činnostem pod dohledem pracovních terapeutů. Všeobecná sestra na tomto oddělení používá tyto psychoterapeutické metody: technika racionální terapie, technika abreakce a patogenetické psychoterapie, kterou používá v průběhu individuálních pohovorů s pacientem. Dále nedirektivní psychoterapii a také se účastní s pacienty pracovní terapie. Jako primární sestra má několik pacientů, přibližně osm, se kterými pracuje individuálně, má možnost s nimi mluvit o jejich problémech, edukativně je vést. Všímá si jejich změn v chování, změn v celkovém projevu pacienta, o všem vede zápisy do zdravotnické dokumentace. Někteří pacienti potřebují důrazněji edukovat a vícekrát opakovat nutnost doživotní abstinence a zdravého životního stylu. Zde se mi potvrdilo, že nadužívání alkoholu má vliv na psychiku a vnímání a dochází k psychickým změnám, jak píše Ondriášová, 2005. Sestra sama navrhuje možné intervence směrem k pacientovi, které vedou k dosažení cíle a tím k úspěšnosti režimové léčby.

Všeobecná sestra na oddělení s metodou léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými technikami v režimové léčbě začíná svoji práci při příjmu pacienta celkovým vyšetřením krve a moči na toxikologii, které se dělají též po propustce. Také náběry toxikologie a zkouška na ethyl-glucuronide, což je zjištění užití alkoholu až 5 dní zpět. Každodenní program s pacienty začíná ranním autogenním relaxačním tréninkem, kdy jde především o nácvik celkového zklidnění, uvolnění a navození pocitu tepla a stavu příjemné relaxace u pacientů. Všeobecná sestra je přítomna dopolední terapeutické komunity s lékařem. Terapeutická komunita slouží především ke sdělování toho, co aktuálně pacienti potřebují, informací o zdravotním stavu a sdělování organizačních

záležitostí. Sama sestra vede večerní skupinu pacientů, která slouží k nácviu nových dovedností a probírání konkrétních témat. Na večerní skupině má sestra prostor s pacienty provádět různé psychoterapeutické techniky, které vedou především k uvědomění si sama sebe, ke správnému pojmenování si svých pocitů, prožívání a naučit se přijímat kritiku od druhých. Na těchto večerních skupinách je práce sestry velmi intenzivní. (viz příloha 4) Při práci s pacientem na tomto oddělení používají sestry tyto psychoterapeutické metody: autogenní relaxační trénink, skupinová terapie, nedirektivní psychoterapeutický přístup, psychohry, muzikoterapie, psychogymnastika, arteterapie, technika abreakce, individuální psychoterapie, technika patogenetické psychoterapie a psychodrama. Pokud je pacient přijat na oddělení do Fakultní nemocnice v Plzni do léčby v akutní fázi, je zařazen na detoxifikační jednotku, kde se musí úplně zbavit zbytkového alkoholu. U problémovějších pacientů je třeba vyčkat do úplného odeznění abstinčních příznaků. Během pobytu si pacient může připravit písemně zakázku, manuál zvaný „dvanáct kroků udržení abstinence“, s kterým mu všeobecná sestra poradí a vysvětlí. Tento manuál vypracuje po celkovém zklidnění, v průběhu náročné psychoterapeutické léčby. Pacient by měl popsat, proč se rozhodl k léčbě a jaká je jeho motivace. (viz příloha 5) Během pobytu na detoxifikační jednotce je sestra v úzkém kontaktu s pacientem, mluví s ním o jeho pocitech a prožívání.

V Psychiatrické nemocnici detoxifikační jednotka není zřízena.

Dalším důležitým rozdílem je možnost využití léku Antabus, který může být podáván na vyžádání pacienta a po provedení Antabusové reakce. Před zahájením této reakce musí být pacientovi provedena potřebná interní vyšetření - gastrokopické, kardiologické, jaterní testy a musí podepsat písemný Informovaný souhlas o účincích Antabusu. (viz příloha 6) Antabus se užívá vždy 2 tablety 3x denně po dobu 3 dnů pod dohledem sestry. Po vypití malého množství alkoholu následuje reakce nevolností, zvracením a velmi nepříjemným stavem. Mnohdy má pacient zvýšený tlak, sleduje se puls, dech a to vždy po 15 minutách, kdy se provádí podrobný zápis vitálních funkcí. Pacient sdělí prožívání svých stavů, tím si reakci i své pocity uvědomí. Popisuje Skála 1987, ve své odborné literatuře. Tuto farmakologickou léčbu mohou pacienti absolvovat také po ukončení léčby v příslušné ambulanci.

V Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, přesto že je aplikován model Skálovy metody, který Antabus do léčby zavedl, se nepodává.

Pacienti, kteří ukončí léčbu v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, nemají možnost pravidelného kontaktu s oddělením v rámci doléčovacích skupin. Pacienti pouze obdrží kontakty na doléčovací skupiny v místě jejich bydliště, musí s nimi sami navázat kontakt. Většina pacientů, kteří nemocnici opouští, tento kontakt podcení, zrecidivují a v lepším případě se vrací zpět do léčby.

Na oddělení s použitím modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě funguje ambulantní doléčovací skupina každý týden, pacient by měl na ní docházet nejméně po dobu jednoho roku. Na těchto skupinách jsou všeobecné sestry přítomny a je to pro ně jediná zpětná vazba, kdy se dozví, jak na tom "jejich" pacient je a jak si v životě vede. Jsou pacienti, kteří chodí i po dobu tří let, mohou na nich řešit své aktuální problémy. Pacienti, kteří na doléčovací skupiny dochází, jsou rozhodně úspěšnější, umí pracovat s recidivou. Souhlasím s potřebou a nutností účastnit se doléčovacích skupin stejně, jako popisuje Nešpor, 2007 v odborné literatuře. Do těchto skupin dochází asi 75% pacientů po léčbě, většina z nich jsou abstinující alkoholici, kteří nikdy nezvládnou kontrolovaně pít. Pacient na doléčovací ambulantní skupinu se vrací vždy za stejnými sestrami, které již znají nejen jeho problém ale i životní cíl. Znají povahy svých pacientů, a proto si myslím, že daleko snáze takový pacient přijde na tuto skupinu a jak jsem mohla zjistit od mé respondentky, tak pacienti chodí rádi.

Zatímco sestry s použitím Skálový metody v Dobřanech jsou na oddělení přiděleny v rámci celé nemocnice, ve Fakultní nemocnici Lochotín si sestra práci sama vybere, většinou se o léčbu závislostí a závislosti na alkoholu již předem zajímá. Vzdělání sester v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech je většinou střední zdravotnická škola. Některé všeobecné sestry absolvovaly dvouleté pomaturitní specializační studium v úseku práce Ošetrovatelská péče v psychiatrii v Brně. Zaměstnavatel sestrám neumožňuje specializované vzdělávání v léčbě závislostí, sami mají možnost účastnit se různých seminářů, většinu novinek a informací z dané oblasti čerpají z internetu.

Všeobecné sestry, které pracují s modelem léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě, mají většinou středoškolské vzdělání, některé i vysokoškolské. Všechny sestry mají certifikáty z různých psychoterapeutických výcviků, seminářů a přednášek na téma závislostí. Mohou absolvovat různé výcviky psychoterapeutických technik a dovedností, mají možnost navštívit i jiné komunity, které

jsou zaměřeny na léčbu závislostí. Všeobecná sestra, se kterou jsem na tomto oddělení vedla rozhovor má i čtyřletý mezinárodní výcvik v léčbě závislostí, jež vedli zahraniční lektoři. Zaměstnavatel umožňuje každý rok výcviky a přednášky na toto téma po pracovní době, avšak sestry si je hradí sami.

Na oddělení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, kde je aplikován Skálův model léčby, neprobíhá externí supervize, sestry většinou řeší problémy pacientů mezi sebou nebo se mohou obrátit na lékaře oddělení. Díky tomu poměrně často u všeobecných sester dochází k syndromu vyhoření. Sestry na tomto oddělení se cítí často vyčerpané a unavené, vyřeší to dovolenou nebo zažádají o překlad na jiné oddělení.

Sestry na oddělení s aplikací modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě mají možnost využití pravidelné externí supervize, která je povinná, koná se pravidelně každý měsíc, trvá čtyři hodiny a přijíždí na ni lektorka z jiného, stejně zaměřeného zařízení. Všeobecné sestry tak mají dostatek času probrat se supervizorem případy z oddělení. Jinak samozřejmě probíhá mezi sestrami i interní supervize, která se většinou týká problému konkrétního pacienta.

Na oddělení s použitím modelu léčby závislostí komunikací a psychoterapeutickými metodami v režimové léčbě jsou přijímáni pacienti pouze dobrovolně, a tak předpoklad k motivaci je značný. V režimové léčbě jde především o vybudování si důvěry k pacientovi a naopak, personál je vychováván k volnějším přístupům k pacientovi, který je zaměřen na individuální a citlivý přístup. Rozhodně se ztotožňuji a osvědčuje se názor MUDr. Nešpora, který uvádím v teoretické části, že léčba by měla být ušita pacientovi „na míru“, měl by mít možnost výběru a měl by být kladen větší důraz na individuální práci a pacientem. Léčba na tomto oddělení trvá sedm týdnů, což má respondentka uvádí, že je druhá nejkratší doba v České republice. V tomto tvrzení se rozcházíme, zjistila jsem, že nejkratší léčbu, kterou je možno u nás absolvovat je v Praze Malešicích, soukromé zařízení Dům Moniky Plocové, v délce 33 dnů. (www.monikaplocova.cz) O léčbu tohoto typu s metodou léčby komunikací a psychoterapeutickými technikami ve Fakultní nemocnici v Plzni, je velký zájem. Pacienti za tuto dobu musí sami na sobě zvládnout hodně práce. Výsledkem této metody léčby není doživotní abstinence, ale odstranění závislosti, naučení se zvládat stres a zátěž bez alkoholu. Pokud je pacient dostatečně motivován, dosáhne obrovského posunu v životě. Metoda je založena především na komunikaci a na intenzivním celodenním kontaktu sestry

s pacientem. Zhruba 20% pacientů přichází se svou vlastní motivací, zbytek přichází z „donucení“, z důvodu svého zdravotního stavu, tlaku partnerky, která hrozí rozpadem rodiny nebo z důvodu odebrání řidičského průkazu. Může se stát, že během léčby pacient získá zdravý náhled a pochopí svoji situaci, uvědomí si své onemocnění a důležitost doživotní abstinence. Kapacita oddělení je 12 lůžek.

Na oddělení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, s použitím Skálovy metody je pacientů několik desítek a jejich počet se často mění, průměrně kolem 50 pacientů. Jsou zde pacienti na dobrovolné léčbě, kde je základní doba léčení tři měsíce, dále pacienti na ochranné léčbě nařízené soudem, která je výrazně delší a při každém porušení se jejich doba prodlužuje. Větší část pacientů tvoří opakované pobyty při recidivě. To vše úzce souvisí s motivací pacientů k léčbě, pokud má pacient léčbu nařízenou nebo se nechá hospitalizovat, jelikož nemá kam jít, je jeho motivace k léčbě zanedbatelná. Práce na tomto oddělení je velmi náročná, sestra musí sladit komunikaci s diplomacií a psychoterapeutickým přístupem, nepodcenit žádné slovo jak své, tak ani pacientovo a ani jejich neverbální projevy. To vše může ovlivnit nejen prožívání pacienta, ale i chování a jeho reakce. Bez své dávky alkoholu jsou často nevyzpytatelní a slovně agresivní. Jak udržovat kontakt s pacientem při komunikaci a bezpečnou vzdálenost uvádí ve své publikaci Hosáková 2007. Často se pacient během léčby dá psychicky a fyzicky do pořádku, ale po jejím absolvování odchází s vědomím, že po propuštění v pití bude pokračovat. Sestry dohlíží na každodenní návyky pacientů, které zpravidla chybí. Snaží se jim vštípit pravidelný režim především, co se týká hygieny a stravování. Kontroluje a dohlíží na schopnost pacienta zvládat základní všední činnosti, dohlíží na účast v pravidelných programech. Sestra pacienty edukuje a motivuje k dodržování denního režimu v průběhu celé hospitalizace. Stejný poznatek jsem získala z bakalářské práce Radmily Hofbauerové, která se ve své práci zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Primární sestra má na starosti zhruba šest až osm pacientů, se kterými provádí motivační individuální pohovory, které se uskutečňují 1x za 14 dnů. Během léčby se sestra snaží, aby pacienti získali zdravý náhled a pochopili svoji situaci, uvědomili si své onemocnění a důležitost abstinence. Jak užívání alkoholu ovlivní vztahy a rodinu také popisuje Vágnerová, 1999 a Čerňanová, 2011.

Všeobecné sestry také provádí kontroly na přítomnost alkoholu, takzvaný Altest. Provádí se po návratu pacienta z vycházky nebo z dovolenky. K namátkové kontrole sestra

může vyzvat pacienta kdykoliv během dne. V léčbě závislostí při použití Skálova modelu je pacient součástí bodového systému, kterým je veden k práci na sobě, k získání náhledu a kladného přístupu dodržování abstinence. Pacient je za každou činnost bodově ohodnocen, získává kladné nebo minusové body. Bodovací systém popisuje ve svých odborných knihách Skála 1987, 1988, který tento systém zavedl již v padesátých letech.

Tento bodovací systém v léčbě závislostí komunikací a s využitím psychoterapeutických technik ve Fakultní nemocnici na Lochotíně není uplatňován.

Při použití obou modelů léčby závislosti na alkoholu se respondentky shodly, že po provedení několika úvodních rozhovorů s pacienty při nástupu na léčbu, jsou sestry schopny odhadnout, jak dalece je k léčbě pacient motivován.

9 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Odlišnosti ošetrovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu se ukázaly rozdíly v ošetrovatelské péči, které spočívají zejména v rozdílném používání psychoterapeutických metod v závislosti na odborném vzdělání jednotlivých sester. Rozdíl je i v možnosti využití pravidelné externí supervize, možnosti odabstínovat na detoxifikační jednotce, možnost využití doléčovacích skupin, aplikace Antabusu během léčby a po jejím ukončení. Rozdílná délka léčby ukazuje, že sedmítýdenní léčba je mnohem intenzivnější vzhledem k přímému kontaktu sestry s pacientem s využitím široké škály psychoterapeutických technik. Nezanedbatelný rozdíl je také v motivaci pacientů již při samotném příjmu na oddělení v souvislosti s dobrovolnou nebo soudní ochrannou léčbou.

Individuální přístup k pacientovi je v moderním ošetrovatelství již standardně používaným přístupem. U pacientů s alkoholovou závislostí je potřeba jeho použití snad ještě výraznější. Individuální přístup je umocňován nejen aplikací dvou metod léčby, ale i užitím různých psychoterapeutických technik, od kterých se zcela logicky odvíjí i rozdílnost aplikované ošetrovatelské péče. Odlišnosti ošetrovatelské péče při rozdílných metodách léčby jsou značné a vycházejí nejenom z rozdílných metod léčby, ale i z rozdílného vzdělání a kvalifikace sester. V neposlední řadě pak přímá spolupráce a možnost samostatně vést denní programy díky vzdělání sester s uplatněním psychoterapeutických technik. Myslím, že právě s pacienty, kteří mají nulovou motivaci by všeobecné sestry měly mít více odborných znalostí, aby dokázaly rozvinout správnou motivaci k léčbě vždy s jednotlivým pacientem.

Jsem přesvědčena, že hlavní cíl i všechny tři dílčí cíle mé práce jsou jasně pojmenovány, metoda polostrukturovaného rozhovoru byla použita vhodně a z interpretace odpovědí bylo dosaženo cíle práce v plném rozsahu.

Výsledky kvalitativního výzkumného šetření by mohly sloužit jako podklad pro vytvoření standardního postupu ošetrovatelské péče o pacienty závislé na alkoholu. Zároveň může být návodem k celkovému zkvalitnění péče i podnětem k řešení problémových oblastí v péči o tyto pacienty. Cílem moderního ošetrovatelství je dosažení vysoké kvality poskytované péče a jedním z bodů je právě odborný, kvalifikovaný, terapeutický a individuální přístup všeobecných sester k pacientovi, správně zvolená edukace a následná motivace každého pacienta s možností individuálního přístupu a

zvolených psychoterapeutických technik ošetrovatelské péče. Z tohoto závěru vyplývá nutnost umožnění a uplatnění dalšího odborného vzdělávání sester v problematice léčby závislých pacientů na alkoholu.

Na závěr bych chtěla zmínit, že se velmi málo píše o této problematice i ošetrovatelské péči o pacienty závislých na alkoholu, přesto, že každý rok průměrná spotřeba alkoholu na jedince stoupá. Je to velmi málo prozkoumaná oblast a z pohledu ošetrovatelství může být tato práce podnětem a odrazovým můstkem pro zkoumání v oboru ošetrovatelské péče s psychoterapeutickým přístupem.

LITERATURA A PRAMENY

1. Autogenní trénink: cesty k vyrovnanosti a uvolnění. České vyd. 1. Praha : Svojtka & Co., 2008. ISBN: 978-80-7352-818-8.
2. BABOR, Thomas — HIGGINS-BIDDLE, John C. — SOVINOVÁ, Hana (ed.) — CSÉMY, Ladislav (ed.). Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: manuál pro použití v primární péči. 2., upr. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2010. ISBN: 978-80-7071-316-7.
3. BAKALÁŘ, Eduard. Nové psychohry: společenské hry pro všestranný rozvoj osobnosti. Vyd. 1. Praha : Portál, 1998. ISBN: 80-7178-235-1.
4. BEER, M. Dominic — PEREIRA, Stephen M. — PATON, Carol. Intenzivní péče v psychiatrii. Vyd. 1. Praha : Grada, 2005. ISBN: 80-247-0363-7.
5. ČECHOVÁ, Věra — ROZSYPALOVÁ, Marie — MELLANOVÁ, Alena. Speciální psychologie. 2. vyd., upravené. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN: 80-7013-243-4.
6. ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. Ošetrovanie chorých s psychiatrickými problémami na somatických oddeleniach. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-354-7.
7. JOYCE, Phil — SILLS, Charlotte. Základní dovednosti v gestalt psychoterapii. Vyd. 1. Praha : Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-771-8.
8. HARTL, Pavel — HARTLOVÁ, Helena. Velký psychologický slovník. Vyd. 4., v Portálu 1. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-686-5.
9. HELLER, Jiří (ed.) — PECINOVSKÁ, Olga (ed.). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Vyd. 1. Praha : Togga, 2011. ISBN: 978-80-87258-62-0.
10. HOFBAUEROVÁ, Radmila. Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně na protialkoholním oddělení. Zlín. 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Eva WINKLEROVÁ.

11. HOSÁKOVÁ, Jiřina. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Vyd. 1. Opava : Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. ISBN: 978-80-7248-442-3.
12. HÝŽA, Martin, HANUŠKOVÁ, Vlasta, HOSÁK Ladislav, 2007. Akutní stavy v psychiatrii. In: HOSÁKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, s. 139-146. ISBN 978-80-7248-442-3.
13. MARKOVÁ, Eva — VENGLÁŘOVÁ, Martina — BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, c2006. ISBN: 80-247-1151-6.
14. MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN: 80-85850-24-9.
15. MELLANOVÁ, Alena — ČECHOVÁ, Věra — ROZSYPALOVÁ, Marie. Speciální psychologie. 5. přeprac. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN: 978-80-7013-559-4.
16. NEŠPOR, Karel. Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat. Praha : Sportpropag, 1996.
17. NEŠPOR, Karel — CSÉMY, Ladislav. Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. ISBN: 80-85121-52-2.
18. NEŠPOR, Karel — CSÉMY, Ladislav. Bažení (craving): společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha : Sportprag, 1999.
19. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN: 80-7178-831-7.
20. NEŠPOR, Karel. Kognitivní deficity způsobené užíváním alkoholu. In: *Neuropsychologie v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 2006, s. 147-151. ISBN: 80-247-1460-4.
21. NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Vyd. 1. Brno : Host, 2006. ISBN: 80-7294-206-9.

22. KOZIER, Barbara — ERB, Glenora Lea — OLIVIERI, Rita. Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. ISBN: 80-217-0528-0.
23. PROFOUS, Jiří. Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů. 1. vyd. Praha : Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-820-9.
24. SKÁLA, Jaroslav. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha : Avicenum, 1987.
25. SKÁLA, Jaroslav. --až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách: (zneužívání a závislost). 4. vyd. Praha : Avicenum, 1988.
26. SKÁLA, Jaroslav. Alkohol a vy. 3. přeprac. vyd. Praha : Ústav zdravotní výchovy, 1988.
27. SKÁLA, Jaroslav. Lékařův maraton: ber a dávej. Praha : Český spisovatel, 1998. ISBN: 80-202-0663-9.
28. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha : Portál, 1999. ISBN: 80-7178-214-9.
29. VOJÁČEK, Karel. Autogenní trénink. Praha : Avicenum, 1988.
30. VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0253-3.

Seznam elektronických zdrojů:

1. <http://alkohol-alkoholismus.cz/pateb-s-r-o-psychiatricka-lecebna/pateb-s-r-o-pl-terapeuticke-metody>
2. <http://www.monikaplocova.cz/zakladni-faktory-a-metody-lecby>
3. http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/psychoterapie_v_praci_sestry
4. http://www.at-konference.cz/data/document/20120605/Symposium_Lundbeck_-_Jak_vlastne_lecime_zavislost_na_alkoholu.ppt?id=686

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2 - Hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování

Příloha 3 - Tabulky k nácviku kontrolovaného pití

Příloha 4 – Denní program pacientů na protialkoholním oddělení

Příloha 5 – Dvanáct kroků anonymních alkoholiků

Příloha 6 – Informovaný souhlas pacienta o účincích Antabusu

Příloha 7 – Povolení sběru informací ve Fakultní nemocnici Plzeň

Příloha 8 – Žádost o poskytnutí informací v Psychiatrické nemocnici Dobřany

PŘÍLOHA 1 OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

1. Proč jste se rozhodla pracovat ve zdravotnictví?
2. Proč právě na oddělení léčby závislostí?
3. S jakou metodou na vašem oddělení pracujete, myslíte si, že je správná?
4. Ztotožňujete se s metodou léčby na vašem oddělení?
5. Je práce sestry na oddělení závislostí náročnější než jinde, v čem je specifická?
6. Jaký počet pacientů máte osobně na starost?
7. Vyhledáváte sama přímý kontakt s pacientem a máte možnost se mu věnovat individuálně?
8. Jakých denních programů s pacienty se zúčastňujete?
9. Je pro vás důležitá zpětná vazba pacienta po ukončení léčby?
10. Zajímá vás co je s „vaším“ pacientem delší dobu po léčbě?
11. Jaké je vaše vzdělání?
12. Máte nějakou specializaci pro práci se závislými pacienty?
13. Umožňuje a podporuje vás zaměstnavatel v dalším odborném vzdělávání?
14. Zajímá vás problém závislostí osobně a zajímáte se o aktuální problémy a novinky v léčbě závislostí?
15. Jak na oddělení řešíte syndrom vyhoření?
16. Máte možnost interní nebo externí supervize?
17. Přichází na vaše oddělení pacienti s motivací k léčbě?
18. Jaké procento pacientů je přibližně na vašem oddělení „z donucení“ nebo s nařízenou ústavní léčbou?
19. Dokážete v přímém kontaktu s pacientem odhadnout jestli jeho zájem o léčbu je skutečný?
20. Chtěla by jste ještě doplnit něco specifického k ošetrovatelské péči na vašem oddělení?

PŘÍLOHA 2 HLADINA ALKOHOLU V KRVI, ZMĚNY POCITŮ A ZMĚNY CHOVÁNÍ

Hladina alkoholu	Pocity	Chování
0,4 ‰	pocit uvolnění	vyšší riziko úrazů
0,6 ‰	změny nálady	zhoršený úsudek, zhoršená schopnost rozhodování
0,8 ‰	pocity tepla euforie	oslabení zábran, zhoršené sebeovládání, zhoršen postřeh roste riziko úrazů
1,2 ‰	vzrušení emotivnost	povídavost, roste riziko ukvapeného, impulzivního jednání
1,5 ‰	zpomalenost a otupělost	setřelá řeč, někdy sklon k násilnému chování
2,0 ‰	výrazná opilost	obtížná řeč, dvojité vidění, poruchy paměti, případně spánek
3,0 ‰	možnost bezvědomí	nereaguje na zevní podněty, ohrožen vdechnutím zvratků
4,0 ‰ a více	hluboké bezvědomí	riziko zástavy dechového centra, v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení.

Zdroj: NEŠPOR, Karel. Jak překonat problémy s alkoholem: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat. Praha : Sportprag, 1999.

PŘÍLOHA 3 TABULKY K NÁCVIKU KONTROLOVANÉHO PITÍ

Pití do hladiny 0,5 ‰ alkoholu v krvi.

Čísla uvádějí jednotky alkoholu, které je možné zkonsumovat za celou dobu pití. Jednotkou alkoholu je u nás půl litr 12° piva, 1,5 "deci" vína nebo 0,5 "deci" destilátu.

	1. hodina	2. hodina	3. hodina	4. hodina	5. hodina
Muž 57-69 kg	1	1,5	2	2,25	2,5
Muž 70-82 kg	1,25	2	2,5	2,75	3
Muž nad 82 kg	1,5	2,25	2,75	2,75	3
Žena pod 56 kg	0,75	1	1,25	1,5	1,75
Žena 57-69 kg	1	1,25	1,75	2	2,25
Žena nad 70 kg	1,25	1,5	2	2,5	2,75

Pití do hladiny 0,8 ‰ alkoholu v krvi.

Čísla uvádějí jednotky alkoholu, které je možné zkonsumovat za celou dobu pití. Jednotkou alkoholu je u nás půl litr 12° piva, 1,5 "deci" vína nebo 0,5 "deci" destilátu.

	1. hodina	2. hodina	3. hodina	4. hodina	5. hodina
Muž 57-69 kg	1,75	2	2,5	2,75	3,25
Muž 70-82 kg	2	2,5	3	3,25	3,75
Muž nad 82 kg	2,5	3	3,5	3,75	4
Žena pod 56 kg	1,25	1,5	1,75	1,75	2
Žena 57-69 kg	1,5	1,75	2,25	2,25	2,75
Žena nad 70 kg	1,75	2,25	2,75	2,75	3

Zdroj: NEŠPOR, Karel. Jak překonat problémy s alkoholem: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat. Praha : Sportprag, 1999.

PŘÍLOHA 4 REŽIM ODDĚLENÍ

REŽIM ODDĚLENÍ

07:00	Budíček
07:30	Autogenní trénink
08:00	Snídaně
09:10	Komunita
09:40	Rozcvička
10:15	Skupina
12:00	Oběd
15:00 17:00	Vycházky
18:00	Večeře
18:30	Skupina
22:00	Večerka

PŘÍLOHA 5 PREAMBULE ANONYMNÍCH ALKOHOLIKŮ A DVANÁCT KROKŮ ANONYMNÍCH ALKOHOLIKŮ

Preambule Anonymních alkoholiků

Anonymní Alkoholici je společenství žen a mužů, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholizmu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politickou organizací, či jakoukoli jinou institucí. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům dosahovat střízlivosti.

Dvanáct Kroků Anonymních Alkoholiků

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak Ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to hodláme nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohoťově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili, a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

PŘÍLOHA 6 INFORMOVANÝ SOUHLAS LÉČBA ANTABUSEM



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
aleš Svobody 60, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669606 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

LÉČBA ANTABUSEM, ALKOHOL-ANTABUSOVÁ REAKCE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liš-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

byla Vám nabídnuta léčba Antabusem (disulfiram). Pro její zahájení je nezbytné provedení řady vyšetření a následně po nasazení léku Alkohol-Antabusová reakce (dále AAr). K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Přínos terapie a AAr

Antabus se užívá k podpůrné léčbě závislosti na alkoholu. Pokud byste při léčbě Antabusem požil alkohol, dojde u Vás pravděpodobně k navození řady nepříjemných fyzických reakcí. Jejich smyslem je pacienta od dalšího požívání alkoholu odradit. Antabus Vám v budoucnu poskytne čas rozhodnout se, zda opravdu chcete alkohol pít nebo ne. AAr slouží k ověření míry reakce, která musí být dostatečná, ale zároveň bezpečná. Proto bude provedena za hospitalizace, jinak Vám nemůžeme Antabus dále doporučit. Pro informace o dalších možnostech léčby se obraťte na Vašeho ošetřujícího lékaře.

Příprava Alkohol-Antabusové reakce (AAr)

Před nasazením Antabusu je třeba řady vyšetření, aby lék pro Vás byl minimálním rizikem. Internista (odborník pro choroby vnitřní) zhodnotí nedávné laboratorní nálezy, RTG (rentgen srdce a plic), EKG (elektrokardiogram), EGDS (gastroskopie) a rozhodne, zda můžete brát Antabus a podstoupit AAr. Před opuštěním nemocnice je nezbytné ověřit efekt a bezpečnost léku – musíte podstoupit alkohol-antabusovou reakci (AAr).

Provedení AAr

Dříve, než začnete užívat disulfiram (Antabus), je třeba Vás zevrubně vyšetřit, musíte být prost/a alkoholu a tzv. syndromu z odnětí (abstinenčního stavu) min. 24h před AAr. Léčení Antabusem se zahajuje v nemocnici. Přesné dávkování a délku léčby určí lékař. Obvyklé dávkování pro dospělé (včetně starších pacientů): první 3 dny se podávají 3 šumivé tablety (1200 mg) v jedné dávce, pak (4. den) následuje AAr. Během AAr můžete pociťovat nevolnost, zvracení, zrychlení tepu, pokles tlaku krve. Váš zdravotní stav bude bedlivě sledován, bude měřen krevní tlak, zažhamenáván tep, sledovány změny pokožky, dechu a celkový zdravotní stav. O celé AAr bude vyhotoven záznamový protokol. Můžete požádat Vašeho lékaře o nahlédnutí.

Léčba Antabusem

Léčba Antabusem je možná pouze souběžně s doléčováním (ambulantní skupiny, ambulantní kontroly) a abstinencí od psychoaktivních návykových látek.

Užívá se udržovací dávka 1-2 tablety (400-800 mg) 2x týdně (např. pondělí a čtvrtek, úterý a pátek) podle Vašeho stavu a podle domluvy s lékařem. Léky jsou nadále vydávány v ordinaci Vašeho ošetřujícího lékaře (praktický lékař, psychiatr apod.). O vydání a požití se provede záznam v průkazu o léčbě Antabusem. Tento, prosím, uschovejte u sebe. Obvyklá doporučovaná délka podávání je alespoň 1 rok. Délka podávání ve Vašem případě bude individuálně stanovena, je vhodné se o ní pravidelně poradit s ošetřujícím lékařem.

Nežádoucí účinky

Na počátku léčby můžete cítit ospalost a únavu. V tomto případě je nutné, abyste neprováděli činnosti vyžadující zvýšenou pozornost a náležitou koncentraci (např. práce ve výškách, obsluha rotačních strojů, řízení motorových vozidel). V případě výskytu uvedených nežádoucích účinků nebo jiných neobvyklých

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikováni a šířeni žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
ul. Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00869306 tel.: 377 491 111, 377 103 111

reakci informujte ošetřujícího lékaře. Během prvních dnů nebo týdnů léčby se může vyskytnout ospalost a únava, které s pokračující léčbou ustupují. Dále se může objevit nevolnost, zvracení, nepříjemný zápach z úst a kovová chuť v ústech, snížená sexuální touha. Méně častý je výskyt svědění a zarudnutí kůže. Vzácně se vyskytují poruchy nálady nebo myšlení, slabost svalů rukou a nohou, jaterní poruchy, poruchy zraku, onemocnění mozku.

Pacient/ka:

Rodné číslo:

Interakce

Antabus potlačuje odbourávání jiných léčiv. Jde o warfarin (snižuje srážlivost krve), fenytoin (užívá se k léčbě epilepsie), chlordiasepoxid a diazepam (k uvolnění svalů a potlačení neklidu a úzkosti). Proto může dojít ke zvýšení jejich hladin v krvi a jejich nežádoucích účinků. Antabus zvyšuje nežádoucí účinky izoniazidu a metronidazolu (léky užívané k léčbě infekčních onemocnění) v oblasti nervového systému. Jejich současné užívání je možné pouze ve zcela odůvodněných případech a pouze pod pečlivým lékařským dohledem. Protialkoholická reakce Antabusu může být vyvolána i některými potravinami a tekutými formami léčiv, které obsahují větší množství alkoholu. Opatrnost je také nezbytná u nápojů s nízkým obsahem alkoholu označených jako "nealkoholické" či "bezalkoholové", mohou také vyvolat nepříjemnou reakci.

Zvláštní upozornění

Antabus byste neměl/a užít pokud se Vám dříve objevila vyrážka nebo došlo k jiné alergické reakci na některou ze složek Antabusu, pokud trpíte závažnou srdeční nedostatečností, lékovou závislostí nebo poruchou myšlení. Antabus se nesmí užívat v době těhotenství a kojení.

Chování před a po výkonu (AAR), možná omezení

Antabus je bezpečný lék. Tak jako při nasazení každého nového léku i nyní bude Váš zdravotní stav pečlivě sledován, proto je vhodné, abyste setrval na oddělení bez vycházek. Po AAR setrvejte alespoň hodinu na lůžku. Pokud to Váš zdravotní stav umožní, můžete být hospitalizace ukončena následující den.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte).

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
stej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00699806 tel.: 377 491 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka je rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpisV Plzni dne: v hodin
podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce

Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:**Způsob projevu vůle (souhlasu):**

- kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpisSvědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

PŘÍLOHA 7 POVOLENÍ SBĚRU INFORMACÍ VE FN PLZEŇ



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Adriana Zábranová
Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a
porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji povolení ke sběru dat pomocí dotazníku / rozhovoru se zdravotnickými pracovníky Psychiatrické kliniky FN Plzeň - a to v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Odlíšnosti ošetrovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu*“.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských / výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní sestra PK FN Plzeň souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete Vaše šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Informace k Vaší bakalářské práci budete získávat pod přímým vedením všeobecné sestry Mileny Langerové, staniční sestry PK FN Plzeň.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK / OC FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků rozhovor absolvovat / dotazník vyplnit, pokud by tyto aktivity narušovaly plnění pracovních povinností zdravotnických pracovníků či pokud by vyplnění dotazníku narušovalo jejich soukromí. Spolupráce respondentů je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

11. 7. 2013

PŘÍLOHA 8 ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce Psychiatrická nemocnice Dobřany

Jméno a příjmení studenta: Adriana Zábranová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Katedra ošetrovatelství, ročník VŠS 2

Název bakalářské práce: Odlišnosti ošetrovatelské péče při využití
rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu

Vedoucí bakalářské: Mgr. Kubešová Simona

Kontakt na vedoucího práce : 777 893 133, email: simona.kubesova@seznam.cz

Akademický rok: 2013/2014

Jsem zaměstnancem: Psychiatrické nemocnice v Dobřanech

Pracoviště: Léčba závislostí, odd. 25

Pracovní pozice: PZP

Metoda empirické části: dotazník / rozhovor k šetření

Pro sběr informací pomocí dotazníku, oslovím:

Zdravotnické pracovníky PN v Dobřanech, všeobecné sestry.

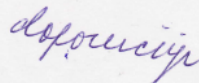
Cíl mé bakalářské práce: Zmapovat odlišnosti ošetrovatelského procesu při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu a zhodnotit výhody a nevýhody v konkrétních přístupech.

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti, studentka presenční formy studia VŠS,
Adriana Zábranová, tel. 733 772 053, email: adriana_zabranova@centrum.cz

MUDr. Vladislav Žižka
ředitel PN



Bc. Hana Benediktová
hlavní sestra PN



V Dobřanech dne: 17.7.2013

Okruhy pro stanovení hypotéz a sestavení dotazníků.

Téma BP: Odlišnosti ošetrovatelské péče při využití rozdílných metod léčby závislosti na alkoholu

1. Doc. MUDr. Jaroslav Skála CSc.

2. Režimová léčba, tzv. „kontrolované pití“

- 1/ Specifikace ošetrovatelské péče na pracovišti s léčbou alkoholiků.
- 2/ Denní rozpis programu na tomto oddělení.
- 3/ Na kterých z těchto programů se aktivně účastní sestra?
- 4/ Má sestra pracující s alkohol. pacienty nějaké předepsané odborné vzdělání orientované na závislosti? Nebo speciální či psychoterapeutický výcvik?
- 5/ Ztotožňují se sestry se Skálovým režimem léčby v práci s alkoholiky, který je v Dobřanech prováděn nebo mají jiný názor?
- 6/ Naplňuje sestru tato práce, vidí pozitivní výsledky nebo spíše po určité době dochází k syndromu vyhoření?
- 7/ Má personál oddělení nějakou zpětnou vazbu po ukončení léčby, tzn. jestli se časem dozví, že pacient po propuštění dlouhodobě abstínuje?
- 8/ Pracuje sestra se všemi hospitalizovanými nebo má na starosti určitý počet konkrétních pacientů?
- 9/ Jak může sestra pacientovi osobně pomoci při léčbě, může mít i individuální pohovory s jednotlivými pacienty?
- 10/ Jsou striktně daná pravidla, co sestra může a co ne nebo se osobní iniciativě meze nekladou?
- 11/ Je kapacita oddělení naplňována nebo je o dobrovolnou léčbu menší zájem?
- 12/ Jaká je průměrná doba léčby (ústavní)?