

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3 . LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Romana Černá

**Ošetřovatelská péče o pacienta s alkoholismem na
adiktologickém oddělení**

*Nursing care of a patient with alcoholism in the
addictology department*

Bakalářská práce

Prosinec 2019

Autor práce: Romana Černá

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Martina Pavlíčková,**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika adiktologie, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 1.LFUK**

Odborný konzultant: **MUDr. Michaela Phalan, Psychiatrická nemocnice Bohnice**

Předpokládaný termín obhajoby: Zář 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

20.8.2020

Černá Romana

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Pavlíčkové za její odborný dohled a pomoc při psaní bakalářské práce, MUDr. Michele Phalan a všem svým kolegům, kteří mě ve studiu podporovali.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
1.1 EPIDEMIOLOGIE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	8
1.2 DEFINICE ZÁVISLOSTI	8
1.2.1 SYNDROM ZÁVISLOSTI.....	8
1.2.2 <i>Typologie závislosti</i>	9
1.3 DRUHY INTOXIKACE.....	10
1.3.1 <i>Akutní intoxikace</i>	10
1.3.2 <i>Patologická intoxikace alkoholem</i>	10
1.3.3 <i>Škodlivé užívání alkoholu</i>	11
1.4 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	11
1.4.1 <i>Faktory vzniku závislosti</i>	11
1.4.2 <i>Psychologické faktory</i>	11
1.4.3 <i>Rodinné faktory</i>	12
1.4.4 <i>Genetické faktory</i>	13
1.5 SYMPTOMATOLOGIE ZÁVISLOSTI.....	13
1.5.1 <i>Delirium tremens</i>	14
1.6 ZDRAVOTNÍ RIZIKA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU	14
1.6.1 <i>Fetální alkoholový syndrom</i>	15
1.6.2 <i>Wernickeho encefalopatie</i>	15
1.6.3 <i>Korsakovova psychóza</i>	16
1.7 VYŠETŘOVACÍ METODY	17
1.8 FARMAKOTERAPIE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	17
1.8.1 <i>Farmakoterapie u akutních stavů</i>	18
1.8.2 <i>Farmakoterapie užívaná k chemické averzi a chemické senzibilizaci</i>	19
1.8.3 <i>Farmaka snižující craving a požitky z alkoholu</i>	19
1.9 TERAPIE NEFARMAKOLOGICKÁ	19
1.9.1 <i>Psychoterapie</i>	20
1.9.2 <i>Bodovací a sankční systémy</i>	20
1.9.3 <i>Skupinová terapie</i>	21
1.9.4 <i>Komunitní psychoterapie</i>	21
2 PRAKTICKÁ ČÁST	22
2.1 KOMPETENCE SESTRY PRO PÉČI V PSYCHIATRII.....	22
2.2 MODULÁRNÍ LÉČBA A STUPNĚ LÉČBY (PNB, PAVILON 18)	22
2.2.1 <i>LÉČEBNÉ PROGRAMY</i>	23
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA	25
2.3.1 <i>Lékařská anamnéza</i>	26
2.3.2 <i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	28
2.3.3 <i>Koncepční model Nancy Roperové</i>	29
2.3.4 <i>Aplikace modelu Nancy Roperové</i>	29
2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	33
2.4.1 <i>OBJEKTIVNÍ PRŮBĚH HOSPITALIZACE</i>	33
2.4.2 <i>SUBJEKTIVNÍ PRŮBĚH HOSPITALIZACE</i>	40
2.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	40
2.5.1 <i>RIZIKO INFEKCE Z DŮVODU TRŽNÉ RÁNY NA HLAVĚ (00004)</i>	41
2.5.2 <i>AKUTNÍ ZMATENOST (00128)</i>	41
2.5.3 <i>PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU ÚZKOSTI (00095)</i>	42
2.5.4 <i>NEEFEKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE (00069)</i>	44
ZÁVĚR	45

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46
SEZNAM PŘÍLOH.....	49

Úvod

Česká republika je jedním ze států Evropské unie, která je na předních příčkách v konzumaci alkoholu. Tento stav se odráží i v naší společnosti a to zvyšujícím se počtem pacientů v psychiatrických ambulancích a na lůžkových oddělení psychiatrických nemocnic. Vzhledem ke zdravotním rizikům, které konzumace alkoholu přináší, jsou lidé trpící alkoholismem, velmi často hospitalizováni i na somatických odděleních a zdravotníci se běžně setkávají s projevy odvykacích stavů či dokonce delirních stavů nejen na odděleních urgentních příjmů a ambulancí, ale také na standartních lůžkových chirurgických i interních odděleních. Cílem mé bakalářské práce je popis péče o pacienta na psychiatrickém adiktologickém oddělení následné péče a to formou případové studie. V teoretické části se věnuji faktorům vzniku závislosti, pro pochopení vlivu rodičovství a patologií během vývoje člověka. Dále popisuji farmakologickou a nefarmakologickou terapii, která probíhá na oddělení následné péče. Věnuji se projevům odvykacího stavu, deliria tremens a rizikům vyplývajících z chronického užívání alkoholu. Jako zdroje jsem využívala knihy od Doc. MUDr. Kaliny, Klinické adiktologie, knihy od MUDr. Nešpora, CSc. a odborné články.

Druhou částí mé práce je část praktická, kde se zaměřuji na popis práce a kompetence sester na psychiatrii, rozdělení terapeutických skupin na oddělení následné péče a výběr konkrétního pacienta a průběh jeho hospitalizace. Jako zdroj jsem použila učebnici ošetrovatelské péče v psychiatrii, která byla sepsána společně s týmem sester pracujících v PN Bohnice. Pro svou kazuistiku jsem si vybrala pacienta s odvykacím stavem v prvních fázích léčby a s velmi dobrou spoluprací během léčby následné. Průběh hospitalizace jsem rozdělila do třech období, jak pacient postupně procházel léčbou a získával náhled na své onemocnění. Závěrem mé bakalářské práce je stanovení ošetrovatelských diagnóz, které jsem u pacienta vyhodnotila.

1 Teoretická východiska

1.1 *Epidemiologie závislosti na alkoholu*

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 vydávaná Vládou ČR uvádí 6,9% populace, která denně pije alkohol, tj. přibližně 600 tis. osob. Asi 1,3% dospělé populace (cca 100 tis.) pije alkohol denně a to ve vysokých dávkách (5 sklenic a více) a do kategorie vysoce rizikového pití alkoholu spadá přibližně 900 tis. dospělých osob což je 9,9 % obyvatelstva.

1.2 *Definice závislosti*

Alkoholová závislost, alkoholismus je vážné onemocnění, které postihuje nejen duševní a fyzické zdraví pacienta, ale narušuje i jeho rodinné a partnerské vztahy. Je to komplikované recidivující onemocnění, které může být kombinováno s jinou psychiatrickou poruchou či závislostí a toto spojení se nazývá duální diagnóza.

Duální diagnóza se často týká pacientů s úzkostnou poruchou, pacientů trpících depresemi a schizofrenií. Škodlivé užívání alkoholu a následná somatická poškození se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Na somatických odděleních je diagnóza alkoholismu často přehlížena. (Popov, 2002)

1.2.1 *Syndrom závislosti*

„ Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. 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 látku;
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří jsou s to brát denně takové množství látky, jež by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času vyhrazeného k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) Pokračování užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.“ (Nešpor, 2018, str. 18)

1.2.2 Typologie závislosti

U alkoholové závislosti se setkáváme také s Jellinkovou typologií závislosti, která rozděluje závislost na 5 typů:

- **Typ alfa-** tento typ pití je charakteristický tím, že jedinci velmi často pijí o samotě, alkohol využívají jako sebemedikaci. Pitím řeší pocity deprese, úzkosti či stresu.
- **Typ beta-** příležitostní pití alkoholu, je charakteristické pitím ve společnosti. U tohoto typu pití mají lidé somatická postižení.
- **Typ gama-** tzv. anglosaský typ, je charakteristické pitím piva a destilátů a poruchy kontroly pití s narůstající tolerancí. Projevují se u jedinců somatická i psychická poškození a je zde výraznější psychická závislost.

- **Typ delta-** pro tento typ pití je charakteristické „ udržování hladiny alkoholu v krvi“ a každodenní konzumace alkoholu, často vína, bez výrazných projevů opilosti, Je také nazýván jako „ románský typ“.
- **Typ epsilon-** méně častá varianta pití. Jedná se o epizodický abúzus s delšími obdobími abstinence a obdobími nadměrného pití. (Kalina a kol., 2015)

Vývoj závislosti popisuje Jellinek ve čtyřech obdobích. Období počáteční (symptomatické), období varovné (prodromální), rozhodné období (kruciální) a konečné (terminální).

1.3 Druhy intoxikace

1.3.1 Akutní intoxikace

Akutní intoxikace alkoholem se dá jednoduše popsat jako prostá opilost (ebrieta). Může být způsobena nižší dávkou alkoholu, která působí stimulačně a je provázena euforií, elevací nálady, snížením sebekritičností, agresí. U vyšších dávek alkoholu se dostavuje vliv na centrální nervový systém, ospalost, útlum až kóma.

Intoxikace má čtyři stádia:

- **Lehká opilost** – tzv. excitační stádium, hodnoty alkoholu v krvi 1,5g / kg
- **Hypnotické stádium** – hodnoty alkoholu v krvi 1,6g / kg
- **Těžká opilost** – stádium narkotické, hodnoty alkoholu v krvi přesahují 2g / kg
- **Asfyktické stádium** - těžká intoxikace alkoholem, kde hodnoty alkoholu v krvi přesahují 3g / kg (Kalina a kol., 2015)

1.3.2 Patologická intoxikace alkoholem

Další formou intoxikace se kterou se můžeme setkat, jen velmi zřídka, je intoxikace patologická. Je to stav, kdy se po malých dávkách alkoholu dostaví patická reakce, stav odpovídající stavu po vypití větších dávek alkoholu. Jedinec se může chovat agresivně, trpí sníženým sebeovládáním a dochází ke změnám vědomí. Tento stav trvá několik minut či hodin a je provázen amnézií, kdy si opilý nic nepamatuje.

1.3.3 Škodlivé užívání alkoholu

Nejvážnější formou užívání alkoholu je škodlivé chronické užívání. Je tak definováno užívání alkoholu, které vede ke zdravotním a duševním poruchám nebo překračuje denní dávku alkoholu 20 g na průměrnou osobu.

1.4 Faktory vzniku závislosti

1.4.1 Faktory vzniku závislosti

„Současné moderní pojetí vzniku závislosti se opírá o široké výzkumné pole. Shoduje se na mnohočetné podmíněnosti vzniku závislosti (multifaktoriální etiologie). Nepotvrzuje předpoklad nějakých jednoznačných specifických oblastí a vychází z toho, že rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické a psychologické. U konkrétního člověka nebo skupiny může spočívat těžiště v některých z nich. Zatímco v oblasti rodinných vztahů se tradičně předpokládal narušený vztah matka – dítě, na základě novějších výzkumů se pozornost začala upírat také na vztah otec – dítě.“ (Kalina a kol., 2015, str.187)

1.4.2 Psychologické faktory

Úplný rozbor psychologie vzniku závislosti a psychologických faktorů zcela přesahuje možnosti a rozsah této práce, proto se pokusím alespoň vystihnout důležité prvky tohoto tématu.

Dlouhodobě převládala teorie o **fixaci v orálním stádiu vývoje**, ta byla založena na poznacích, že závislý je v mnoha pohledech podobný ve svém chování a prožívání kojenci. Stejně tak jako kojeneček je velmi citlivý i na sebemenší nuance v péči a je zcela závislý na zdroji a ochraně od matky, tak i závislý je odkázan na pocity uklidnění a excitace. (Kalina, 2015). V roce 1980 významný výzkum (Vaillant) nepotvrdil, že by sklon k orální fixaci u jedince vedl k závislosti v dospělosti. V 19. století se vznikem závislosti zabývali významní psychoanalytici jako Sigmund Freud, Fenichel, Rado, kteří závislost zkoumali z pohledu chování rychlého dosažení slasti a sebeuspokojení. Kdy jedinec využívá návykovou látku jako formu rychlého uspokojení. Dalším důležitým směrem v psychoanalýze, který je často využíván je teorie **attachmentu** (vazby). Jde o teorii vazby v mozku, která se týká emočních, motivačních a paměťových procesů. Kdy dítě za pomoci svých rodičů a vazby na ně, komunikace s nimi, se učí zvládat negativní stavy a nahrazovat je pozitivními. Attachment se

dělí na bezpečný, úzkostný, vyhýbavý a dezorganizovaný. Bezpečný attachment usnadňuje jedinci zvládnutí extrémní zátěžové situace či stres za pomoci přirozených zdrojů, např. sdílením s jiným člověkem, pomocí blízkého vztahu, přenesením pozornosti na něco jiného apod. . Ostatní modely attachmentu jsou disfunkční a jedinci s těmito attachmenty mají větší tendenci potřeby o zlepšení psychického stavu nahrazovat jinak, třeba závislostí. Specifickým faktorem ovlivňujícím vývoj osobnosti je „**křehké Já**“. Je to pojem, který popisuje stav jedince, který vlivem určitých obtíží v raném dětství, nedokáže dostatečně udržet své hranice, nezvládá své emoce, trpí pocity slabosti, prázdnoty, nejistoty, pocity chaosu a v době adolescence, kdy si jedinec uceluje „ kým je“ a hledá svou vlastní identitu a roli mezi vrstevníky a v partnerských vztazích, může dojít ke vzniku závislosti.

1.4.3 Rodinné faktory

System rodinných vztahů je jedním z faktorů, které ovlivňují vývoj jedince a jeho následné životní a rodinné role. Vliv rodiny na vznik závislosti je nezanedbatelný. System vztahů je důležitým prvkem, který určuje fungování, postoje a udržuje rovnováhu. Není vhodné ani možné hledat jediného „viníka“, neboť jde o soubor interakcí, tzv. cirkulární kauzalitu (vztah mezi příčinou a následkem). Narušení správného vývoje vztahů a rolí v rodině může vést k emocionální zátěži a přispět ke vzniku závislosti. Již ve 30. letech minulého století se v rámci hnutí Anonymních alkoholiků v USA objevovaly popisované procesy, kdy členové rodiny zjevně či skrytě udržovaly závislé chování jednoho ze členů rodiny. Těmto procesům se říká **spoluzávislost**. „ *Spoluzávislost označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterými rodina či partner nebo partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení.*“ (Kamil Kalina a kol., Klinická adiktologie, 2015, s. 174) Motivem tohoto chování je neschopnost přijmout nezávislost dítěte či partnera a potřeby spoluzávislého člena rodiny na péči o závislého. Závislost může mít v rodině i patologickou podobu tzv. **náhradního problému**, kdy místo řešení špatného partnerského vztahu, či bolestných událostí v rodině, se závislost člena rodiny stává hlavním problémem. Dalším důvodem pro vznik závislého chování může být i problematická adolescentní separace od rodiny, kdy nejsou splněny podmínky přirozeného odloučení a osamostatnění od rodičů. Jedinec má odloučení a osamostatnění spojeno s patologickými pocity viny opuštění rodiny či strachem ze samostatnosti a závislostí si ulevuje od pocitů marnosti a zlosti a vnitřního konfliktu. Rizikovým faktorem pro vznik závislého chování je **závislost jednoho nebo více členů rodiny**. Míra rizika vzniku závislosti je úměrná míře ovlivnění chodu rodiny závislostí jednoho z členů rodiny, většinou rodiče.

Závislý člen rodiny, autorita, je modelem pro dítě, které přebírá chybný model chování, ale stejně tak rizikové je chování, kdy se dítě musí přizpůsobovat výkyvům v chování (související s abstinencí či intoxikací) svého rodiče a to dítě dlouhodobě znejistí. Závislý rodič opakovaně zklamává a nenaplnuje očekávání a tím přispívá k rezignovanému životnímu postoji dítěte. (Kalina, 2015)

1.4.4 Genetické faktory

Výzkum genetických faktorů, které ovlivňují vznik závislosti je velmi náročný. Při výzkumech genetických faktorů se vyhledávají tzv. kandidátské geny a ty se dělí na geny látkové specifické a nespecifické. U alkoholové závislosti mají významnou roli geny látkově specifické pro receptory opioidní. Závislost je multifaktoriální onemocnění a přestože ze studií vyplývá, že predispozice ke vzniku alkoholové závislosti má genetický základ, tak na vzniku závislosti se podílí i celá škála zevních, sociálních faktorů.

1.5 Symptomatologie závislosti

Příznaky a projevy se u abúzu alkoholu mohou dělit na somatické (tělesné), psychické, objektivní a subjektivní. Nejčastějším projevem závislosti na alkoholu je rozvoj odvykacího stavu. S tímto symptomem se nesetkáváme pouze na psychiatrických odděleních, ale i na somatických odděleních v nemocnici. Znaky závislosti dle MUDr. Karla Nešpora jsou:

1. **Bažení (craving), silná touha či pocit puzení užívat látku.** Vyvolávají ho vnější (rizikové prostředí) a vnitřní (nuda, zhoršená nálada, stres) podněty. Během něj se aktivují určité části mozku a jedinec trpí sníženou schopností rozhodovat se a oslabenou pamětí. Zvyšuje se tepová frekvence a u závislých na alkoholu je zvýšena i salivace (slinění). Závislí mají zhoršený postřeh a pro zdravotníky je viditelným příznakem silné pocení.
2. **Zhoršené sebeovládání.** Zhoršené sebeovládání je úzce spjato s bažením. Rozhodující je pro vznik zhoršeného sebeovládání, jak bažení jedinec zvládá. Zhoršené sebeovládání může být vyvoláno i stresem, nedostatkem spánku a dlouhodobým vyčerpáním.
3. **Somatický odvykací stav.** Je to stav, který se rozvíjí během hodin až dnů, po odnětí alkoholu. Projevuje se po dlouhodobém a intenzivním užívání alkoholu.

Nejintenzivněji se projevuje druhým dnem a odeznívá do 1 týdne. Příznaky zahrnují třes rukou a jazyka, celkový tremor (třes těla, částí), pocení, nauzea, dávení, tachykardie, hypertenze, psychomotorický neklid, bolest hlavy, nespavost, halucinace (zrakové, hmatové, sluchové) a křeče typu grand mal (velký záchvat). Pro konstatování odvykacího stavu od alkoholu má závislý, alespoň tři z příznaků. (Nešpor, Herle, 2019)

4. **Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.** Je to stav, kdy závislý jedinec věnuje většinu času shánění návykové látky (alkoholu), aplikaci a zotavení se z intoxikace. Ztrácí zájem o sport, koníčky, práci a rodinu.
5. **Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků.**

1.5.1 Delirium tremens

Delirium tremens je stav, který propuká nejčastěji druhý až čtvrtý den po poslední dávce alkoholu. Má své typické projevy, jako je tremor, zrakové halucinace, zvýšené hodnoty jaterních testů. U diagnostiky deliria tremens je vždy důležité rozlišit delirium jiné etiologie, např. posttraumatické s interkraniálním (nitrolebním) krvácením do centrální nervové soustavy. Delirium tremens způsobuje i řadu somatických komplikací jako je hepatopatie (skupina nenádorových onemocnění jater), krvácení do GIT (trávicí trakt), pankreatopatie, stavy po úrazech hlavy, dekompenzaci hypertenze. Časté jsou bronchopneumonie (povrchový zápal plic). Delirium tremens má vliv na změny vnitřního prostředí, kdy jsou prokazatelné nízké hladiny hořčíku a draslíku, pacient trpí dehydratací a často hypoglykemií a avitaminózou. (Nešpor, Herle, 2019)

1.6 Zdravotní rizika užívání alkoholu

Alkohol má negativní vliv na většinu fyziologických funkcí. Tělu poskytuje pouze prázdné kalorie a tudíž i negativně ovlivňuje vznik nadváhy, naopak při dlouhodobém užívání alkoholu vzniká **podvýživa** (malnutrice). Alkohol ovlivňuje metabolismus vitamínů a ostatních živin, zvyšuje ztráty vody v moči tím, že reguluje tvorbu antidiuretického hormonu v mozku a tak vznikají ztráty minerálních látek v těle. Vitamín B₁, thiamin je potřeba k rozkladu alkoholu a tak při chronickém pití alkoholu dochází k jeho ztrátám a tyto ztráty mohou vyústit až k poruchám metabolismu. Nejhorší vliv má užívání alkoholu na **gastrointestinální trakt**, ať už poruchami polykání (dysfagie), tak vážným poškozením

funkce jater. Zvyšování sekrece histaminu a žaludečních kyselin, které pití alkoholu vyvolává, aktivují zánětlivé procesy v organismu. **Chronická gastritida** (zánět žaludku) je jedním z rizik alkoholismu. Projevuje se tupými bolestmi žaludku, dyspepsií (trávicí obtíže), zvracením a vznikem žaludečního vředu. Dlouhodobě patologické působení alkoholu může zapříčinit až rozvoj nádorového onemocnění, především nádor tlustého střeva, jícnu, žaludku a jater. Velmi vážným a častým následkem chronického abúzu alkoholu je rozvoj **cirhózy jater**, která se definuje jako difuzní zánětlivý proces s fibrózou (nahrazování jaterní tkáně vazivem). Cirhóza se vyvíjí na základě nekrózy hepatocytů. Nekróza způsobuje kolaps jaterních lobulů a následně zhroucení jaterní tkáně a zhoršení průtoku krve játry. Rozvíjí se portální hypertenze (přetlak ve v.portae) a zhoršují se jaterní funkce. Jaterní cirhóza alkoholové etiologie je spojena se středně těžkou portální hypertenzí (městnání krve ve vena portae) a tvorbou ascitu (zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní), může být komplikována vznikem **pankreatitidy** (zánět slinivky břišní) a to akutním nebo chronickým, který může vést ke vzniku nádoru. Vždy je provázena krutými bolestmi, zvracením a hypoalbuminemií (snížená koncentrace albuminu v krvi). Poškození slinivky břišní může následně způsobit rozvoj **diabetu II.typu** (snížená citlivost tkání k inzulinu). Další zdravotní rizika jsou vznik **hypertenze** (vysoký krevní tlak), **kardiomyopatie** (degenerace srdeční svaloviny) a protože poškozená játra nejsou schopna ukládat železo, rozvíjí se u alkoholiků **anémie** (chudokrevnost) a **poruchy srážlivosti krve**. Tato kombinace rizik je velmi ohrožující u krvácení z jícnových varixů.

1.6.1 Fetální alkoholový syndrom

Dalším závažným rizikem chronického abúzu alkoholu je **Fetální alkoholový syndrom (FAS)**. Jedná se o teratogenní (způsobující vznik vrozených vad) embryopatii, která se projevuje typickou obličejovou dysmorfii, růstovou a mentální retardací a postižení skeletálního, renálního, srdečního a gastrointestinálního systému. FAS je ohrožující především u chronických alkoholiček, ale může postihnout plod i u jednorázového abúzu alkoholu během těhotenství, proto jedinou prevencí je dodržování důsledné abstinence alkoholu během gravidity. (prof. MUDr. Seemanová, 2013)

1.6.2 Wernickeho encefalopatie

Jedná se o encefalopatii, která se vyvíjí jako důsledek deficitu vitamínu B₁, thiaminu. Pro tento stav je typická triáda příznaků jako je oftalmoplegie (ochrnutí očních svalů), ataxie (porucha správné koordinace pohybů) a delirium. Wernickeho encefalopatie se vyskytuje zejména u alkoholiků, ale může mít i jinou etiologii. Je důležité ji odlišit od nemoci beri-beri,

kteřá vzniká jako reakce na mírný až střední nedostatek thiaminu. Syndrom vzniká jako akutní stav, ale může trvat i několik dní než se plně rozvine. Příznaky na počátku rozvoje encefalopatie jsou spíše nespecifické (bolesti hlavy, břišní diskomfort, podrážděnost) až onemocnění samotné se projevuje poruchami motoriky těla, oka a duševními změnami, někteří pacienti se mohou projevovat stavem podobným psychotické atace, mohou trpět halucinacemi, agitovaností a poruchami chování. Typickým klinickým projevem je delirium, které má hypoaktivní formu. Postižený je apatický, dezorientovaný a zmatený, ve vzácných případech se může rozvinout až do stavu kómatu. Terapií tohoto stavu je suplementace thiaminu.

1.6.3 Korsakovova psychóza

Korsakovova psychóza je neuropsychiatrický syndrom vznikající u chronických alkoholiků. Hlavní příčinou je dlouhodobý deficit thiaminu, vitamínu B₁. Dalšími faktory ovlivňující vznik psychózy je samotný toxický účinek alkoholu na mozkovou tkáň a zplodiny z metabolismu organismu u těžké cirhózy jater. Projevem Korsakovovy psychózy jsou ireverzibilní změny krátkodobé paměti, které zapřičiňují dezorientaci místem, časem i situací. Postižený si nevybavuje nejen události a děje v blízké minulosti, ale i starší informace. U syndromu se vyskytuje tzv. konfabulace (jedinec si chybějící informace a děje domýšlí, zkresluje si vzpomínky a domýšlí si nepravdivé, náhradní). Psychóza může být doprovázena periferní neuropatií, poruchou chůze, deliriem.

1.7 Vyšetřovací metody

S výjimkou klinické psychologie, nemá psychiatrie vyšetřovací metody k diagnostice duševních poruch a závislostí. Stavů v adiktologii jsou velmi často i stavy s poruchami vědomí (delirium tremens, autoagresivní chování, hypoglykémie, otravy, úrazy) a tak je nutno tyto stavy adekvátně vyšetřit. Využívá se velmi často CT vyšetření, které je schopno odlišit hrubé patologie, více informativní pro psychiatrii je však MRI vyšetření (magnetická rezonance) a EEG (Elektroencefalografie), které odhaluje organické poruchy centrální nervové soustavy (ložiskové i difúzní procesy a morfologické i funkční změny).

Mezi hlavní vyšetřovací metody, s kterými se setkáme v adiktologii patří odběry biologického materiálu. Základním biochemickým vyšetřením je vyšetřením moče a vyšetřením venózní či kapilární krve. U abúzu alkoholu se setkáváme s odběry z vitální indikace, neboť stavy deliria tremens a stavy zástavy dechu po intoxikaci alkoholem či vážné hypoglykémie patří mezi urgentní a život ohrožující stavy. Klíčovou rolí v odběru u pacienta se závislostí a na psychiatrickém oddělení hraje preanalytická fáze. Zejména zábrana záměny odebíraného vzorku a správnost odběru. Při abúzu alkoholu se mění biochemické analyty dle toho, zda se jedná o abúzus akutní či chronický. Mírné a střední dávky alkoholu mají vliv na biologické testy minimální. U chronického abúzu se nejvíce zvyšují jaterní testy (ALT, AST, GGT), kortizol, adrenalin, zvyšuje se laktát, koncentrace kyseliny močové a dochází k hypoglykémii (nízká hladina cukru v krvi) a ketoacidóze (forma metabolické nerovnováhy). Pro stanovení akutní koncentrace alkoholu se využívá metoda plynové chromatografie. Ve světě za hlavní průkaz etylismu marker CDT (karbohydrát deficientní transferrin), který je velmi senzitivní s poločasem 12 dní. (Kalina a kol., 2015) Přímou na odděleních léčení se nejčastěji využívají alkohol testy pro okamžitou dechovou zkoušku. Provádí se tak náhodné testování pacientů, anebo testování při návratu na oddělení a při příjmu do léčby.

1.8 Farmakoterapie závislosti na alkoholu

Duševní poruchy předcházející závislosti a nebo vzniklé během užívání alkoholu a vzniku závislosti jsou velmi různorodé. Od akutních stavů intoxikace, depresivních poruch, psychotických syndromů a nebo samotného syndromu závislosti, až po sekundární poruchy, poruchy nálad, poruch spánku až demence.

Léky užívané v adiktologii jsou tak shodné s léky užívanými v celém spektru psychiatrie. Nejčastěji se využívají léky tzv. ATC skupiny (anatomicko- terapeuticko- chemické).

1.8.1 Farmakoterapie u akutních stavů

Odvykací stav po odnětí alkoholu je jedním z nejvážnějších emergentních stavů v adiktologii. Nejčastější skupinou léků používaných ke zvládnutím odvykacího stavu jsou **benzodiazepiny**. Je to skupina léků s tlumivým účinkem, která má pozitivní vliv během tlumení křečí a myorelaxačním účinkem. U abúzu alkoholu se využívají k mírnění úzkosti při intoxikaci. Nejčastěji využívaným lékem je Diazepam. Druhým lékem využívaným při detoxikaci u alkoholové závislosti je Clomethizol (Heminevrin), thiazolový derivát. Je to nebenzodiazepinové **hypnotikum**, které se využívá v situacích, kde očekáváme rozvoj deliria tremens nebo již po jeho rozvoji k jeho stabilizaci. Při vysokých dávkách navozuje stav podobný celkové anestezii.

1.8.2 Farmakoterapie užívaná k chemické averzi a chemické senzibilizaci

Disulfiram (Antabus), byl lék využívaný hojně celá desetiletí. Lék inhibuje enzym (acetaldehyddehydrogenazu) podílející se na metabolizaci alkoholu.

Jeho využití v terapii bylo založeno na výrazné vegetativní reakci při kombinaci s požitím alkoholu, tzv. antabusová reakce. Ta se projevuje kolísáním krevního tlaku, závratěmi, nauzeou, zvracením, bolestmi hlavy, zčervenáním v obličeji, tachykardií, obtížným dýcháním. Výjimkou nebyly ani kolapsové stavy či bezvědomí.

Apomorfin byl druhým lékem využívaným k chemické averzivní terapii, kdy hlavním cílem bylo vytvoření odporu k alkoholu. Byl aplikován ve formě podkožních injekcí, které vyvolávaly nevolnost a zvracení.

Averzivní metody léčby jsou již dnes vnímány jako překonané a jsou spíše historickou zajímavostí.

1.8.3 Farmaka snižující craving a požitek z alkoholu

Významnou součástí terapie je snaha minimalizovat chuť a touhu po alkoholu tzv. craving a s ním spojené riziko relapsu u závislého pacienta. K této formě preventivně léčebné strategie se využívají léčiva, tlumící požitek, zejména chuťový. Nejčastěji využívaná látka je **Akamprosát**, který se využívá k udržování abstinence. Léčba akamprosátem se zahajuje co nejdříve po zvládnutí odvykací fáze léčby a pokračuje se v ní nejlépe až jeden rok po zahájení abstinence. Měla by trvat i u případných relapsů.

Často je využívaný preparát Naltrexon (opioidní antagonist). Je využíván pro jeho dlouhodobý účinek, který blokuje vznik euforie. Využívá se především k léčbě závislých na heroinu, ale byl zjištěn i jeho pozitivní účinek během léčby alkoholové závislosti. Využívá se u pacientů s vysokou motivací a dobrým sociálním zázemím.

1.9 Terapie nefarmakologická

Nefarmakologická léčba závislosti je velmi obsáhlé téma, ale jedná se zejména o metody psychoterapie, ať už individuální či skupinové, rodinné atp. Behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální přístupy obsahují mnoho variant a metod, které mohou být u závislých na alkoholu praktikovány a proto se budu věnovat jen několika základním pojmům.

1.9.1 Psychoterapie

Základem psychoterapie je **behaviorální terapie**, která vychází z poznání, že závislost je naučené chování. Je výsledkem procesu učení. Behaviorální terapie využívá specifické přístupy jako klasické podmiňování a operativní podmiňování a nespecifické přístupy jako je nácvik relaxace, asertivní trénink, nácvik sociálních a komunikačních dovedností. Behaviorální terapie využívá programy vedoucí ke změně chování závislého jedince a tyto postupy se velmi dobře uplatňují v oblastech posílení a udržení léčby, snížení užívání drog, u léčby duálních diagnóz a jako prevence relapsu. Do behaviorální terapie patří přístupy **negativního podmiňování** (averzivní techniky). V dřívějších dobách se využívala metoda chemické averzivní léčby a chemické senzibilizace. Tyto metody se zakládaly na negativním zážitku po podání kombinace alkoholu a látky vyvolávající negativní reakci na něj (zvracení), většinou se jednalo o apomorfín, emetin hydrochlorid a nebo disulfiram, po kterém vznikala tzv. disulfirametanolová reakce (DER). V současnosti se využívá pouze edukace od terapeuta a tyto techniky se do oblasti psychoterapie nezařazují. Využívá se **psychologická senzibilizace**, ve které se pacient učí averzivnímu podmiňování díky vizualizaci a imaginativních prostředků. Pacient si představuje rizikovou situaci, která by vyvolala užití alkoholu, ale současně si představuje negativní následky jako jsou kocovina, zvracení, traumatizace blízkých osob apod.. Naopak přístup **pozitivního podmiňování** vede pacienty k nácviku **relaxačních technik** a **asertivního chování**. Kdy se učí stresové situace řešit dechovými a relaxačními technikami a pacient si osvojuje nové funkční chování ve zvládnání frustrace. Další formou psychoterapie jsou **kognitivně-behaviorální přístupy**. Ty vedou pacienta k tomu, aby rozpoznal dysfunkční a pro sebe škodlivé strategie chování a byl je schopen přepracovat, zvýšil sebekontrolu. Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na zvládnání cravingu, kdy pacienta učí rozpoznat varovné signály, spouštěče a učí ho strategie zvládnání bažení.

1.9.2 Bodovací a sankční systémy

Bodovací systém je jeden z nejčastěji používaných metod behaviorální terapie, konkrétně patří mezi přístupy založené na **operativním podmiňování**. Bodovací systémy v ČR jsou různě adaptovány z původního Skálova modelu či apolinářského modelu. Základem tohoto přístupu je udělování kladných bodů za plnění terapeutických požadavků,

anebo mazání bodů, při neplnění či nedodržování léčby. Využívá se především v psychiatrických nemocnicích na režimových odděleních. Názory na bodovací systémy jsou rozdílné.

1.9.3 Skupinová terapie

Skupinová terapie je v léčbě závislosti velmi významná. Jedná se vždy o skupinu jedinců, které spojuje podobný problém a jsou vedeni terapeutem. Skupiny závislých jsou spíše homogenní, mají podobnou problematiku. V adiktologii se setkáváme se skupinami dynamickými a analytickými, kdy jedinci/pacienti společně s terapeutem vnášejí do skupiny témata, která jsou aktuální a významná pro jejich současnou situaci a společně je rozebírají. Také se setkáváme se skupinami nácvikovými, edukativními (zdravý životní styl, mezilidské vztahy, řešení konfliktů, atp.) a hodnotícími. Zejména v začátcích přebírá větší iniciativu terapeut, který skupinu vede ke spolupráci a vzájemné komunikaci. Někdy pracuje pouze s jednotlivci ve skupině. Dle Prof. PhDr. Kratochvíla, CSc. (2005) jsou účinné faktory skupinové terapie zejména členství ve skupině, pomáhání jiným, emoční podpora, sebeprojevení, konfrontace, zpětná vazba, náhled, nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.

1.9.4 Komunitní psychoterapie

Psychoterapie probíhající v terapeutické komunitě je v ČR velmi rozšířena. Nejedná se pouze o terapeutické komunity v rámci pobytových léčebných programů, ale i o komunity v denních stacionářích, azylových domech a domech na půl cesty. V psychiatrických léčebnách se uplatňují terapeutické komunity se spolumprávou z řad pacientů. Terapeutická komunita může být demokratická a hierarchická (více využívána v režimových léčbách, členové skupiny se podílejí na rozhodování, dle jejich úspěšnosti a růstu v terapeutickém programu). Hierarchická komunita má vysokou strukturovanost. Hlavním přínosem terapeutických komunit je odklon od bio-medicínského modelu léčby závislosti. Pacienti/klienti oboustranně komunikují, podílejí se na rozhodování a vedení komunity. Mezi aktivity v terapeutické komunitě patří setkávání komunity, skupinová terapie, individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové aktivity a sociální práce.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 KOMPETENCE SESTRY PRO PÉČI V PSYCHIATRII

Kompetence zdravotní sestry na psychiatrickém oddělení jsou uvedeny ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Dle této vyhlášky splňuje ošetrovatelská péče na psychiatrii normy specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče. Legislativně není specializovaná způsobilost nutná k práci sestry na psychiatrii, ale během ošetrovatelské péče a náročnosti specifických nároků, je žádoucí. Specializovaná péče se tak dělí na dvě skupiny a to specializovaná péče, což je standartní základní ošetrovatelská péče o pacienta bez patologických změn psychického stavu, bez nutnosti použití omezovacích prostředků z důvodu ohrožení sama sebe a okolí a nevyžadujícího trvalý dohled. Pokud je u pacienta nutno použít omezovacích prostředků z důvodu ohrožení života pacienta nebo jeho okolí, pacient trpí poruchami psychického stavu nebo vyžaduje trvalý dozor, jedná se o vysoce specializovanou péči, kterou smí vykonávat všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí a nebo všeobecná sestra pod jejím dohledem. Psychiatrická sestra je kompetentní k činnostem jako vyhodnocování potřeb pacienta, jeho psychického stavu. Hodnotí míru soběstačnosti a možnosti agrese a autoagrese. Dále využívá technik podpory a rehabilitace (návčik sociálních dovedností, relaxace, trénink kognitivních funkcí). Sestra se stará o ošetrovatelskou péči u pacienta u kterého je nutno použít omezovacích prostředků a umí rozpoznat situace, kdy je těchto prostředků zapotřebí. Podílí se na začleňování pacienta do jeho vlastního sociálního prostředí. Zajišťuje komunikaci mezi nemocničními a komunitními službami. Dalšími kompetencemi je vykonávání poradenské činnosti a krizové intervence a psychoterapie pod odborným dohledem lékaře v oboru psychiatrie, kdy využívá psychoterapeutických technik a rozhovorů. (Tomáš Petr, Eva Marková a kol., 2014)

2.2 MODULÁRNÍ LÉČBA A STUPNĚ LÉČBY (PNB, pavilon 18)

Cílem modulární léčby je přibrání pacienta ke spolurozhodování o léčbě a zvyšovat jeho spoluodpovědnost na své léčbě. Léčba se kombinuje s bodovým hodnocením pacienta,

kdy body sbírá plněním terapeutických požadavků. O přestupy do dalších stupňů léčby si pacient musí vždy zažádat. Návrh pacienta na výběr délky léčby je vždy schvalován a schválen být nemusí. Během schvalování je zohledněn počet a frekvence hospitalizací, dispozice k recidivám, kvalita spolupráce a zda pacient využívá doléčovací programy (Anonymní Alkoholici, denní stacionáře, atp.)

2.2.1 LÉČEBNÉ PROGRAMY:

- **DVOUMĚSÍČNÍ PROGRAM** je minimální program, považovaný za dokončenou léčbu. Ten obsahuje jednu existenční či víkendovou propustku při získání nejvyššího stupně léčby (P4).
- **DVOU A PŮLMĚSÍČNÍ PROGRAM** je rozšířená základní léčba. Pacient si při dostatku bodů a nejvyšším stupni léčby (P4) může zažádat o 2 existenční propustky či víkendové dle platných pravidel.
- **TŘÍMĚSÍČNÍ PROGRAM** je program plné léčby, ve kterém je možné čerpat 3 existenční propustky a na nejvyšším stupni léčby (P4) a dostatku bodů, lze čerpat propustky víkendové a osobní.
- **ČTYŘMĚSÍČNÍ INDIVIDUALIZOVANÝ PROGRAM** je program úplné režimové léčby. Jako u tříměsíčního programu zde platí možnost 3 existenčních a víkendových a osobních propustek. Program se liší plánem pokračovat do dalších dlouhodobých komunitních léčeb, tzn. že den propuštění z PNB je datem nástupu do pokračující léčby.
- **TŘÍMĚSÍČNÍ PROGRAM S NAVAZUJÍCÍM DENNÍM STACIONÁŘEM** je úplná režimová léčba s navazujícím denním stacionářem. Pacient po propuštění musí mít stabilní bydlení v dojezdové vzdálenosti (MHD, docházková vzdálenost)
- **OPAKOVACÍ LÉČBA** je druh léčebného programu, který je určen pro absolventy léčby. Jedná se o krátký program, který se doporučuje mezi 6-12 měsícem od propuštění z předchozí léčby. Program trvá 3 týdny, pacient neporušil od propuštění abstinenci a během programu nejsou propustky ani vycházky mimo

areál nemocnice. Tento program si pacient domlouvá s vedoucím lékařem, který pacientovi poskytne termín nástupu k opakovací léčbě.

2.2.2 SKUPINOVÉ MODULY:

Komunita pacientů se dále rozděluje do 3 terapeutických skupin. Ty zohledňují individuální limity pacientů. Jedná se o odlišnosti v motivaci, intelektové limity, kontext mnohaleté návykové problematiky, duální diagnózy, dlouholeté poruchy životního stylu. Dalším rozhodujícím faktorem pro zařazení do skupiny jsou předem avizované motivační limity jako je volba minimálního časového modulu léčby a dosavadní spolupráce v léčbě.

- MODUL ZÁKLADNÍ ABSTINENCE „BÍLÁ SKUPINA“

Základní modul pro všechny, kteří mají zevní motivaci, do léčby jsou těžce přitlačeni rodinou či sociální situací, nejsou si jisti přínosem abstinence, mají vnitřní motivační ambivalenci. Do této skupiny se zařazují pacienti kteří preferují nejkratší možnou léčbu, trpí závažnými duálními diagnózami (schizofrenie, velké afektivní poruchy, jedinci s intelektovým handicapem) a pacienti se závažným chronickým onemocněním. Modul předpokládá, že pacient se během léčby plně soustředí na sanaci životního stylu, nápravu vztahů, plánů a bude akceptovat dlouhodobou abstinenci i po propuštění. Vyžaduje se od pacienta povinnost vyžít ambulantní péči a formy doléčování.

- MODUL INTENZIVNÍ LÉČBY A POKRAČOVACÍCH LÉČEB „MODRÁ SKUPINA“

Tato skupina je terapeuticky nejintenzivnější, vyžaduje se v ní o jednu stránku povinných písemností navíc (v rámci terapeutických týdenních témat). Do této skupiny se zařazují pacienti s lepším náhledem na závislost a lepší motivací k abstinenci. Jsou zde pacienti, kteří si žádají o delší časový modul léčby (tzn. 2,5 měsíce a déle) a mají alespoň základní sociální zázemí a nebo zázemí, které mohou obnovit. Pacienti si mohou volit i volitelný individualizovaný modul léčby (sociálně-pracovní, volnočasový, komunikace, atp.)

- MODUL INDIVIDUALIZOVANÝCH LÉČEB „ZELENÁ SKUPINA“

Tato skupina je mezičlánkem mezi skupinou bílou a modrou. Je určena pro pacienty, kteří mají relativně dobrou motivaci i náhled na závislost, avšak mají značně znesnadňující vnitřní a zevní faktory pro úspěšné dodržení abstinence. Mezi tyto faktory patří úzkostně-depresivní porucha, maladaptivnost, jedinci s disharmonickým vývojem (zanedbávání, týrání v dětství, náhradní výchova), pacienti s ADHD, pacienti s nefunkčními rodinnými vztahy a jedinci, kteří se nevyrovnali se ztrátou blízké osoby a nebo jinou traumatickou událostí.

STUPNĚ LÉČBY:

Během léčby postupuje pacient dle bodového hodnocení a plnění terapeutických úkolů do různých stupňů léčby. Prvním základním stupněm je stupeň F1 a F2, tyto dva stupně jsou na akutním oddělení adiktologie a detoxikace. Na oddělení následné péče se stupeň F2 rovná stupni P3, který je u následné péče zlomový „startovní“ v léčbě. Následují stupně P3, P3V a P4, který je stupněm nejvyšším a přináší pacientovi možnosti vycházek, propustek atp. O postup do vyššího stupně léčby si vždy pacient musí oficiálně zažádat a žádost je mu schvalována zdravotnickým týmem, který posoudí počet bodů, chování pacienta, jeho aktivní přístup k léčbě a motivaci, rizikovost recidivy apod. Postupy v léčbě jsou povinné, při neplnění vyžadovaných postupů, se chování pacienta hodnotí jako nespolupráce v léčbě.

2.3 Ošetřovatelská kazuistika

Pacient je 48 -letý muž, vysokoškolsky vzdělaný. Po vysokoškolském studiu jako klinický lékař nepracoval, pracoval ve farmakologickém průmyslu na manažerských pozicích. Jeho profese vyžadovala velkou stresovou odolnost a u něj se začaly projevovat problémy s alkoholem. Problematická eskalace abúzu alkoholu se u něj objevila před 6-ti lety, již předtím měl pití alkoholu jako formu úlevy od stresu. Přes to, že léčbu psychiatrickou ani adiktologickou v rodinné anamnéze neudává, z předešlých hospitalizací zjišťují, že otec byl ethylik. V současné době žije se svou přítelkyní a dvěma dětmi, sám má dva syny se svou bývalou manželkou. Pacient byl přivezen ze záchranné stanice, z důvodu rozvoje vážného odvykacího stavu, na Centrální příjem do Psychiatrické nemocnice Bohnice, v čekárně prodělal epileptický záchvat a tak byl záchrannou službou transportován do Nemocnice Na Bulovce, kde mu bylo provedeno CT vyšetření mozku. To bylo vyhodnoceno jako CT s přiměřeným

nálezem a pacient nebyl indikován k překladi na monitorované lůžko, proto byl převezen zpět do PN Bohnice. U pacienta stále přetrvával silný odvykací stav po odnětí alkoholu. Byl přijat adiktologickým oddělením pro muže. V minulosti už dvakrát úspěšně absolvoval protialkoholní léčbu, poslední dimise (propuštění) byla v březnu roku 2019. Od poslední ukončené léčby vydržel nepít cca 1 měsíc. Pacient trpí hypertenzí a hypercholesterolemií, oba stavy jsou zvládnány farmakologicky. Po přijetí byla zjištěna a ošetřena tržná rána na temeni hlavy a otoky dolních končetin.

2.3.1 Lékařská anamnéza

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec zemřel v 58 letech na bronchogenní malobuněčný karcinom, ethylik

Matka (77 let) benigní fibrom na plicích - sledován

Sestra (45let)- myomatóza

Děti: 2 syny (zdraví)

Suicidium i závislosti v rodině neguje

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Arteriální hypertenze – léčena farmakologicky, dochází na kardiologii.

Hypercholesterolemie na farmakoterapii

r. 2007 – cholecystitis s pneumonií pravostrannou, řešeno konzervativně

Operace: 2x operace zúženého mišního kanálu krční páteře (r. 2014)

Operace křížových vazů v koleni (r. 2010)

Epilepsie – neguje

Infekční onemocnění mozku – neguje

Thyreopatie - neguje

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Mirtazapin sandoz 45mg tbl 0-0-0-1

Deprex léčiva 20 mg 1-0-0

Quetiapin Mylan 100 mg 0-0-0-1

Tezeo 80 mg 1-0-0

Sortis 10 mg 0-0-1

Detralex 500mg 1-0-1

Omeprazol Stada 20 mg 1-0-0

B-Komplex Forte 1-0-0

Fakultativní:

Chlorprothixen 15 mg – při nespavosti , od 23:00 – 2:00 hod.

Diazepam desitin rectal tube 10 mg , epi parox, per rectum 2,50 ml

Chamomilla vulgaris – poranění jazyka, max. 2x denně

Dimexol 200 mg – ztuhlost svalů ½-0-0-1/2

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA :

2x řádně dokončil léčbu v PN Bohnice, poslední dimise r.2019

Psychiatrická ambulance

Psychoterapie u jeho ženy

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Pacient momentálně nezaměstnaný, nárok na Úřad práce nemá.

V současnosti prodává dům z důvodů zadluženosti, jiné bydlení nemá, po propuštění bude bydlet u přítelkyně

ALERGIE:

Neguje, včetně potravinových a lékových

ABUSUS:

Kuřák – 40 cigaret denně

Alkohol – dříve pil z důvodu zvládnání stresu, problematická eskalace před 5-6 lety, po poslední demisi vydržel nepít více jak měsíc, poslední 2 roky pije 0,5 l vodky denně.

Na záchytné stanici byl asi 4x, přesně si nepamatuje.

Jiné návykové látky neužívá

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient je přijat pro odvykací stav po odnětí alkoholu. Na záchytné stanici prodělal epileptický záchvat. Rozvoj deliria tremens.

2.3.2 Ošetřovatelská anamnéza

viz. Příloha č.1

2.3.3 Konceptní model Nancy Roperové

Ošetrovatelská péče byla plánovaná dle modelu Nancy Roperové. Model Nancy Roperové byl publikován r. 1976. Je to model, který vychází ze životních aktivit klienta (pacienta). Úkolem sestry je pochopit, jakým způsobem pacient aktivity vykonává a faktory, které vykonávání aktivit ovlivňují. Tyto faktory jsou biologické (anatomie, fyziologie lidského těla, věk, pohlaví, atd.), psychologické (intelekt, psychologický vývoj, vzdělání), socio-kulturní (kulturní zvyklosti, náboženství), faktor životního prostředí (patří sem klimatické podmínky, příroda, zástavba, složení vody a půdy), faktory politicko-ekonomické (právní a sociální systém v kterém žijeme, dodržování zákonů apod.). Mezi životní aktivity, které sestra hodnotí a pozoruje patří udržování bezpečného prostředí, komunikaci, dýchání, jídlo a pití, vylučování, osobní hygiena a oblékání, udržování tělesné teploty, pohyb, práce a hry, vyjádření sexuality, spánek a umírání. Hodnotící sestra zjišťuje objektivní a subjektivní údaje o stavu pacienta. (Slezáková, 2010)

2.3.4 Aplikace modelu Nancy Roperové

UDRŽOVÁNÍ BEZPEČNÉHO OKOLÍ

Subjektivně: Na oddělení se pacient cítí dobře a bezpečně. V komunitě žádné ohrožující faktory nepocítuje. Pacient uvádí jako narušení jeho klidu a stresový faktor, určitou nepohodu v domácím a rodinném zázemí a rozladěnost v partnerském vztahu s jeho přítelkyní, jejich odlišné názory na výchovu dětí jsou zdrojem častých konfliktů a stres v zaměstnání je dalším faktorem pro vznik diskomfortu. Nejvíce ohrožujícím faktorem pro jeho bezpečné prostředí a riziko relapsu je právě stres, ač už ohledně zaměstnání či financí. Popisuje, že po dimisi nemá v plánu se ihned vrátit do zaměstnání. Nejdříve bude řešit problémy spojené s majetkem a dluhy. Naordinované léky pacient snáší dobře a vedlejší účinky nepocítuje. Suicidální myšlenky (sebevražedné a autoagresivní myšlenky) pacient nemá.

Objektivně: Vzhledem k opakovanému relapsu, je současně pro pacienta nejdůležitější minimalizace stresu a minimalizace podnětů k pití alkoholu. Během léčby se pacient na oddělení cítí dobře a bezpečně, sám hodnotí velice kladně situaci v komunitě během léčby a eliminaci podnětů vedoucích k opětovnému napití. Pacientova sociální situace je problematická a tak psychoterapie a pozitivní motivace a tvorby náhledu na závislost, jsou

pro něj zásadní. Pacient užívá antipsychotika i antidepresiva, je důležité sledovat eventuelní vedlejší účinky léků, zejména zhoršení depresivních nálad, křeče. Vitální funkce jsou u pacienta stabilní a v normě. Pacient má tržnou ránu na hlavě, která je pravidelně kontrolována a je bez známek zánětu či infekce.

KOMUNIKACE

Subjektivně: Pacient rád komunikuje během terapeutických programů. Jako neefektivnější uvádí individuální konzultaci s lékařem. Nemá rád rozhovory o jeho minulosti i budoucnosti, vyvolávají v něm pocity úzkosti.

Objektivně: V prvních dnech léčby je komunikace narušena deliriem tremens a s ním spojenou dezorientací halucinacemi zvířat. Pacient trpěl poruchou paměti, nebyl schopen si vybavit ani zapamatovat nové i staré informace, což negativně ovlivňovalo jeho schopnost komunikace. Po odeznění stavu netrpí poruchami řeči, v komunitě komunikuje rád.

DÝCHÁNÍ

Subjektivně: Pacient udává pouze mírnou dušnost při fyzické zátěži. Jiné dechové problémy sám nepocítuje.

Objektivně: Během pozorování je pacient bez patologických projevů. Dýchání je pravidelné, bez dechových abnormalit. Dušnost během rozhovoru nepozorují. Pacient trpí hypertenzí, u náročnějších aktivit pocítuje námahovou dušnost.

JÍDLO A PITÍ

Subjektivně: Pacient je se stravováním na oddělení spokojený. Popisuje přírůstek na váze, který je způsoben nejen pravidelnou stravou a sníženou fyzickou aktivitou během léčby, ale i zvýšeným příjmem sladkých nápojů. Problémy s nevolností ani problémy s polykáním nepopisuje. Potravinové alergie neguje. Atypické stravovací návyky nemá.

Objektivně: Pacient přijímá stravu pravidelně. Má naordinovanou dietu č.2 šetřící. Hydratace je dostatečná. Konzumace sladkých nápojů během detoxikace a následné abstinence je častý jev, pomáhá to během bažení po alkoholu a potřebě se napít alkoholu. Pacient trpí problémem s pitím již 6 let, což mělo negativní vliv na žaludeční sliznici.

Momentálně netrpí alkoholickou gastritidou, ale i tak je mu podáván Omeprazol. Na počátku léčby v akutní fázi byla naordinovaná rehydratace a parenterální výživa, na pravidelný pitný i stravovací režim bylo nutné dohlížet zdravotnickým personálem.

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivně: Pacient problémy s vylučováním během následné lůžkové péče neudává.

Objektivně: Pacient je ve vylučování zcela soběstačný. Každý den ráno cvičí, což má pozitivní vliv na peristaltiku. V prvním týdnu hospitalizace bylo nutno použít u pacienta omezení v lůžku a pacient se vyprazdňoval do inkontinenčních plen. Po odeznění akutních příznaků odvykacího stav se jeho vylučování stabilizovalo a pacient vylučuje moč i stolicí samostatně.

OSOBNÍ HYGIENA A OBLÉKÁNÍ

Subjektivně: Pacient je v hygieně a oblékání zcela soběstačný.

Objektivně: Osobní hygiena je u pacienta dostatečná. Pouze na počátku léčby v době omezení v lůžku, byla nutná ošetrovatelská intervence. Rizikem snížené sebepéče pacient ohrožen není, o svůj vzhled a čistotu se stará pečlivě.

KONTROLA TĚLESNÉ TEPLoty

Subjektivně: Pacient se cítí dobře. Kontrolu tělesné teploty nevyžaduje. Nepocítuje příznaky zvýšené teploty.

Objektivně: Pacient neprojevuje známky zvýšené tělesné teploty. Je afebrilní. Kůže je bez potu. Během léčby byl asi dvakrát nachlazen a bylo nutné přistoupit k léčbě antipyretiky. Invazivní vstupy nemá. Jediné riziko infekce momentálně představuje hojící se rána na hlavě, ta je pravidelně ošetřována mastí a chlorhexidinem.

POHYB

Subjektivně: Pacient neudává žádná pohybová omezení. K povinným pohybovým aktivitám v rámci léčby se staví odpovědně. Jde mu o plnění léčebného režimu. Sám udává, že pokud mohl, tak sportoval. Po operaci kolene a krční páteře však musel

sportování omezit. Rád chodí běhat i z důvodu, že se dostane ven z oddělení. V prvním měsíci léčby se necítil dobře a byl ze sportovních a pracovních aktivit omlouván.

Objektivně: Pacient žádné kompenzační pomůcky k pohybu nepoužívá. V rámci léčby je pro pacienta povinná každé ráno rozcvička. Na rozcvičku pravidelně dochází. V rámci léčby se zúčastňuje i běhání s terapeutem po areálu léčebny. Fyzická kondice se pacientovi postupně zlepšuje.

PRÁCE A HRY

Subjektivně: Pacient mluví o zájmu o návrat do zaměstnání po propuštění. Uvědomuje si nutnost navracet se do každodenního života a práce postupně. Jeho pracovní vyčerpání před nástupem do léčby, popisuje jako jedním z důvodů proč alkoholová závislost vznikla. Má rád pohyb, ranním rozcvičkám se nevyhýbá. Jako volnočasové aktivity uvádí luštění sudoku. Momentálně má v pracovních dílnách rozdělaný výrobek z keramiky.

Objektivně: Pacient pravidelně dochází na pracovní terapii. Dochází pracovat na statek v PN Bohnice a dodržuje režimová pravidla na oddělení, do kterých patří i úklid na oddělení. Je velmi aktivní. Mezi své oddechové činnosti zařadil luštění křížovek, kterými zaplňuje čas mezi terapeutickými programy a pracovní činností. Do hlavní náplně léčebných cílů na adiktologickém oddělení, patří disciplína a znovu osvojení pracovních dovedností a zdravých návyků. Pacient má pracovní návyky dostačující.

PROJEVY SEXUALITY

Subjektivně: Pacient říká, že má přítelkyni, ke které se bude stěhovat po propuštění. Dále na téma nehovoříme.

Objektivně: Pacient žil v manželství a momentálně má přítelkyni.

SPÁNEK

Subjektivně: Pacient udává problémy s usínáním a následně časté buzení. Uvědomuje si, že velký vliv na to má stres vzniklý společně s odvykacím stavem, tak i s nutností řešit sociální a finanční situaci. Udává, že se domluvil na ordinaci léků na spaní, které mu zabírají. Problémy se spánkem postupně ustupují.

Objektivně: Pacient si dlouhodobě stěžoval na stavy úzkosti a na poruchy spánku. Opakovaně si večer docházel pro léky na spaní. Momentálně užívá léky Mirtazapin na deprese a úzkost a také léky při nespavosti. Během denních aktivit se pacient aktivně zapojuje a spánková deprivace se u něj neprojevuje. Během léčby alkoholismu je důležité eliminovat veškeré podněty, které by stavy úzkosti zhoršovaly a mohly by zhoršovat i pokroky v léčbě, proto se nespavost řeší farmakologicky a v režimovém opatření oddělení se dodržuje pravidelnost spánku a spánková hygiena.

UMÍRÁNÍ

Subjektivně: Umírání nevnímá negativně. Více se k tématu nevyjadřuje.

Objektivně: Umírání nevnímá pacient jako stresový faktor. Strach ze smrti pacient nevyjadřuje. Na toto téma se dále nebavíme.

2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

2.4.1 OBJEKTIVNÍ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

1.-9. den hospitalizace:

Pacient byl přivezen RZS na Centrální příjem Psychiatrické nemocnice Bohnice, poté co na záchytné stanici prodělal epileptický záchvat a rozvinul se u něj vážný odvykací stav. Pacient byl přijat na adiktologické oddělení pro muže, pav. 31, akutní léčby, kde bylo rozhodnuto o nutnosti detoxifikace (proces zvládnání odvykacího stavu) a byl umístěn na oddělení uzavřeného detoxu s trvalým dohledem (neustálý 24 hodinový dohled pomocí videokamer), kde strávil 9 dní. Na temeni hlavy má tržnou ránu, která byla zašita a sterilně kryta. Během první noci se u pacienta plně rozvinul stav deliria tremens, byl zmatený, dezorientovaný časem, místem a situací s projevy agrese proti sobě i svému okolí. Těžký odvykací stav byl zvládnán farmakologicky velmi obtížně, neboť pacient již před hospitalizací užíval benzodiazepiny k potlačení odvykacích stavů, což způsobilo neúčinnost naordinované medikace a denní dávka Diazepamu musela být navýšena na horní hranici 100 mg /den. Pacient během příjmu nutnost hospitalizace a stav deliria tremens odmítal, dožadoval se propuštění, aby mohl jít k soudu a řešit svou problematickou sociální situaci a trestní řízení. Pacientův stav nebylo možné řešit ambulantně a z důvodu vysokého rizika vážných komplikací byl zvolen nedobrovolný

vstup do léčby. Během pobytu na uzavřeném detoxu bylo nutné použít omezovacích prostředků na horní i dolní končetiny, pacient opakovaně manipuloval s i.v. kanylou, která byla nezbytná pro zvládnutí vážného odvykacího stavu. Během omezení v lůžku pacient vylučoval do inkontinenčních pomůcek a hydratace byla zajišťována zdravotnickým personálem. Nadále byl vývoj pacientova stavu kolísavý, chvílemi orientovaný poté se vracelo delirantní chování. Stav byl křehce stabilizován až 7. den hospitalizace. Z infuzní terapie se přechází na podávání léků per os. Pacient se začal zapojovat do terapeutického programu, jeho odmítavý stav se pomalu změnil. Začíná si budovat kritičnost. Po zapojení do programu se u pacienta rozvíjí masivní naléhavost na kontakt, neustále vyžaduje individuální rozhovor s lékařem, přestože byl opakovaně informován o pravidlech a možnostech léčby a individuálních pohovorů s lékařem. U pacienta se projevuje organická porucha paměti a amnestický syndrom, opakovaně pokládá otázky, na které již dostal odpověď. Při komunikaci se projevuje manipulativně. Začíná si budovat motivaci k léčbě, což je rozhodujícím faktorem pro komplexní adiktologickou léčbu a přeložení na oddělení následné péče. Somaticky je pacient kardiopulmonálně kompenzovaný, arteriální hypertenze je zvládána farmakologicky, při jiných zdravotních obtížích je naordinována fakultativní medikace. Pacient trpí otoky dolních končetin. Při vstupním laboratorním vyšetření byly zjištěny vyšší hodnoty jaterních test a zánětlivých testů, hypokalémie (snížená hladina Kalia v krvi), trombocytémie (zvýšená počet krevních destiček). Při kontrolních odběrech se hodnoty znormalizovaly.

Z pohledu ošetrovatelské péče je nutno pacienta rehydratovat a dodržovat vitaminoterapii a mineraloterapii dle ordinace lékaře. Pravidelně kontrolovat fyziologické funkce a zaznamenávat malý glykemický profil. Otoky dolních končetin jsou řešeny bandážemi a elevací končetin. Pravidelná kontrola místa vpichu PŽK (permanentní žilní katetr) a sledování lokálních i celkových známek zánětu. Pacient je první týden omezen v lůžku a vyprazdňuje do inkontinenčních pomůcek (plen), z tohoto důvodu je nutné, aby sestra kontrolovala integritu kůže v oblasti inkontinenčních pomůcek. A sledovala predilekční místa vzniku dekubitu, otláčenin a opruzenin a předcházela jejich vzniku udržováním kůže suché a čisté. V okolí pacienta je nutné dodržovat bezpečné okolí. Sledovat a dokumentovat stav spolupráce a zda se pacient neprojevuje agresivně či autoagresivně (poškozování sama sebe).

Farmakoterapie: (1.-7. den hospitalizace)

INFUZNÍ TERAPIE

*Glukóza 5% 500ml+
2 apm. Apaurinu (
Diazepam)+MgSO₄:
kapat 120ml/hod.*

FAKULTATIVNĚ

*Epi parox : Diazepam desitin rectal tube, 10 mg, 2,5 ml podat
per rectum*

*Fyz. roztok 500ml + 2
amp. Apaurinu + vit. B₁,
B₆: kapat 120ml/hod.*

*Nauzea, zvracení: Torecan 6,5 mg, rct sup., podat 6,5 mg per
rrectum*

*Hypertenze, tachykardie: TK nad 160/100 a P nad 100:
Tensiomin 12,5 mg, tbl, per os*

Vasocardin 50 mg, tbl, per os

Vyšetření sestrou:

TT: 36,7 C

TK: 155/95

Puls: 82

Výška: 184 cm

Váha: 85 kg

BMI: 25,11

10.-31. den hospitalizace:

Pacient je postupně zařazen do režimové léčby, snaží se spolupracovat a utvářet náhled. Postupně je pacient více orientovaný, bez psychotických prožitků (halucinace zvířat, akutní zmatenost). Po základní stabilizaci je přeložen na akutní část oddělení.

Omezovacích prostředků již není třeba. Je zapojen do programu, kterého se pravidelně účastní. Terapeutem mu byl zadán úkol postoupit do druhé fáze léčby a vypracovat úkol, diagram „Já a situace, kterým se záměrně vyhýbám“. Zadaný úkol pacient pečlivě zpracoval. Nejvíce se obává finančních problémů a dopadů deliria a alkoholové závislosti na jeho zdraví tělesné i psychické. Tento úkol se mu nadále terapeutem rozšířil o zpracování plánu, jak tyto situace řešit. V následujícím týdnu vypracoval pacient i tento úkol, současně postoupil do druhé fáze léčby. V kontaktu je pacient stále velmi naléhavý, opakovaně vyžaduje individuální konzultace s lékařem, intenzivně se dožaduje antidepresivní medikace, přestože byl opakovaně edukován. Pacient dosáhl dalšího režimového postupu, stále je bez vycházek, neboť je u něj vysoké riziko recidivy. Od devátého dne hospitalizace je v režimu F1, je pod kontaktním dohledem, který je prováděn každé 3 hodiny personálem. Následně po pečlivém plnění zadaných úkolů a tvorbě nadhledu a motivace přestupuje 27.den hospitalizace do režimu F2. Stále trvá kontaktní dohled každé 3 hodiny, ale vycházky má s doprovodem nebo chodí samostatně do zahrady oddělení. Somaticky je pacient kardiopulmonálně kompenzovaný, bez psychotických projevů. Z důvodu mírné tenze a úzkosti byla zvolena antidepresivní medikace. Pacient je bez bolesti, otoky dolních končetin ustupují, byla mu naordinována vazoprotektiva. Bolest pacient neudává. Tržná rána na temeni hlavy se hojí bez známek zánětu. Hyperlipidemie (zvýšená hladina tuků v krvi) je řešena farmakologicky. Pacient má stále zvýšené jaterní testy a tak užívá hepatoprotektiva (léky podporující regeneraci jaterní tkáně a zlepšení jaterních funkcí). Z ošetrovatelského hlediska je pacient komunikativní a stabilizovaný, orientovaný a soběstačný. Z důvodu nasazení antidepresivní léčby se pravidelně, pomocí rozhovoru kontrolován jeho psychický stav.

Farmakoterapie : (10.-31.den hospitalizace)

PER ORÁLNÍ MEDIKACE

FAKULTATIVNÍ

*Mirtazapin sandoz 45 mg tbl 0-0-0-1
per os*

*Epi parox: Diazepam desitin rectal tube,
2,50 ml podat per rectum*

Deprex 20 mg tbl

1-0-0

Nespavost 23:00-2:00 hod.:

<i>per os</i>		<i>Buronil 25 mg, tbl, podat per os</i>
<i>Quetiapin milan 25 mg tbl</i>	<i>0-0-0-1</i>	<i>Poranění jazyka: Chamomilla vulgaris,</i>
<i>per os</i>		<i>Podat per os</i>
<i>Tezeo 80 mg tbl</i>	<i>1-0-0</i>	
<i>per os</i>		
<i>Sortis 10 mg tbl</i>	<i>0-0-1</i>	
<i>per os</i>		
<i>Detralex 500 tbl</i>	<i>1-0-1</i>	
<i>per os</i>		
<i>Omeprazol stada 20 mg tbl</i>	<i>2-0-0</i>	
<i>per os</i>		
<i>Lagosa tbl</i>	<i>1-0-2</i>	
<i>per os</i>		

32. – 70. den hospitalizace

Pacient přechází na oddělení následné péče, je zde zařazen do terapeutické skupiny „Bílá skupina“, do této skupiny jsou zařazováni pacienti s recidivou v minulosti, automaticky jsou do této skupiny zařazováni pacienti, kteří si volí nejkratší dvouměsíční léčebný program a Ti, kteří do léčby nastoupili pod tlakem rodiny či životních okolností či nedobrovolně a nemají velkou motivaci. Pacient je po přeložení na oddělení následné péče dobře adaptován. Komunikuje s personálem i na terapeutických skupinách a aktivitách. Terapeutické úkoly zpracovává pilně. V rozhovorech je ale mírně manipulativní. Během rozhovoru mluví o odhodlání abstinenci dodržet, ale stále má sklon k extrpunitivnosti (hledání viny mimo sebe, svalování viny na ostatní, nepřijímá zodpovědnost za své vlastní chyby), což by mohlo být po propuštění rizikové. Účastní se pracovních a zájmových aktivit, pravidelně dochází do dílen, na ergoterapii, pomáhá na statku. Je slušný a většinou v dobré náladě. Elaboráty zpracovává pilně. Pravidelně se přihlašuje na individuální konzultace s lékařem. Pacient postoupil do režimu P3V, tudíž již může chodit na vycházky s osobním listem, který se pravidelně kontroluje jak u opouštění pavilonu, tak i na pracovních a volnočasových

aktivitách a stejně tak i během návratu na pavilon. Pacient má možnost si žádat o telefonáty, aby si mohl řešit svou pracovní a sociální situaci. Ty mu vždy povoluje lékař. 40.den hospitalizace pacient postupuje do posledního režimu léčby P4.

Somaticky je pacient kompenzovaný, otoky dolních končetin již vymizely, bolesti pacient neudává. Fyziologické funkce má v normě. Rána na temeni hlavy je zahojená, momentálně si ji pacient pravidelně ošetřuje mastí. Je apychootický a asuicidální. Jaterní testy má již skoro v normě. Z ošetrovatelského hlediska je pacient samostatný, orientovaný, bez projevů agrese, spolupracující. Pravidelně se hlásí personálu.

Farmakoterapie: (32.-70.den hospitalizace)

PER ORÁLNÍ MEDIKACE

FAKULTATIVNÍ

Mirtazapin sandoz 45 mg tbl 0-0-0-1
per os

Epi parox: Diazepam desitin rectal tube,
2,50 ml podat per rectum

Nespavost 23:00-2:00 hod.:

Buronil 25 mg, tbl, podat per os

Poranění jazyka: Chamomilla vulgaris,

Omeprazol stada 20 mg tbl 1-0-0

per os

Quentiapin milan 25 mg tbl 0-0-0-1

per os

Tezeo 80 mg tbl 1-0-0

per os

Sortis 10 mg tbl 0-0-1

per os

Detralex 500 mg tbl 1-0-1

per os

B-komplex forte, tbl. 1-0-0

per os

Vyšetření sestrou:

TK: 145/80

D: 17/min

Vyšetření sestrou:

TK: 145/80

D: 17/min

Puls: 85

Váha: 89 kg

Výška: 184 cm

BMI: 26,29

Laboratorní vyšetření:

Biochemie

	Výsledek	Jednotka	Fyziol. meze
Minerály			
Sodík	146	mmol/l	136-145
Draslík	0,5	mmol/l	3,5-5,1
Chloridy	110	mmol/l	97-108
Hořčík	0,86	mmol/l	0,66-1,07
Osmolalita	295	mmol/kg	275-295

Jaterní profil

GGT	1,30	μkat/l	0,00-1,24
-----	-------------	--------	-----------

Hematologie

Krevní obraz

Leukocyty	8,66	10 ⁹ /l	4,00-10,00
Erytrocyty	4,17	10 ¹² /l	4,00-5,80
Hemoglobin	142	g/l	135-175
Hematokrit	0,413	l/l	0,400-0,500
MCV	99	fl	82-98
MCH	34	pg	28-34
MCHC	344	g/l	320-360
Trombocyty	313	10 ⁹ /l	150-400
RDW	13,5	%	10,0-15,2

2.4.2 SUBJEKTIVNÍ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacient má první dny hospitalizace zkruslené stavem deliria. Není si schopn plně vybavít vzpomínky z příjmu k léčbě a na první dny léčby. Popisuje strach ze selhání na počátku léčby a při volbě léčebného programu. Popisuje předchozí průběh poslední ukončené léčby, kdy si zvolil pavilon následné péče, kde mají pacienti volnější režim, ale jsou na ně kladeny mnohem vyšší nároky. Léčba byla pro něj tenkrát velmi náročná, proto si tentokrát zvolil jiné oddělení a základní dvouměsíční modul léčby. Chtěl zkusit něco jiného a zda mu tato varianta nebude vyhovovat více. Subjektivně má velmi pozitivní vzpomínku na první setkání se svou lékařkou, ke které má velkou důvěru. Ona v něm probudila motivaci a zájem o léčbu. Během léčby nejvíce prožívá úzkost z finančních problémů. Pacient si postupně buduje náhled na onemocnění. Uvědomuje si své chyby a selhání. Stále od sebe očekává příliš mnoho. Za svou situaci se velmi stydí. Některé terapeutické aktivity mu přijdou neefektivní. Nerad navštěvuje skupinu Anonymní Alkoholici.

2.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Stanovení ošetřovatelských diagnóz je součástí ošetřovatelského procesu. Ten je definován jako pracovní metoda, kterou nelékařští zdravotní pracovníci zjišťují a posléze uspokojují potřeby jednotlivců. Ošetřovatelský proces je ukotven ve Věstníku č.9/2004 Sb., ale jeho vznik bychom hledali ve Spojených státech amerických v 50.letech 20.století kde patří mezi standardy asociace sester. Hlavními fázemi ošetřovatelského procesu je zjišťování a sběr informací o zdravotním, psychickém a komplexním stavu pacienta, dále je to vyhodnocení stavu pacienta a stanovení ošetřovatelské diagnózy, vytvoření ošetřovatelského plánu a intervencí a hodnocení jejich efektivity. Ošetřovatelská diagnóza je potřeba, která je narušena onemocněním či změnou zdraví pacienta. Vychází z potřeb, které je sestra schopna a kompetentní řešit.

2.5.1 RIZIKO INFEKCE Z DŮVODU TRŽNÉ RÁNY NA HLAVĚ (00004)

Faktory vzniku:

Mezi vlivy podílející se na vzniku infekce u pacienta s alkoholovou závislostí je hrozba mechanického dráždění, jako následek dezorientace a neklidu během odvykacího stavu, malnutrice z důvodu dlouhodobě špatné životosprávy a chronická onemocnění.

Ošetrovatelský cíl :

- Pacient nejeví celkové ani lokální známky zánětu v místě rány

Ošetrovatelské intervence:

- Kontroluj oblast rány na hlavě a lokální projevy zánětu (rubor, dolor, calor, tumor, functio leasa), pravidelně každých 24 hodin
- Zabraň přenosu nosokomiálních infekcí
- Postupuj asepticky při péči o ránu
- Ptej se pacienta na bolest
- Měř pacientovi tělesnou teplotu

Hodnocení stavu:

Pacientovi byla pravidelně každých 24 hodin kontrolována rána na temeni hlavy. Vzhledem k rozvoji deliria tremens a nespolupráce pacienta, nebylo možné pacienta efektivně edukovat o rizicích vzniku infekce. Každých 24 hodin byly sledovány lokální projevy zánětu. Tělesná teplota byla měřena pravidelně 1x denně. Rána byla ošetřována chlorhexidinem a byla bez projevů infekce. Cíl byl splněn.

2.5.2 AKUTNÍ ZMATENOST (00128)

Faktory vzniku:

Při léčení alkoholové závislosti jsou nejzásadnějšími faktory ovlivňujícími vznik akutní zmatenosti, rozvoj deliria tremens, alkoholová demence, hypoglykemie a úrazy hlavy. Pacienti jsou v akutních stavech a prvních dnech detoxikace dezorientovaní, trpí halucinacemi což vznik zmatenosti ještě potencuje a zhoršuje.

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient je orientovaný časem osobou, místem i souvislostmi, situací
- Pacient má pravidelný spánkový cyklus
- Pacient se cítí bezpečně, neohroženě

Ošetrovatelské intervence:

- Vyhodnot' poruchy orientace
- Zjišťuj příčiny vzniku akutní zmatenosti
- Vytvářej klidné prostředí
- Nepřetěžuj pacienta
- Dávej pacientovi jednoduché úkoly
- Zajisti bezpečnost pacienta (odstraň překážky a nebezpečné předměty z jeho okolí)
- Pravidelně podávej léky ordinované lékařem pro zklidnění

Hodnocení stavu:

Během dezorientace pacienta zdravotní sestra pravidelně kontrolovala stav pacienta (nepřetržitý dohled). Trpělivě mu opakovala odpovědi na jeho otázky a budovala v pacientovi pocit důvěry a bezpečí. Z pacientova okolí byly odstraněny veškeré nebezpečné předměty, kterými by mohl ohrozit sebe nebo své okolí a byla mu pravidelně podávána medikace v podobě infuzní terapie. Pacient pravidelně pod dohledem zdravotnického personálu užívá léky ordinované lékařem a jeho stav je kompenzovaný.

2.5.3 PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU ÚZKOSTI (00095)***Faktory vzniku:***

Jedním ze symptomů závislosti na alkoholu bývá velmi často porucha spánku, nejčastěji jeho kvality a doby trvání. Poruchy spánku vznikají i u odvykacího stavu.

Hlavními faktory jsou faktory psychogenní, mezi které patří stres, úzkost, deprese, nutkavé myšlenky, přemýšlení nad rodinou a budoucností. U pacientů s abúzem alkoholu se často přidává i narušení denního biorytmu, únava, špatná spánková hygiena a návyky. Velký vliv zde mají i zevní faktory, zejména během hospitalizace jako jsou změna prostředí, nedostatek

soukromí, rušivé návyky ostatních pacientů na pokoji, práce zdravotnického personálu (pravidelný dohled nad pacienty během noci)

Ošetrovatelské cíle:

- Pacient pociťuje pocit větší odpočatosti
- Pacient popisuje zlepšení v kvalitě a době trvání spánku
- Pacient dodržuje spánkovou hygienu
- Pacient spí celou noc

Ošetrovatelské intervence:

- Zjišťuj příčiny proč pacient nemůže kvalitně spát a usínat (návyky spolubydlících na pokoji, stresové faktory, stavy úzkosti, strach)
- Pozoruj faktory, které jeho spánek ovlivňují
- Zjišťuj jeho subjektivní pocity
- Dodržuj pacientovu fakultativní ordinaci léků při problémech se spánkem
- Kontroluj a zapisuj efektivnost medikace
- Zajisti klidné prostředí pro usínání
- Nauč pacienta zklidňující praktiky a metody (relaxace, četba před spaním)
- Kontroluj pacientův denní režim
- Zabraň, aby pacient spal během dne (kontrola pacienta v době osobního volna)
- Konzultuj situaci s psychoterapeutem

Hodnocení stavu:

S pacientem je pravidelně hovořeno o vlivech, které narušují jeho usínání. Pacient si pravidelně stěžuje na stavy úzkosti a strachu z těžké sociální situace a dluhů, to je řešeno podáváním antidepressivní farmakoterapie a podáváním fakultativní medikace, která je mu ordinována pokud nespí mezi 23:00-2:00 hod. Zdravotní sestra pravidelně kontroluje pacienta zda je přes den aktivní a ve svém osobním volnu nespí a zda-li se nevyhýbá terapeutickým aktivitám. Stav se zlepšuje. Pacient udává zlepšení a během noci spí.

2.5.4. NEEFEKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE (00069)

Faktory vzniku:

Neefektivní zvládání zátěže je stav, kdy jedinec není schopen posoudit stresory a zvolit vhodnou volbu odpovědi na ně. Tento stav může mít kořeny již ve výchově a dospívání a nebo mohou faktory vznikat ze životní situace jako je velký pracovní stres, neschopnost odpočívat, nedostatek spánku, abúzus alkoholu a jiných návykových látek, nepřiměřená důvěra ve vlastní schopnosti.

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient je schopen vyhodnotit své schopnosti
- Pacient umí rozpoznat neefektivní chování a jeho důsledky (pití alkoholu)
- Pacient zvládá relaxační techniky

Ošetrovatelské intervence:

- Mluv s pacientem o jeho subjektivních pocitech
- Nauč pacienta relaxační techniky
- Podporuj pacienta v nácvičku volnočasových aktivit
- Pomáhej mu při řešení pracovních a sociálních situacích
- Pravidelně s pacientem ved' rozhovory a informace zapisuj do dokumentace

Hodnocení:

U pacienta se již od počátku terapie silně projevuje neschopnost řešit stresové situace v životě a jeho vyhýbání se jim. Jako terapeutický úkol plnil elaborát, právě na toto téma. Během rozhovorů s pacientem, je zcela zřetelné vyhýbání se zátěžových a stresovým situacím a silná obavná nálada z propuštění. Zdravotní sestry s pacientem 1x týdně vedou rozhovor a podporují pacienta ve správných a naučených postupech (uvědomit si následky pití, vyhodnotit adekvátní řešení) při řešení problémů a zapisují informace do dokumentace. Nacvičují s pacientem relaxační techniky, zjišťují jeho subjektivní pocity po návštěvě přítelkyně. Pacient se vyznačuje snahou o zakotvení správných metod řešení stresových situací.

Závěr

Závislostní problematika je velmi aktuální problém naší společnosti. S nárůstem užívání alkoholu ve společnosti narůstá i počet hospitalizovaných v nemocnicích. Chronické užívání alkoholu má vliv na rozvoj řady chronických onemocnění a dopady škodlivého užívání alkoholu na psychiku pacienta jsou velmi rozsáhlé.

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat péči o pacienta závislého na alkoholu a průběh jeho léčby. Pro svou práci jsem si vybrala oddělení následné péče adiktologie s režimovým opatřením v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Pacienti zde mají možnost modulární léčby, kdy se spoluúčastní při výběru modulu léčby a doby trvání léčby.

Pro zpracování kazuistiky jsem zvolila pacienta se závislostí na alkoholu a rozvojem deliria tremens po odnětí alkoholu, který byl hospitalizován opakovaně. Ošetrovatelskou anamnézu jsem vytvářela v době jeho pobytu na oddělení následné péče a dále jsem měla možnost pacienta sledovat až do jeho propuštění. Práce je rozdělena do dvou částí a to teoretické, kde popisuji zejména symptomy odvykacího stavu, syndrom závislosti a možnosti terapie. Druhá část je část praktická, zde jsem využila poznatky z oddělení adiktologie a popisuji zde moduly léčby a průběh hospitalizace. Ten jsem rozdělila do třech částí. Příjmu a prvních dnů hospitalizace, akutní péče a následné péče. Každá z těchto fází hospitalizace byla pro pacienta přelomová. V první fázi se pacient potýkal s vážným odvykacím stavem, v druhé fázi si utvářel náhled a motivaci a volil si modul léčby a v poslední fázi procházel intenzivní psychoterapií a připravoval se na život po ukončení léčby.

Ošetrovatelská péče o pacienty se závislostní problematikou je velmi zajímavá nejen pro odbornost sesterské práce, ale také pro vysokou míru tolerance a empatie v tomto oboru. Přesto je ošetrovatelská péče o adiktologické pacienty velmi naplňující.

Seznam použité literatury

1. Alkohol a mé zdraví: Rizika spojená s dlouhodobým užíváním. <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/> [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2019 [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/alkohol-a-me-zdravi/>
2. BARDODĚJ, Z. Introduction to Chemical Toxicology,1.vyd. Praha: Karolinum, 1999, 71 s. ISBN 80-7184-979-0
3. BUREŠ,Jan, HORÁČEK, Jiří, MALÝ, Jaroslav et al., *Vnitřní lékařství*,2.vyd. Praha: Galén, 2014, 538 s. ISBN 978-80-7492-145-2
4. DOBROVODSKÁ, Libuše. Nursing Times. *Florence* [online]. Praha, 2009(41) [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/4/nursing-times-2009-105-c-41/>
5. HERDMAN,T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy:definice a klasifikace...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ, přeložil Petra MANDYSOVÁ, Praha:Grada, (2010).ISBN 978-80-247-5412-3.
6. KALINA,K. a kol., *Klinická adiktologie*, 1.vyd.Praha: Grada, 2015, 696 s, ISBN 978-80-247-4331-8
7. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4743-615.
8. KELTNER, Norman L. a Debbie STEELOVÁ. *Psychiatric Nursing*. 8. Elsevier Health Sciences, 2018. ISBN 9780323528740.
9. MRAVČÍK, Viktor, Pavla CHOMYNOVÁ a Kateřina GROHMANNOVÁ. et al., Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. *Zaostřeno* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2017, 2017(12) [cit. 2020-04-04].Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf

10. NEŠPOR, Karel, HERLE, Petr, ed. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, [2019]. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-7496-410-7.
11. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
12. POPOV, Petr. Závislost na alkoholu. *Www.solen.cz* [online]. 2003, 1/2003, , 29-32 [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/01/07.pdf>
13. Psychiatrická propedeutika. *Telemedicina.med.muni.cz* [online]. Brno: Institut biostatistiky a analýz [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <https://telemedicina.med.muni.cz/psychiatricka-propedeutika/index.php?pg=text--vysetreni-v-psychiatrii--vysetrovaci-metody>
14. SEDLÁŘOVÁ, Petra, Marie ZVONÍČKOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katetry. *Medicina pro praxi* [online]. 2017, (14(2)), 94-97 [cit. 2020-09-06]. Dostupné z: <https://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/10.pdf>
15. SEEMANOVÁ, Eva. Fetální alkoholový syndrom. *Revue České lékařské akademie* [online]. 2013, 9/2013, 9,23-24 [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: http://www.medical-academy.cz/cla/revue_9_2013.pdf
16. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Uplatňovanie modelu Nancy Roperovej v ošetrovateľskej starostlivosti u neurologických pacientov. *Ošetrovateľský obzor* [online]. 2010, 1/2010, 7, 84-91 [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: <http://www.ošetrovatelsky.herba.sk/index.php/rok-2010/35-4-5-2010/187-uplatnovanie-modelu-nancy-roperovej-v-ošetrovateľskej-starostlivosti-u-neurologických-pacientov>
17. SZÁANTOVÁ, Mária. *Alkohol a pečeň pohľadom hepatologa*. Psychiatria pre prax [online]. www.solen.sk, 2013(14), 114-118 [cit. 2020-3]. Dostupné z: http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6463&magazine_id=2

18. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
19. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
20. VODIČKA, Michal. Wernickeova encefalopatie. *Neurologie pro praxi* [online]. 2015, 2015, **6**, 360-364 [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/06/10.pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Souhlas etické komise

Příloha č.1

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : PN Bohnice, Adiktologie, muži, následná péče

Datum a čas odběru anamnézy : 8.11.2019

Jméno (iniciály) : F. M.

Pohlaví: Muž

Věk : 48 let

Datum přijetí : 5.10. 2019

Stav: **rozvedený**

Povolání: **nezaměstnaný**

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): **Poruchy způsobené alkoholem,
Odvykací stav po odnětí alkoholu
Delirium tremens**

Chronická onemocnění : ...**Hypertenze**.....
...**Hyperlipidémie**.....

Infekční onemocnění: **NE** ANO.....
Režimová opatření:.....

Léčba: **Farmakologická, psychoterapie**

Operační výkon:..... Pooperační den:.....

Farmakoterapie: **Mirtazapin 45 mg, tbl** **B-komplex forte, tbl**
Omeprazol 20 mg, tbl **Epi parox: Diazepam desitin, per rectum**
Quetiapin 25 mg, tbl **Nespavost: Buronil 25mg, tbl**
Tezeo 80 mg, tbl
Sortis 10 mg, tbl
Detralex 500 mg, tbl

Jiné léčebné metody: **Bandáže dolních končetin**
Chamomile mast- poranění jazyka
Chlorhexidine mast- poranění hlavy

Má nemocný informace o nemoci : **ano** ne částečně

Alergie : **ano** ne jaké:

Fyziologické funkce : P : **85** TK : **145/80** D : SpO2 : -- TT : **36,5 C**

1) Vědomí

stav vědomí : **při vědomí** porucha vědomí bezvědomí GSC : **15 b.**

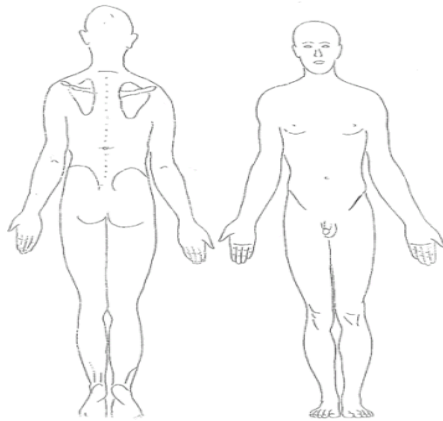
Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná

ne

lokalizace :



Intenzita : / / / / / / / / / / / / / / /
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne

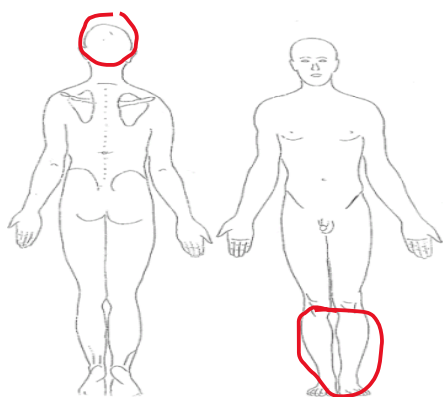
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne

Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: **33b.**

lokalizace :



Hodnocení rány: **1. Otoky dolních končetin, 2. Tržná rána na temeni hlavy**

Ošetření rány: **1. Otoky DK řešeny bandážemi a elevací končetin, 2. Tržná rána sešita, bez krytí, aplikace masti s chlorhexidinem**

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba) **Hypertenze, Hyperlipidemie, Chronický abúzus alkoholu, Poruchy paměti z důvodu závislosti na alkoholu**

Úrazy: ano ne jaké: **úraz hlavy po pádu**

6) Výživa, metabolismus

Dieta: **2**..... Nutriční skóre:.....

Hmotnost : **89 kg** Výška : **184 cm** BMI: **26,29**

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin : **2 litry** Druh tekutin : **voda, limonáda**

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik: **3 kg**

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

datum poslední stolice : **8.11. 2019**

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

..... **samostatně na WC**

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : **chodící, volný pohyb po oddělení**

Barthel test: **100 bodů, nezávislý**.....

Riziko pádu: ANO skóre: **3 body, bez rizika** **NE**

Pohyblivost : **chodící samostatně** chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : **6 hodin** hodina usnutí : **okolo 2:00 hod.**

poruchy spánku : ano ne jaké : **nespavost**

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : **pacient naučen spát v tichu**

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké : **krátkozrakost**

potíže se sluchem: ano ne jaké:

porucha řeči: ano ne jaká :

kompenzační pomůcky: ano ne jaké : **brýle na dálku**

orientace : **orientován**

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: **x klidný** rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce: **x dobrá** obtížná.....

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano **x ne**

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : **bydlet bude s přítelkyní**

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano **x ne** jaké :Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano **x ne**

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:.....

Stav :

centrální datum zavedení: kde:.....

stav :

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý
 100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu
Anamnéza:

<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		
1 bod		
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespolupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
Celkem:		
0-4 body	Bez rizika	
5 – 13 bodů	Střední riziko	
14 – 19 bodů	Vysoké riziko	

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		
	15 bodů - pacient při plném vědomí	
	3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

Pacient je při vědomí, orientovaný, bez známek agrese. Spolupracující.

Na temeni hlavy – tržná rána po pádu, šita, bez známek zánětu. Pravidelně ošetřována mastí s chlorhexidinem. Pacient afebrilní. Bolest pacient neudává.

Otoky dolních končetin- řešeno bandážemi dolních končetin a elevací DK.

Invazivní vstupy pacient nemá.

Pacient si stěžuje na nespavost a problémy s usínáním, řešeno farmakologicky.

Psychicky je pacient kompenzovaný, přetrvává u něj obavná nálada a tenze, tento stav je řešen psychoterapií a farmakologicky, v případě zhoršení stavu konzultovat s lékařem a psychoterapeutem.

Pacient je pod zvýšeným dohledem.

V Praze dne 3.11.2019

PN Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8

VĚC: ŽÁDOST O SBĚR DAT KE ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Žádám o umožnění sběru dat v rámci zpracování bakalářské práce, kterou budu zpracovávat jako závěrečnou práci svého studia na 3. lékařské fakultě UK, obor studia Všeobecná sestra bakalář, v době plnění odborné praxe (3.11. – 10.11.2019) na psychiatrickém oddělení adiktologie, pav. 18.

Bakalářská práce bude psána pod názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s alkoholismem na adiktologickém oddělení. Bude psána jako případová studie a její součástí bude jak teoretická část, tak kazuistika. Pro zpracování kazuistiky, bude potřeba nahlížet do zdravotní dokumentace pacienta a osobní rozhovor s pacientem. K práci bude přiložen i podepsaný informovaný souhlas pacienta.

K žádosti přikládám strukturu bakalářské práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení.

Romana Černá
Vratislavská 397
181 00 Praha 8

Etická komise žádost projednala korespondenčně a vyslovila souhlas s realizací výzkumu pod podmínkou úplné anonymizace dat a zachování pravidel GDPR.

V Praze dne 4.11.2019

MUDr. Richard Krombholz, MBA, předseda EP PNB P-8

Psychiatrická léčebna Bohnice
Etická komise
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,
Tel.: 28 4018141
e-mail: eticka.komise@plbohnice.cz
www.plbohnice.cz


MUDr. Richard KROMBHOLZ, MBA
primář