

Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí - možnosti prevence a časné intervence

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a PhDr. Ladislav Csémy
Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001, s. 36.

Obsah

Úvod a poděkování.....	2
Důsledky nadměrného stresu a návykového chování ve zdravotnictví.....	3
Výskyt návykových rizik u zdravotnických profesí.....	5
Rizikovitost ve vztahu k oboru medicíny.....	5
Rizikovitost ve vztahu k osobnostním charakteristikám.....	5
Rizikovitost ve vztahu k pohlaví.....	6
Začínající lékaři.....	7
Rizikové faktory práce ve zdravotnictví	8
Protektivní (ochranné) faktory práce ve zdravotnictví	9
Primární prevence	10
Primární prevence - samotný zdravotník	10
Primární prevence - zaměstnavatelé a vzdělávací instituce	12
Primární prevence - vzdělávací instituce	12
Specifika primární prevence u lékařů	14
Specifika primární prevence u zdravotních sester	14
Specifika primární prevence u jiných zdravotnických pracovníků	15
Krátká a časná intervence	16
Některé postupy používané při krátké intervenci.....	16
Léčba	19
Specifika léčby závislých lékařů	19
Prognóza	20
Specifika léčby zdravotních sester a dalších pracovníků ve zdravotnictví	20
Přílohy	21
Příloha 1. Návykové nemoci podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)	21
Akutní intoxikace	21
Škodlivé užívání.....	21
Syndrom závislosti	21
Odvykací stav a odvykací stav s deliriem.....	22
Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy).....	22
Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu vyvolaného psychoaktivní látkou.....	22
Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem	23
Patologické hráčství	23
„Závislost na práci“ („workaholismus“).....	23
Příloha 2. Relaxační techniky	25
Jógová relaxace (šavásana)	25
Meditace klidu (samatha)	26
Závěr.....	27
Stručná doporučení zdravotníkům - primární prevence.....	27
Stručná doporučení zdravotníkům, kteří mají návykový problém	28
Stručná doporučení vedoucím pracovníkům ve zdravotnictví.....	29
Literatura	31

Úvod a poděkování

Pro ty, kdo nemohou, s ohledem na nedostatek času, číst celou publikaci, shrneme její hlavní praktická doporučení v závěru. V češtině existují sice práce týkající se léčby závislých lékařů, tato problematika však nebyla zpracována komplexně tak, aby zahrnovala prevenci během pregraduálního vzdělávání, prevenci v rámci postgraduálního vzdělávání (zejména u rizikových oborů), časnou diagnostiku a intervenci a specifika léčby zdravotníků. Práce týkající se prevence a časné intervence pro problémy působené návykovými látkami u středních a zejména nižších zdravotnických pracovníků nejsou časté ani v zahraniční literatuře. Zkušenosti z praxe přitom ukazují, že problémy působené návykovými látkami jsou u těchto pracovníků časté a přinášejí četné komplikace jim, spolupracovníkům i pacientům. Podle údajů ÚZIS (Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky č. 12 z 19. 4. 2000) pracovalo v resortu zdravotnictví koncem roku 1999 téměř 36 000 lékařů a přes 104 000 středních zdravotnických pracovníků. K tomu je třeba připočítat jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví a ty, kdo se na zdravotnická povolání připravují. Prevence problémů působených návykovými látkami i prevence nadměrného stresu u zdravotníků je důležitá i pro jejich rodinné příslušníky a v neposlední řadě pro pacienty. Děkujeme Ministerstvu zdravotnictví České republiky za podporu tohoto důležitého projektu. Firmě Sportpropag, a. s., děkujeme za tradičně dobrou a pružnou spolupráci při publikaci a distribuci tohoto materiálu. Zejména jsme za připomínky i povzbuzení zavázání kolegům zdravotníkům. Za všechny bychom zde jmenovali MUDr. Miloše Krutinu a prof. MUDr. Tomáše Zimu, DrSc.

Důsledky nadměrného stresu a návykového chování ve zdravotnictví

Důsledky nadměrného stresu a návykového chování se prolínají. Nadměrný a příliš dlouho trvající stres zvyšuje riziko vzniku závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách a naopak návykový problém zvyšuje míru stresu v důsledku hromadících se problémů v různých oblastech života. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že riziková není pouze závislost¹, ale i škodlivé užívání návykových látek. Dokonce i prostá intoxikace, aniž by docházelo ke škodlivému užívání, může mít pro zdravotníka i jeho pacienta závažné důsledky. Některé důsledky nadměrného stresu a návykového chování lze shrnout následovně:

Některé důsledky nadměrného stresu a návykového chování

	Důsledky nadměrného stresu	Důsledky návykového chování
Duševní rovina	Neklid, úzkost, roztěkanost, horší soustředění i paměť, poruchy spánku, někdy únik do snění. Kolísání nálad, podrážděnost. Později deprese, zhoršená sebekritičnost, horší kontakt s realitou, egocentrismus, nerozhodnost, apatie, unavenost.	Podobně jako u stresu, navíc známky psychické závislosti jako craving (bažení), zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce, zanedbávání jiných zájmů a pokračování vzdor škodlivým následkům.
Tělesná rovina	Svalové napětí, problémy s trávením, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, plynatost, časté nucení na močení, sevřené hrdlo, sexuální problémy, menstruační poruchy, bolesti hlavy, potíže s páteří, bušení srdce, různé bolesti bez zjevné tělesné příčiny, vyšší riziko srdečních onemocnění, hypertenze, diabetu, oslabení imunitního systému, nemoci pohybového systému a řada dalších psychosomatických onemocnění. Více vykouřených cigaret, vypitého alkoholu anebo vyšší spotřeba psychofarmak. Vyšší riziko úrazů (např. dopravních nehod).	Podobně jako u stresu, navíc tělesné známky závislosti (růst tolerance a odvykací stavy, jestliže příslušná látka tělesný odvykací stav vyvolává) a také zhoršování existujících zdravotních problémů návykovým chování (např. hypertenze, jaterní problémy, diabetes nebo duševní obtíže).
Rodinný život	Skrytá nebo zjevná napětí v rodině, nedostatek času na druhé, neschopnost jim projevat sympatii a účast, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí, jejich citová deprivace nebo subdeprivace, neřešené problémy s nimi. Odcizení manželů, manželka se cítí zanedbávaná, přehlížená, osamělá povrchní vztahy bez citové hloubky, frustrace, hněv nebo pocity méněcennosti u partnera, vyšší riziko rozvodů. Nejstarší děti jsou často nuceny přebírat role dospělých (tzv. parentifikace dětí, Robinson a Chase, 2001), což nese rizika pro jejich duševní zdraví (včetně vyššího rizika návykových nemocí) a	Podobně jako u stresu, navíc často i existenční problémy, vyšší riziko sexuálního zneužívání dětí nebo jejich týrání, fetální alkoholový syndrom nebo riziko poškození plodu jinými návykovými látkami.

¹ Definice závislosti a škodlivého užívání podle Mezinárodní klasifikace nemocí viz příloha.

	jejich další vývoj.	
Pracovní oblast	Problémy při týmové práci, manipulativní tendence a vytváření zbytečné práce nebo krizí. Postupná ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, apatie, později soustavné zanedbávání povinností a syndrom vyhoření. ²	Podobně jako u stresu, navíc selhávání a hrubé chyby při práci. Nedůvěra spolupracovníků či pacientů, pocity viny, které se snaží pracovník kompenzovat zvýšenou aktivitou, což vede v bludném kruhu k vyčerpání a dalšímu návykovému chování.

Je nápadné, že důsledky nadměrného pracovního stresu a problémů působených návykovými látkami se do značné míry překrývají. Nikoliv náhodou se u lidí nadměrně se věnujících práci hovoří o workaholismu (v češtině viz Nešpor, 1998), i když se u práce nejedná o závislost v pravém slova smyslu, jak je definována v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Návykové látky zpravidla působí na rodinný život ještě hůře než „workaholismus“.

Uvedené lze ilustrovat na anekdotickém příběhu. Syn se ptá otce, kolik vydělává za hodinu. Otec odpoví, že zhruba 20 dolarů. Syn ho požádá, aby mu 5 dolarů půjčil. Otec se ptá proč a syn odpovídá, že 15 dolarů má a že by si tak mohl koupit hodinu tátova času. Pokud by se jednalo o otce závislého na alkoholu nebo drogách, syn by asi o otcovu společnost nestál, možná by z něj měl strach a spíš by se mu vyhýbal.

² O syndromu vyhoření se podrobněji zmiňujeme v dalším textu.

Výskyt návykových rizik u zdravotnických profesí

Převažuje názor, že lékaři a zdravotní sestry jsou návykovými nemocemi ohroženi více, než běžná populace (např. Juntunen, 1988, Brooke, 1997, Bohigian, 1991). Tento názor však není akceptován všeobecně (McAuliffe a spol., 1991), někteří navíc poukazují na to, že vyšší účast zdravotníků v léčebných programech pro závislé může být částečně vysvětlena také tím, že pro zdravotníky jsou možnosti léčby dostupnější (Murray, 1977). Na druhé straně Harrison a Chick (1994) dokládají vyšší výskyt problémů působených alkoholem u lékařů jejich vyšší mortalitou na jaterní cirhózu. Avery a spol. (2000) odhadují výskyt závislosti mezi americkými lékaři na celých 10-15 % a domnívají se, že tento počet ještě vzrůstá. Jiné prameny z 80. let hovoří až o 1 % amerických lékařů závislých pouze na opioidech (Webster, 1983). Zdá se, že u lékařů existuje podstatně vyšší riziko i ve vztahu k tlumivým lékům než je tomu v běžné populaci.

Literatura týkající se epidemiologie návykových problémů u zdravotních sester není sice tak bohatá, jako je tomu u lékařů, ale jistě se nejedná o zanedbatelný problém. Griffith (1999) uvádí, že podle Americké asociace zdravotních sester má 10 - 20 % sester problém s alkoholem nebo jinými návykovými látkami.

Rizikovost ve vztahu k oboru medicíny

McAuliffe a spol. (1991) sice zpochybňují i odlišné riziko problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami u jednotlivých oborů medicíny, naprostá většina dalších autorů však zastává opačný názor. Za zvláště rizikový obor se považuje anesteziologie (Gallegos a spol., 1988, Lutsky a spol., 1993) a tzv. „emergentní medicína“ (McNamara a Margulies, 1994) a také psychiatrie (Hughes a spol., 1992). Citovaní autoři k tomu uvádějí, že relativně nejmenší riziko je u pediatriů a patologů. Brooke a spol. (1993) nezjistili podstatné rozdíly v nevhodném užívání návykových látek mezi praktickými lékaři a lékaři v nemocnicích. Návykové problémy se rozhodně nevyhýbají stomatologům. Giannandrea (1996) uvádí, že k nejčastějším příčinám, proč není stomatolog schopen vykonávat svoji práci, patří fyzické a duševní nemoci a právě závislost na návykových látkách. Za závažný problém, který je třeba energicky řešit a nikoliv popírat, považují závislost na návykových látkách u stomatologů i Chiodo a Tolle (1997). Tito autoři odhadují na základě literatury výskyt závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách mezi americkými stomatology na 15 – 18 %. Nepřekvapuje zjištění, že podstatný není pouze obor medicíny, ale také míra profesionálního stresu. Tak Storr a spol. (1999) uvádějí, že u zdravotních sester, které byly vystaveny značnému pracovnímu zatížení, byl výskyt užívání návykových látek nepředepsaných lékařem 1,5x vyšší než u jejich kolegyň. Podobně Trinkoff a Storr (1988) zjistili za pomoci anonymního dotazníkového šetření zneužívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku u 32 % amerických zdravotních sester, při čemž u sester emergentní medicíny se zjistil vyšší výskyt zneužívání kokainu a marihuany, onkologické sestry a sestry zabývající se organizací a řízením měly větší sklon k pití v tazích a psychiatrické sestry byly častěji kuřačkami.

Rizikovost ve vztahu k osobnostním charakteristikám

Objevují se spekulace o různých specifických charakteristikách zdravotníků, kteří jsou zvláště ohroženi problémy s alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Tak Flaherty a Richman, (1993) uvádějí, že k osobnostním charakteristikám, které zvyšují riziko problémů s alkoholem u budoucích lékařů, patří narcisistická osobnost, nedostatek vřelosti, jež pociťovali v dětství, stresory ve studijním nebo pracovním prostředí a to, že je člověk jinými zneužíván. K zásadně důležitým rizikovým faktorům, který má ovšem všeobecnou platnost, patří výskyt závislosti na alkoholu rodinné anamnéze. Riziko problémů s alkoholem a jinou návykovou látkou bývá

v běžné populaci vyšší u osob trpících duševními problémy nejrůznějšího druhu. Nepřekvapí proto zjištění, že u lékařů je tomu podobně (Brooke a spol., 1993).

Rizikovost ve vztahu k pohlaví

Ženy lékařky a především ženy zdravotní sestry jsou mezi zdravotníky silně zastoupeny, české zdravotnictví je výrazně feminizováno. Ženy se obecně ve vztahu k alkoholu a ilegálním návykovým látkám chovají většinou zdrženlivěji než muži, což patrně platí i pro lékařky (Juntunen a spol., 1988, Sethi a Manchanda, 1981). Na druhé straně ovšem Flaherty a Richman (1993) uvádějí, že konzum alkoholu se u studentek medicíny v závěru studia blížil jejich mužským protějškům. Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách se u žen rozvíjí rychleji než u mužů a u žen dochází i k jiným zdravotním škodám po kratší době zneužívání alkoholu nebo jiných látek. U nás i v řadě jiných zemích roste počet žen, které mají návykové problémy. Tak poměr počtu přijetí do lůžkových zařízení pro poruchy vyvolané alkoholem byl v roce 1975 10,8 mužů na jednu ženu, kdežto v roce 1996 činil tento poměr už jen 2,6 mužů na jednu ženu³. Uvedený jev lze částečně vysvětlit působením aktivní nabídky a reklamy alkoholu a jiných návykových látek (zejména některých léků), která je zaměřena speciálně na ženy. Důležitá však bude také konvergence neboli sblížení životního stylu mužů i žen, což s sebou nese kromě výhod i rizika, jestliže žena přejímá rizikové mužské vzorce pití alkoholu. Následující přehled (částečně viz Nešpor, 2000) se týká působení návykových látek u žen.

Některá specifika působení návykových látek u žen

- Ženy mají menší játra a navíc se jejich játra ve větší míře metabolizují hormony. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u žen silněji nežli u mužů.
- Zdravotní škody po návykových látkách nastávají u žen po kratší době působení návykové látky. Alkohol i v malých dávkách kolem 20 g 100% alkoholu denně zvyšuje riziko rakoviny prsu u žen.
- Ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům, jako je hazardní hra, zpravidla zdrženlivější a opatrnější.
- Žen s návykovými problémy ale přibývá podstatně rychleji než mužů.
- Žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než naopak.
- Návykové látky včetně alkoholu u žen odsuzuje okolí více než u mužů.
- Ženy se v souvislosti s návykovým problémem dopouštějí méně často trestných činů a násilného jednání
- Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti.
- Ženy mívají větší sklon chránit své zdraví a pečovat o sebe.
- Ženám také většinou více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlit mnohem častější samotářské a tajné pití (kdežto mnohý muž se propíjí až do deliria v restauraci a veřejně).
- U žen se prokázala souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumem alkoholu. Období před menstruací je v tomto směru rizikovější.
- K specificky ženskými problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku požívání alkoholu, kouření tabáku nebo v důsledku působení jiných návykových látek.
- Závislá žena bývá také častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána.
- Většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou

³ Pramen: PhDr. L. Csémy podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

závislí na alkoholu a jiných návykových látkách.

- Rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě více než je tomu u mužů.
- Ženy si snadněji vytvářejí zdravější životní styl. Léčba závislosti u žen může být do jisté míry snazší než léčba u mužů, zdá se, že ženy např. dokáží lépe rozpoznávat a eliminovat podněty v okolí, které vyvolávají bažení a zhoršují sebekontrolu (tzv. spouštěče). To platí i pro lékařky (McGovern, 1998).
- Ústavní léčba v čistě ženských terapeutických komunitách bývá pro ženy středního věku obvykle vhodnější než léčba v koedukovaných zařízeních.

Kromě těchto obecných charakteristik je třeba u pracovnic ve zdravotnictví brát v úvahu dále zmínované rizikové faktory, zejména stres, zodpovědnost, směnný provoz a častý konflikt mezi požadavky rodiny a zaměstnání.

Začínající lékaři

Mladí lékaři přicházejí do praxe po dlouhém a náročném studiu. O jejich přijímání do pracovního poměru projevují zaměstnatelné často malý zájem, nároky praxe vyžadují osvojit si v krátké době řadu nových pracovních návyků a finanční příjem začínajícího lékaře bývá nízký. Je jistě pravda, že většina mladých lékařů tyto nároky zvládne, je ovšem otázka, za jakou cenu a nakolik to zvyšuje riziko problémů působených návykovými látkami v pozdějším životě. Whitley a spol. (1989) upozorňují, že nadměrným stresem mohou být více ohroženy mladé lékařky. Adaptaci v pracovním prostředí nezřídka komplikují někdy oprávněné pochybnosti o systému zdravotní péče (Richardsen a Burke, 1993). Kritické vnímání systému zdravotní péče může být příčinou profesionálního stresu lékařů, může však být i jeho následkem (Richardsen a Burke, 1991).

Rizikové faktory práce ve zdravotnictví

Při hledání příčin se uvažuje o specifických i nespecifických zátěžových faktorech. Zejména se zdůrazňuje vyšší míra stresu a snadná dostupnost zejména nealkoholových návykových látek u zdravotníků. Uvedené se týká zejména pracovníků emergentní medicíny, ARO a psychiatrie, ale i dalších oborů.

Některé rizikové faktory ve zdravotnictví

- Kontakt s do značné míry tabuizovanými oblastmi lidské existence (zkoumání různých tělních dutin, bolest, soukromí pacientů, smrt).
- Emoční stavy pacientů a jejich reakce (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv apod.).
- Velká odpovědnost (morální a právní), nejistota při zodpovědné volbě optimálního léčebného postupu.
- Konflikt rolí (role otce nebo matky versus nároky zdravotnické profese, terapeut versus manažer a podnikatel, který musí brát v úvahu ekonomické tlaky apod.).
- Nedostatečná pozornost vlastním neřešeným problémům, které se stykem s nemocnými často aktivují.
- Ostrý životní styl a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby.
- Velká dostupnost návykových látek. Tak Brooke et. al. (1991) uvádějí, že z 83 lékařů, kteří nevhodně užívali návykové látky, si je pouze 4 někdy v životě opatrovali na černém trhu.
- Sklon k samoléčení.
- Domnělá nebo skutečná profesionální selhání prožívají zdravotníci většinou hůře než jiné profese.
- Zdravotník bývá svým okolím často vnímán přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování profesionálního a soukromého života.
- Reálná zdravotní rizika v některých zdravotnických profesích (např. infekce nebo riziko napadení pacientem).
- Trojsměnný provoz a noční práce, někdy i spánková deprivace.
- Nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích.
- Časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání.
- Nutnost se adaptovat nové situaci a novým přístupům.
- Nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů. Stres, vyčerpání, nedostatečná gratifikace a další okolnosti týmovou práci ještě znesnadňují.
- Nárazový charakter práce v mnoha oborech. Zdravotník bývá náhle zavalen složitými někdy navzájem neslučitelnými úkoly, které má zvládat ve velmi omezeném čase.
- Syndrom vyhoření („burnout“) vzniká v důsledku dlouho trvajícího profesionálního stresu a je ve zdravotnictví relativně častý. Zprvu se dostávají pocity neuspokojení z práce, následují drobné zdravotní potíže, např. častá nachlazení nebo obtíže s pohybovým systémem. Postupně klesá pracovní nasazení a výkonnost. Tomu odpovídá i pokles sebedůvěry a energie. V bludném kruhu se pak zhoršuje symptomatologie a pracovník přestává být schopen práci vykonávat. Syndromu vyhoření lze rozhodně předcházet a lze ho i léčit.
- K obecně stresujícím faktorům patří nepředvídaný hluk. Podle americké práce zvyšuje také hluk riziko syndromu vyhoření u sester na jednotce intenzivní péče (Topf a Dillon, 1988). Uvedené rizikové faktory se neuplatňují izolovaně, ale vstupují do interakcí se specifickými charakteristikami jednotlivých pracovníků, jejich psychickou i tělesnou odolností, různými motivacemi, ale i s jejich rodinným i širším prostředím a dalšími okolnostmi.

Protektivní (ochranné) faktory práce ve zdravotnictví

Nepříznivý vliv rizikových faktorů práce ve zdravotnictví mohou kompenzovat ochranné faktory. Výčet některých ochranných činitelů následuje:

- Nadprůměrná informovanost o zdravotních záležitostech a o ochraně zdraví.
- Znalost o tom, kde hledat odbornou pomoc.
- Pocit smysluplnosti a zaujetí je jedním z protektivních faktorů ve vztahu ke stresu a zátěžovým životním událostem (Kobasa a spol. 1982, Topf, 1989).
- Obvykle vyšší inteligence a vzdělání.
- Zdravotníci mají relativně vysokou společenskou prestiž, jak opakovaně potvrzují výzkumy veřejného mínění. I to může být zdrojem určité gratifikace a může to přispívat k výše zmíněnému pocitu smysluplnosti.

Primární prevence

Prevence problémů působených návykovými látkami a stresem se u zdravotnických pracovníků do značné míry prolínají. Účinná prevence profesionálního stresu snižuje riziko problémů působených návykovými látkami a naopak efektivní prevence problémů působených návykovými látkami chrání před zdravotními, sociálními a psychologickými problémy, které by míru stresu zbytečně zvyšovaly. Z tohoto důvodu se budeme zabývat oběma uvedenými oblastmi zároveň, i když je zřejmé, že se zcela nepřekrývají.

Primární prevence - samotný zdravotník

O efektivních a neefektivních strategiích jsme v obecné rovině pojednali na jiném místě (Nešpor a spol., 1999). Zde jen opakujeme, že prosté informace zpravidla nepostačují a že účinnější je získávání tzv. dovedností potřebných pro život (sociální dovednosti, dovednosti týkající se rozhodování, organizace času, zvládání stresu apod.). Následuje výčet některých strategií primární prevence problémů působených návykovými látkami a nadměrného stresu u zdravotnických pracovníků, které mohou tito pracovníci sami používat.

Co může udělat v prevenci profesionálního stresu a problémů působených návykovými látkami zdravotník

- Vytvářet a udržovat kvalitní mezilidské **vztahy**. V této souvislosti se hovoří o sociální opoře (social support) jako o protektivním faktoru (např. Singh, 1990, Tyler a Ellison, 1994, Mallett a spol., 1991). Dobrá síť sociálních vztahů, včetně fungujícího rodinného života, což zvyšuje odolnost proti profesionálnímu stresu (např. Whitley a spol., 1989). Spokojenost manželského života ovšem bohužel není právě silnou stránkou většiny amerických lékařů (Gabbada a Menniger, 1989); studie, která by tuto oblast mapovala u nás, nám není známa.
- Mít k dispozici podstatné **informace**. Zvláště v dnešní době je důležitá schopnost s informacemi efektivně pracovat a orientovat se v nich, protože stresující může být i nadbytek informací a zahlcení jimi.
- Zvládnout potřebné pracovní **dovednosti**. Osvojení si nutných znalostí a dovedností pak dává pracovníkovi větší jistotu a sebedůvěru a pocit kompetence.
- Dobrá **komunikace** v rámci pracovního týmu i s dalšími pracovníky téže profese přirozeně usnadňuje spolupráci, má však i psychologický význam. Lidé téže profese bývají schopni si dobře porozumět, projevovat a poskytovat si pochopení a také sdílet praktické zkušenosti.
- Přirozenou strategií prevence a zvládání nadměrného stresu jsou **relaxační techniky**. Přehled některých prací týkajících se využívání relaxačních technik v medicíně viz např. Nešpor (1998). Relaxační techniky navozují tělesné i psychické změny, které jsou přirozeným opakem stresu a jsou použitelné i v prevenci u zdravotníků. Tak byl např. popsán příznivý efekt relaxace na míru stresu u zdravotních sester na Taiwanu (Tsai, 1992).
- **Dobré vnímání sebe sama** (sebeuvědomění) na tělesné i duševní úrovni je důležitým, i když nepřilíš často zdůrazňovaným faktorem. Schopnost dobře si sám sebe uvědomovat umožňuje včas reagovat na příznaky stresu, vyčerpání nebo časné známky nějaké zdravotní poruchy (Křivohlavý, 1994). Tato schopnost se dá prohlubovat např. pomocí psychoterapie, relaxačních technik a jógy. Dramatickým příkladem, který dokládá důležitost sebeuvědomění, jsou tzv. „tiché infarkty“, tedy srdeční infarkty, které si postižení nijak neuvědomili, a tedy ani nevyhledali lékařskou pomoc. Na proběhlou

srdeční příhodu se pak přišlo až později při náhodné kontrole. Ukázalo se, že lidé, kteří prodělali „tichý infarkt“, si v porovnání s kontrolní skupinou pacientů s infarktem hůře uvědomovali vlastní tělo.

- Zejména u některých zdravotnických profesí (psychiatri, psychologové, sociální pracovníci) je poměrně běžné, že pracovník prodělá tu či onu formu sebezkušenostního **psychoterapeutického výcviku**. To mu poskytuje určité výhody a větší jistotu při práci s pacienty i v oblasti sebepoznání a prevence profesionálního stresu.
- Důležité je mít na sebe **realistické nároky** a dávat si dosažitelné cíle. Argumentem použitelným i u velmi soupeřivých a na výkon orientovaných lidí je to, že budou-li zdraví a v dobré kondici, spíše dosáhnou pracovních cílů a že to zvýší jejich výkonnost i tvořivost. Péči o vlastní duševní i tělesné zdraví by proto měli začlenit do svého života. Zdraví napomáhající praktiky (např. cvičení nebo relaxaci) by měli plánovat stejně odpovědně jako důležité pracovní úkoly.
- Odolnost proti stresu zvyšují i kvalitní **zájmy a záliby**, které nesouvisejí se zaměstnáním a které umožňující obnovu sil.
- Doporučuje se vést **hranici mezi zaměstnáním a soukromím**, i když je to někdy obtížné.
- Z hlediska duševní hygieny i s ohledem na kvalitu týmové práce, je třeba umět **zvládat negativní emoce** jako hněv, strach nebo úzkost. Zde se osvědčují zejména tělesná cvičení, relaxační techniky a některé psychoterapeutické postupy.
- Běžné užívané návykové látky, jako **alkohol, kofein a tabák**, nejenže stres nemírňí, ale v mnoha ohledech ho zvyšují (např. tepovou frekvenci, krevní tlak apod.), i když to může být provázeno chvilkovou subjektivní úlevou. Ve výhodě jsou tedy nekuřáci a ti, kdo nadměrně nepijí alkoholické nápoje nebo kávu.
- Nepochybně pozitivní význam mají přiměřená a vhodná **tělesná cvičení**. Je sice pravda, že i tělesná cvičení zvyšují tepovou i dechovou frekvenci, během cvičení se však, zjednodušeně řečeno, odbourávají látky uvolňované při stresu. Navíc se po skončení cvičení často spontánně dostavuje stav relaxace, o jejímž významu jsme se již zmiňovali. Užitečnost tělesného pohybu nespočívá pouze v účinku na tělesné zdraví. Přiměřeně intenzivní tělesný pohyb nebo práce prokazatelně snižují úzkosti i deprese.
- Mezi protektivními faktory jsme se zmiňovali o informovanosti o tom, kde hledat **odbornou pomoc**. Bohužel ne vždy tyto znalosti zdravotníci využívají v dostatečné míře. Určitě by si měl uvědomovat hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, včetně pomoci psychologické nebo psychiatrické, jestliže je to vhodné a potřebné.
- Nadprůměrná informovanost o zdravotních záležitostech a o ochraně zdraví by se měla projevat v **životním stylu** zdravotníků. Sem patří výživa odpovídající výdeji energie, málo živočišných tuků a jednoduchých cukrů, dostatek nestravitelných zbytků a vitamínů, přiměřeně spánku i aktivního odpočinku, dobrá organizace času atd.
- Dobré držení těla a dobrá **pracovní poloha** jsou důležité zvláště u některých profesí (např. chirurgové nebo stomatologové). Právě dobrá pracovní poloha pomáhá předcházet profesionálnímu stresu a syndromu vyhoření (Murtomaa a spol., 1990).
- K užitečným strategiím patří i schopnost vhodně **projevit emoce a humor**, což také zvyšuje odolnost vůči stresu (Dugan, 1989, Paquet, 1993). Neagresivní a taktní humor navíc může uvolnit napětí a usnadňovat komunikaci i týmovou práci. Smích vyvolává v těle řadu změn a má tedy zároveň komunikační i autoregulační význam.
- **Individuální strategie**. Některé postupy sice nelze doporučit všeobecně, ale mohou být prospěšné určitým lidem s ohledem na jejich zájmy, hodnotovou orientaci nebo další okolnosti jejich života. Konkrétně se může jednat o hudbu a další druhy umění, duchovní a náboženské praktiky, rukodílné dovednosti, chov zvířat apod. Dobrá schopnost

sebeuvědomování, o které jsme se už zmiňovali, pomáhá rozpoznat právě ty postupy, které jsou prospěšně pro určitého zdravotníka.

Primární prevence - zaměstnavatelé a vzdělávací instituce

Při prevenci nadměrného stresu má svoji zodpovědnost nejen zdravotnický pracovník, ale i organizace, která ho zaměstnává, a také zařízení, kde se zdravotník vzdělává. Prozíravý zaměstnavatel nadměrnému stresu a návykovým problémům předchází, protože si uvědomuje, že je to v jak v jeho zájmu, tak i v zájmu zaměstnanců i pacientů. Co by mohli a měli zaměstnavatelé a vzdělávací instituce v této oblasti dělat, shrnujeme v přehledu.

Některé možnosti zaměstnavatelů

- Zaměstnavatel by měl **analyzovat specifické stresové faktory** na svém pracovišti a integrovat prevenci stresu do systému péče o zaměstnance (Grant, 1993).
- Zaměstnavatel by měl vytvářet situaci, kdy **míra odpovědnosti a míra pravomocí** toho kterého pracovníka si navzájem odpovídají.
- Zaměstnavatel by měl **podporovat odborné kontakty** a konzultace zaměstnanců a vytvářet podmínky pro jejich soustavné vzdělávání. To se může dít pořádáním různých seminářů, exkurzí i kurzů zvládnutí stresu (Tyler a Ellison, 1994).
- Zaměstnavatel může různými způsoby povzbuzovat k vhodným **rekreačním nebo sportovním akcím v mimopracovní době**, umožňující i účast rodin zaměstnanců. Sem patří např. zvýhodněný přístup do bazénů, tělocvičen, rehabilitační cvičení, jóga či aerobik pro zaměstnance, cvičení pro matky s dětmi atd.
- Měl by také podporovat **zdraví napomáhající praktiky** ze strany pracovníků a zprostředkovat užitečné informace a dovednosti z této oblasti.
- Zaměstnavatel by měl také v případě potřeby zprostředkovat nestigmatizující **formu pomoci** tam, kde je potřebná.
- Profesionální stres může mírnit vyhovující **pracovní prostředí** (určitá míra soukromí, méně nepředvídatelného hluku, osobní prostor pro pracovníky v exponovaných profesích, dobré větrání, přiměřená teplota, osvětlení atd.).
- U profesí, kde je zvláště zatížen pohybový systém, což je ve zdravotnictví časté, je dobré nabízet **rehabilitační cvičení a další metody rehabilitace a fyzioterapie**.
- **Finanční ohodnocení**. Má význam praktický i morální. Zaměstnanec často vnímá svoji mzdu jako ohodnocení své práce spíše než aby bral v úvahu např. zevní vlivy, které na tu kterou organizaci působí.
- **Morální ocenění** se u nás do jisté míry v minulosti zprofanovalo, může však mít pozitivní a motivující význam, jestliže se zvolí správná forma a doba.
- Vedoucí pracovníci na všech úrovních by měli být schopni **efektivně komunikovat** a zbytečně psychicky netraumatizovat podřízené (např. při spolupráci lékaře se sestrou).
- Zaměstnavatel by také měl stanovit **jasná pravidla** týkající se zákazu alkoholu na pracovišti, prosazovat je a také chránit nekuřáky před pasivním kouřením.
- Zaměstnavatel by měl vytvářet podmínky pro **efektivní týmovou práci**.

Primární prevence - vzdělávací instituce

Výzkum týkající se efektivity primární prevence problémů působených návykovými látkami ve školství všeobecně lze shrnout následovně. Preventivní program by měl být dostatečně intenzivní (za nejspíše minimum se považuje 15 hodin během dvou let), program by měl být interaktivní a zaměřený na zvládnutí dovedností (např. jak se motivovat ke zdravému způsobu

života, nácvik sociální dovednosti včetně dovedností odmítání), měl by pracovat s přiměřeným počtem frekventantů - např. s jedním třídním kolektivem, ale ne s několika třídami zároveň (např. Tobler, 1995, Botvin a spol., 1995, Dusenbury a spol., 1997, Nešpor a spol., 1999). Musíme bohužel konstatovat, že v České republice nebyl v době vzniku tohoto rukopisu školní preventivní program, který by odpovídal uvedeným parametrům⁴. Tím méně je metodika efektivní prevence rozpracována pro specifické obory (např. studenty zdravotních škol nebo medicíny). Jedná se při tom o závažnou problematiku, ať už z hlediska samotných budoucích zdravotníků nebo s ohledem na jejich pacienty, z nichž mnozí budou trpět skrytými či zjevnými návykovými problémy. Rozpoznání a zvládnutí těchto problémů bude mít často rozhodující vliv na účinnost léčby poskytované pro interní, kožní, neurologická nebo jiná onemocnění. Spotřeba alkoholu a jiných návykových látek v České republice je v mezinárodním měřítku vysoká a tomu odpovídá i vysoký výskyt souvisejících problémů v populaci. Navíc některé zahraniční výzkumy naznačují, že začátek klinické praxe může vést u studentů k vyššímu konzumu alkoholu, což dává Richman (1992) do souvislosti zejména se stresory souvisejícími s péčí o pacienta, určitými osobnostními charakteristikami a deficitem v sociálních vztazích.

Pokud by tento materiál přispěl k zlepšení situace ve zdravotnickém školství, vnímali bychom to jako velký úspěch a podstatný krok správným směrem. Při vytváření programu lze postupovat v následujících krocích:

Primární prevence problémů působených návykovými látkami v rámci vzdělávání

1. Zhodnocení situace (stávající situace, specifická rizika oboru, časové a personální možnosti).
2. Hledání možných spojenců (rodíče, místní odborníci, soukromý sektor atd.).
3. Stanovení realistických cílů a zpracování projektu.
4. Příprava vedoucích, kteří budou projekt realizovat, informovat i další pedagogy a u nezletilých, pokud možno, i rodiče.
5. Realizace projektu.
 - Práce s motivací (proč je prevence právě pro tyto lidi důležitá).
 - Upozornit na reálná rizika.
 - Nácvik sociálních dovedností.
 - Zvládnutí nepříjemných duševních stavů a stresu (např. svěřit se, psychoterapie, tělesné cvičení, nějaká jednoduchá relaxační technika).
 - Lepší alternativy včetně volnočasových.
 - Dobré způsoby, jak překonávat různé problémy a dovednosti rozhodování.
 - Mediální gramotnost (např. schopnost čelit reklamě).
 - Důležitost a prosazování přiměřených pravidel týkajících se zákazu legálních i nelegálních návykových látek v pracovním prostředí.
 - Užitečná, i když ne bezpodmínečně nutná, je i účast připravených vrstevníků žijících relativně zdravě (peer prvek programu).
6. Časná a krátká intervence pro počínající problémy s návykovými látkami a pomoc zvláště ohroženým.
7. Pokud možno i práce s okolím studentů (např. rodiče nebo spolupracovníci).
8. Hodnocení průběhu a případné přizpůsobení projektu.
9. Posílení efektu opakováním a prohloubením uvedených témat v dalších letech.
10. Zhodnocení celého preventivního programu.

Pokud je nám známo, neexistuje v České republice ani národní minimum znalostí a dovedností v oblasti návykových nemocí, které by si měl budoucí lékař během studia osvojit. To je škoda, protože závislost na alkoholu a jiných návykových látkách je v České republice velmi rozšířená (jistě se jedná řádově o stovky tisíc osob, i kdybychom do toho nezahrnovali závislost na tabáku). Ještě daleko větší část populace je pak alkoholem a jinými návykovými

⁴ Informace o jednom z nejlepších preventivních programů ve školním prostředí viz <http://www.lifeskillstraining.com>.

látkami zdravotně poškozována (jaterní onemocnění, zhoubné nádory, úrazy, otravy atd.) nebo je závislostí ohrožena. Před časem jsme zpracovali na podnět Ministerstva zdravotnictví rámcový návrh studijního plánu s tím, že ho v případě zájmu lékařských fakult rozpracujeme. V době zpracovávání tohoto rukopisu (srpen 2001) tato záležitost nijak nepokročila.

Teze k národnímu programu pregraduálního vzdělávání v oboru návykových nemocí včetně problémů působených alkoholem pro studenty medicíny

- Definice základních pojmů, základní epidemiologické údaje.
- Návykové nemoci a problémy působené alkoholem v různých lékařských oborech.
- Diagnostika včetně laboratorní.
- Akutní stavy.
- Krátká intervence.
- Možnosti a meze specializované léčby, předání k specializované léčbě.
- Zvláštní skupiny pacientů (dospívající, ženy atd.).
- Prevence návykových problémů.
- Prevence návykových problémů u zdravotníků, rizikové a protektivní faktory.
- Literatura k dalšímu studiu.

Oblast návykových rizik je přitom důležitá nejen pro pacienty, ale, jak vyplývá z výše uvedeného, i pro lékaře samotné. Zdá se, že v zemích Evropské unie věnují vzdělávání budoucích lékařů v této oblasti větší pozornost včetně důrazu vytváření vhodných postojů a osvojování si podstatných dovedností (Rodrigues-Martos, 2001).

Specifika primární prevence u lékařů

Oblast prevence a časných intervencí je třeba rozpracovat pro různé lékařské obory. Zvláště naléhavé je to v těch oborech, kde se uvádí nejvyšší výskyt návykových problémů (např. chirurgové, lékaři ARO, psychiatři, stomatologové). Rozpracování postupů pro jednotlivé obory by se mělo dít za spoluúčasti odborníků příslušné profese a příslušných odborných společností.

Specifika primární prevence u zdravotních sester

Jak uvedeno výše, prosté informování není pro efektivní prevenci postačující, dobrá informovanost o riziku návykových látek a o tom, kde hledat pomoc je však užitečnou součástí širěji založené prevence. Bohužel ani co se týče informovanosti na tom nejsou zdravotní sestry nejlépe (Pullen a Green, 1997). Zdravotní sestra by při tom měla být schopna rozpoznat návykové chování u pacienta i u své kolegyně a intervenovat přinejmenším tím, že na toto riziko upozorní lékaře.

Zdravotní sestra sice většinou nemusí nést odpovědnost za zásadní rozhodnutí týkající se léčby, ale s nemocnými stráví podstatně více času nežli lékaři a duševní i tělesné problémy pacientů se jí často více dotýkají. Za stresující považují zdravotní sestry složitost své práce a okolnost, že se od nich chce často v krátkém časovém úseku mnoho různých věcí (Mansfield a spol., 1989), dále pak pracovní přetížení a péči o umírající (Hipwell a spol., 1989). Podobně McAbee (1991) poukazuje jako na hlavní stresory na přepracovanost, nedostatečnou možnost řídit vlastní práci, zmatení rolí, směnný provoz, rotaci a mechaničnost práce. Dalším podstatným stresorem je nevhodné chování nadřízených. Profesionální stres se u sester často projevuje depresivní symptomatologií (Revicki a May, 1989). Nemocný si také většinou k lékaři nedovolí to, co ke zdravotní sestře. I u zdravotních sester dochází ke konfliktu rolí v zaměstnání a v rodině a i ony jsou více ohroženy závislostmi na návykových látkách. Zdravotní sestry, které měly v úmyslu opustit svoji profesi, si nejčastěji stěžovaly na nedostatek širší práce a problémy se svojí profesionální rolí (Dolan a spol. 1992). Odolnost zdravotních sester vůči stresu může negativně ovlivnit zkušenost s těžkou nemocí vlastních

dětí, hmotný nedostatek, nedostatek pracovníků v určitém zdravotnickém zařízení a nutnost pracovat s nespokojenými příbuznými pacientů (Snape a Cavanagh, 1993). Značnému stresu jsou vystaveni i učitelé ošetrovatelství (Hunter a Houghton, 1993). Učitelky ošetrovatelství by ocenily zmírnění pracovního stresu a více uznání ze strany nadřízených.

Specifika primární prevence u jiných zdravotnických pracovníků

Manažeři ve zdravotnictví: K stresujícím faktorům u této kategorie patří exponovanost, zájem ze strany podřízených, konkurentů a někdy i sdělovacích prostředků, sedavý charakter života, nutnost vstupovat do konfliktních situací a řešit je. Rozporné požadavky ze strany nadřízených, podřízených a pacientů často nelze uspokojit ke spokojenosti všech. Manažer musí často jednat s lidmi, kteří mu nejsou sympatičtí, a hledat kompromisy i tam, kde je to obtížné.

Jiní vysokoškolští a středoškolští pracovníci: Jedná se o sociální pracovníky, psychology a další odborníky, jejichž význam ve zdravotnických týmech je nemalý. Řada z nich přichází do intenzivního kontaktu s pacienty a stresové situace, kterým jsou vystaveni toto pracovníci a lékaři nebo zdravotní sestry, se v mnohém podobají. Podobné tedy mohou být i způsoby primární prevence. Určitou výhodou u této skupiny pracovníků bývá poněkud obtížnější dostupnost návykových látek v porovnání např. se zdravotními sestrami či lékaři.

Nížší a pomocní zdravotničtí pracovníci: Této skupině pracovníků a jejich profesionálnímu stresu se většinou nevěnuje mnoho pozornosti. Při nedostatku kvalifikovaných středních zdravotnických pracovníků se mnozí z nich mohou snadno dostávat do situace, kdy pracují na hranici svých odborných možností. Jsou vystaveni podobným stresujícím faktorům, jako jiné kategorie pracovníků, ale jejich příprava jim umožňuje v menší míře těmto stresujícím faktorům efektivně čelit. O tom, že se vyplatí věnovat i pomocným pracovníkům pozornost, svědčí práce Helina a spol. (1993). Tito autoři použili 15 minut trvající relaxační techniku v pracovním prostředí u nemocničního pomocného personálu s cílem snížit napětí v oblasti šíje a ramen a absence v práci.

Krátká a časná intervence

Krátká intervence („brief intervention“) je, jak název říká, pro terapeuta i pacienta časově málo náročná. Časná intervence („early intervention“) je pomoc poskytnutá v počátečních stadiích návykového problému. Uvedené pojmy se částečně překrývají, časná intervence ovšem může, ale nemusí, mít podobu krátké intervence.

Metodiku krátké a časné intervence pro praktické lékaře, jsme zpracovali na jiném místě (Nešpor, 1999). O účinnosti krátké intervence u problémů působených alkoholem i tabákem existují doklady. Krátká intervence může být účinná nejen u počínajících forem závislosti nebo u pacientů alkohol škodlivě užívajících bez závislosti, ale i u pokročilejších stavů. Krátkou intervencí samu o sobě ovšem nelze použít u těch stavů, které jsou tak závažné, že vyžadují intenzivnější péči (např. léčba deliria tremens nebo léčba pro vážné sebevražedné tendence). Postupy používané při krátké a časné intervenci v celé populaci a u zdravotnických pracovníků se překrývají, i když i zde lze nalézt určitá specifika. Krátká a časná intervence u problémů působených návykovými látkami je důležitá jak pro samotného pracovníka, tak pro jeho nadřízené a spolupracovníky. Dá se tak předejít zbytečným problémům, které by nastaly v případě prohlubování návykové nemoci.

Některé postupy používané při krátké intervenci

Problém co nejdříve rozpoznat. Tomu mohou napomoci relevantní informace z okolí, nezvyklé nebo nepřiměřené chování na pracovišti, zanedbávání povinností, pracovník je vidán intoxikován (zápach alkoholu z dechu, setřená výslovnost, nejistá chůze, třesy, ospalost, deprese atd.). Obavy by měly vzbuzovat i častější intoxikace alkoholem v mimopracovní době a řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu i těžko vysvětlitelné zdravotní obtíže (únava, nespavost, poruchy trávení, výrazné změny váhy). Častá bývá emoční labilita projevující se např. záchvaty hněvu, sebelitosti nebo euforie. Pochopitelně značné podezření vzniká při předepisování si větších množství návykových léků (O'Connor a Spickard, 1997).

Jednoznačné doporučení přestat požívat alkohol jiné návykové látky. To bývá obvykle spojováno s poukázáním na zdravotní, společenská, pracovní i jiná rizika. U zdravotnických pracovníků bude intervenující osobou často nejbližší nadřízený nebo jiná osoba z jejich pracovního okolí.

Svépomocné manuály

V současnosti je k dispozici český svépomocný manuál pro problémy působené alkoholem „Jak překonat problémy s alkoholem“ (Nešpor, 1999), svépomocný manuál pro patologické hráče (Nešpor, 1999) a svépomocný manuál pro problémy působené nealkoholovými drogami „Jak přestat brát (drogy)“ (Nešpor a Müllerová, 2000). Některé z těchto publikací byly v době přípravy tohoto rukopisu za malý poplatek a poštovné k dispozici na adrese Sportpropag, Moldavská 3, 101 00 Praha 10 a zdarma na Internetu (adresa: www.muweb.cz/veda/nespor).

Práce s rodinou

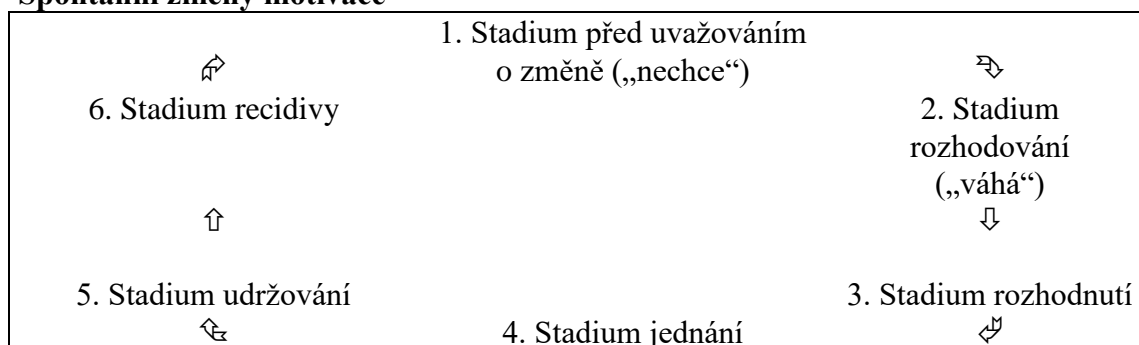
Práce s rodinou často poskytuje diagnostické informace, a rodina může zvyšovat motivaci i naději na překonání problému. Rodinní příslušníci také mohou společně s pacientem vhodně trávit volný čas nebo pomoci udržovat tzv. „suchý dům“ (v bytě nejsou žádné alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky, což je výhoda v případě krize) apod. Rodinné problémy včetně těch, které nesouvisí s návykovým problémem, jsou u zdravotníků patrně častější než u většiny jiných profesí s ohledem na často konfliktní charakter pracovních a rodinných závazků.

Posilování motivace

Jedná se o v současnosti ve světě často používanou techniku (podrobněji např. Nešpor, 2000). Motivace k překonání problému s alkoholem nebo jinou návykovou látkou se mění spontánně

a to někdy velmi rychle (např. v případě závažného pracovního selhání během intoxikace nebo v souvislosti s vážným onemocněním).

Spontánní změny motivace



Žádoucí změny motivace může usnadnit cílená intervence.

Intervence ve vztahu ke stadiu motivace

Stadium motivace	Úkoly terapeuta ve vztahu k motivaci
1. Stadium před uvažováním o změně („nechce“)	Vzbuzovat pochybnosti o návykovém chování, pomoci pacientovi, aby lépe vnímal rizika a problémy.
2. Stadium rozhodování („váhá“)	Pomoci se rozhodnout pro změnu, připomínat důvody ke změně i rizika toho, kdyby k ní nedošlo. Posilovat sebedůvěru při překonávání návykového problému.
3. Stadium rozhodnutí	Pomoci rozhodnout se pro nejvhodnější jednání, konkrétní rada, jak postupovat.
4. Stadium jednání	Pomoci žádoucí změnu uskutečnit.
5. Stadium udržování	Pomoci pochopit a využívat způsoby prevence recidiv.
6. Stadium recidivy	Pomoci recidivu co nejrychleji zastavit. Počítat s možným přechodem do 1. stadia, v tom případě postupovat tak, jak uvedeno výše.

Při posilování motivace se zpravidla doporučuje:

- Projevovat respekt.
- Naslouchat mu a komunikovat porozumění (reflexivní naslouchání).
- Klást otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou (zdravotních, duševních, finančních, pracovních, rodinných atd.). Zajímat se i o dobré perspektivy, plány a životní cíle.
- Oceňovat pokroky v léčbě i pacientovy schopnosti a nadání.
- Pomáhat pacientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat. Toho se dá opět dosáhnout vhodnými otázkami nekonfrontačním připomenutím určitých skutečností.
- Terapeut se s pacientem nedostává do konfliktu a respektuje skutečnost, že určité obrany v určité fázi léčby není účelné konfrontovat.
- Odpor se využívá, ne konfrontuje. To, že pacient chce dosahovat vzájemně neslučitelných cílů, terapeut chápe a hovoří o tom. Pacientův odpor lze prostě jen konstatovat, nadsadit nebo změnit vztahový rámec. Např. jestliže někdo tvrdí, že má stresující povolání, kvůli kterému např. pije, lze poukázat na to, že právě při takovém povolání je velmi důležitá

abstinance a vytvoření rozumného životního stylu. Odpor je také možné obejít za pomoci nepřímého vyjádření nebo metafory (např. vyprávět příběh o pacientovi, který byl v podobné situaci a rozhodl se správně).

- Terapeut podporuje důvěru ve vlastní možnosti pacienta podílet se na změně k lepšímu.
- Velmi významným motivačním činitelem bývá vliv rodiny a okolí. U zdravotníků je to často snaha udržet si zaměstnání a společenský statut, čehož se dá využívat i při posilování motivace.

Sebemonitorování

Jde o zaznamenávání si návykového chování nebo cravingu (bažení), kdy a v jaké situaci k tomu došlo a co pomohlo krizi překonat.

Svépomocné organizace

Nejnámější z nich jsou Anonymní alkoholici (Alcoholics Anonymous). Organizace je rozšířená v zahraničí a pracuje i u nás. Existují také podobné organizace pro patologické hráče (Anonymní hráči) a pro závislé na drogách (Anonymní narkomané). Doporučení navštěvovat Anonymní alkoholiky může být součástí krátké intervence. Soustavná spolupráce se svépomocnou organizací patří k prokazatelně efektivním postupům.

Linky důvěry, centra krizové intervence apod.

U lidí, kteří mají návykové problémy, je vyšší riziko suicidálního jednání. Poskytnout telefonní číslo podobného zařízení pro případ nečekané krize bývá prozíravé, navíc mají tato zařízení přehled o možnostech léčby v dané oblasti.

Doporučení ke specializované léčbě

Krátká intervence může vyústit v doporučení ke specializované léčbě. Je výhodné, když terapeut návštěvu předem dohodne a když k první návštěvě někdo z okolí nebo rodiny pacienta doprovodí. Zvýší se tím pravděpodobnost, že se pak návštěva uskuteční (tzv. „aktivní předání“).

Následné kontroly

Studie týkající se krátké intervence zaznamenaly pokles spotřeby alkoholu i u osob zařazených v kontrolních skupinách, tedy u těch, kdo byly pouze sledováni. Vhodné bývají kontroly jaterních testů (jaterní testy na zátěž alkoholem i na některé drogy poměrně citlivě reagují a jsou levné) a toxikologické kontroly. Kontroly jsou zpočátku častější, např. po týdnu nebo po dvou, později se může interval prodlužovat, sledování by u závislých lékařů mělo trvat dlouhodobě, např. dva roky (Strang a spol., 1998).

Léčba

Léčba zdravotníků pro problémy působené alkoholem a jinými návykovými látkami má řadu společných rysů s léčbou jiných profesí a uplatňují se zde stejné nebo podobné postupy.

Specifika léčby závislých lékařů

Návykový problém se u lékařů často rozpozná až v důsledku krize, např. stížnost pacienta, intoxikace během operačního výkonu, krádeže nebo neúměrné předepisování si návykových látek (Strang a spol., 1998). Avery a spol. (2000) poukazují na masivní popírání návykového problému, k němuž mají mnozí závislí lékaři sklon. Fayne a Silvan (1999) dodávají, že závislý lékař typicky zneužívá alkohol nebo jinou návykovou látku o samotě, za své jednání se stydí, a dostává se tak do značné izolace. Proto může na závislé pacienty příznivě působit zkušenost s chápající psychoterapeutickou skupinou závislých. Chiodo a Tolle (1997) správně upozorňují na to, že ten, kdo přiměje závislého lékaře se léčit, by neměl očekávat zpočátku velký vděk, ten se dostaví až později, pokud se podaří problém zvládnout. Přehlízet návykový problém by bylo ovšem pro všechny zúčastněné velmi nebezpečné a eticky nekorektní. Podle ne právě povzbudivého zjištění australských autorů (Cadman a Bell, 1998) identifikovali lékaře závislé na opioidech v 35 % lékárníci a v dalších 18 % se na to přišlo při monitorování preskripce, v 19 % identifikovali závislé jejich kolegové lékaři a v 18 % vyhledali léčbu samotní postižení lékaři. Ve Spojených státech se uplatňují dva mechanismy, jak přimět závislého lékaře se léčit. Tím prvním je tlak profesních sdružení a úřadů, které mají přirozeně zájem předcházet rizikovému chování závislého lékaře ve vztahu k pacientům. Druhou možností je nabízení diskrétní dobrovolné léčby. Oba tyto mechanismy se mohou uplatňovat souběžně a být více nebo méně vhodné pro určité typy závislých lékařů. Zdá se, že druhá z uvedených možností se více hodí pro mladší lékaře, u nichž návykový problém nedosáhl takového stupně závažnosti, aby na sebe upozornili nevhodným chováním (Nelson a spol., 1996). Lékaři by o návykových problémech a jejich překonávání měli být lépe informováni, takže při léčbě by se teoreticky mohl klást menší důraz na předávání relevantních informací, respektive relevantní informace by měly mít hlubší a zasvěcenější charakter. Roth a spol. (1997) referují o pozitivních zkušenostech s podáváním čistého antagonisty opioidů naltrexonu u lékařů závislých na opioidech. Lékaři mají v porovnání s většinou jiných profesí také větší zodpovědnost, proto je třeba klást značný důraz na jejich systematické doléčování a monitorování abstinence např. formou toxikologických vyšetření, např. Strang a spol. (1998) hovoří při dobrém průběhu léčby o dvou letech. Strang a spol. (1998) také doporučují specializované programy pro závislé lékaře. Takové programy v USA existují (Talbot, 1984, Epstein a Selander, 1983). Kromě běžně používaných postupů jako rodinná a skupinová terapie nebo účast v organizacích dvanácti kroků se v nich lékař učí komunikovat o návykových problémech s pacienty a studenty.

Speciální programy pro závislé lékaře jsou asi pro malou zemi, jako je Česká republika, málo praktické, v našich podmínkách patrně vhodnějším řešením je poněkud přizpůsobit léčbu lékařů ve stávajících zařízeních.

Některé specifické postupy při léčení závislých lékařů shrneme v následujícím přehledu.

Některá specifika při léčení závislých lékařů

- Je třeba počítat s popíráním problému.
- Možnost využívat často silnou motivaci udržet si kvalifikované zaměstnání.
- Jednoznačný důraz na abstinenci s ohledem na odpovědnost lékaře (např. není nám známo, že by existoval metadonový program speciálně pro lékaře).

- Při léčbě větší důraz na získávání relevantních dovedností a emoce než na předávání informací.
- Léčba by měla pokud možno zahrnovat i rodinu s ohledem na časté problémy, které se zde vyskytují.
- Značný důraz na systematické a dlouhodobé doléčování, monitorování abstinence.
- V počátcích abstinence může být vhodný i zvýšený dohled a kontrola v zaměstnání ze strany spolupracovníků.
- Zpracovat plán zvládnutí recidivy za účasti dalších osob, aby se předešlo rizikům pro závislého lékaře i jeho pacienty.
- Plán doléčování nebo plán zastavení recidivy může mít formu psaného terapeutického kontraktu (léčebné dohody mezi lékařem, jeho zaměstnavatelem a zařízením, kde prodělává léčbu).
- Specializované programy pro závislé lékaře (zejména v USA).
- K méně obvyklým prvkům léčby používaným v zahraničí patří účast lékařů s návykovým problémem při léčbě jiných závislých (O'Connor a Spickard, 1997).
- Odejmutí nebo omezení možnosti předepisování léků.
- Tam, kde lékař ani při léčbě nezvládá nároky profese nebo se léčit nechce, což vede k častým recidivám, je vhodné doporučit změnu zaměstnání nebo oboru.

Prognóza

Výsledky léčby lékařů pro závislost na alkoholu jsou podle zahraničních pramenů relativně příznivé díky okolnosti, že se do léčby pod tlakem zaměstnavatele mohou dostat brzy a že snaha zůstat v profesi je motivuje ke spolupráci v léčení (Flaherty a Richman, 1993, Morse a spol., 1984, Herrington, 1982). U lékařů se ovšem budou patrně uplatňovat prognostické faktory, které mají širší platnost, tak lepší prognózu lze očekávat tam, kde není přítomná souběžně probíhající další duševní nemoc, kde se lékař závislý naučí zvládat stres, kde se dlouhodobě systematicky doléčuje, kde si dokáže vytvořit fungující síť sociálních vztahů a stabilizovat svoji sociální i životní situaci.

Specifika léčby zdravotních sester a dalších pracovníků ve zdravotnictví

Jestliže je specifickým rysem léčby závislých lékařů věnována v literatuře značná pozornost, u dalších zdravotnických pracovníků tomu tak není, ačkoliv se jedná o skupinu významnou a početnou. Většina prací se shoduje v tom, že návykový problém u zdravotní sestry nebo jiného pracovníka ve zdravotnictví je třeba co nejdříve rozpoznat a poskytnout pracovníkovi příležitost se léčit a problém překonat. Pokud by o léčbu neměl pracovník sám dostatečný zájem, je vhodné ho k léčbě motivovat. Protože naprostá většina středních zdravotnických pracovníků jsou ženy, je při léčbě třeba brát v úvahu to, co jsme už zmínili v souvislosti s odlišnostmi návykových problémů u žen.

Přílohy

Příloha 1. Návykové nemoci podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

MKN-10 konkrétně zmiňuje o jaké skupiny látek se jedná: alkohol, opioidy (např. morfin, heroin), kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain jiná stimulantia (např. pervitin), halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla, kombinace látek nebo jiné.

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je častým důvodem přijetí pacienta na interní nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení. Až akutní intoxikace na pracovišti je také často důvodem toho, že se u zdravotníka návykový problém rozpozná. V tomto případě není ovšem diagnóza akutní intoxikace obvykle primární - většinou se už jedná o závislost nebo škodlivé užívání.

Definice podle MKN-10: Přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti nebo psychotické poruše.

Škodlivé užívání

Tato diagnostická kategorie se u zdravotníků i v celé populaci používá poměrně zřídka, ačkoliv lidí užívajících škodlivé návykové látky (včetně alkoholu) je v české populaci vysoké procento.

Definice podle MKN-10: Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být somatické (např. u případů hepatitidy při intravenózní aplikaci látek) nebo duševní (např. epizody depresivní poruchy, objevující se sekundárně při těžkém pití). Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele. Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. Skutečnost, že nesouhlas druhých lidí a kulturně podmíněné postoje ke způsobu užívání nebo k určité látce mohou vést k sociálně negativním důsledkům, jako je zatčení nebo manželské spory, není sama o sobě důkazem škodlivého užívání. Akutní intoxikace nebo „kocovina“ nejsou samy o sobě dostatečným důkazem poškození zdraví, které se vyžaduje pro kódování škodlivého užívání. Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti, nebo psychotická porucha nebo jiné specifické poruchy, vyplývající z požívání drog nebo alkoholu.

Syndrom závislosti

Závislost je definována v MKN-10 poměrně přesně. Stanovení této diagnózy je důležité zejména s ohledem na další léčbu – ta by v případě závislosti měla být intenzivnější než u škodlivého užívání. Kromě níže uvedené definice lze použít i jednoduchý dotazník uvedený v další části tohoto textu (kapitola „Stručná doporučení zdravotníkům, kteří mají návykový problém“).

Definice podle MKN-10: Syndrom závislosti je 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 (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Důkazem může být to, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení 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 posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
 - c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
 - d) průkaz tolerance 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 mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
 - e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
 - f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.
- Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání.

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek (např. u těch jedinců, kteří cítí nutkání užívat pravidelně jakékoli dosažitelné drogy a u kterých se při abstinenci projevuje tíseň, agitovanost anebo somatické známky odvykacího syndromu).

Odvykací stav a odvykací stav s deliriem

Z hlediska bezprostředního ohrožení života jsou nejnebezpečnější odvykací syndromy po vysokých dávkách tlumivých léků a některé odvykací stavy po alkoholu. Odvykací stavy po opioidech, jakkoliv dramatické, samy o sobě život pacienta zpravidla neohrožují.

Definice podle MKN-10: Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle protrahovaném) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem.

Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy)

Jedná se o stav, který je spojen s nebezpečím pro samotného pacienta i jeho okolí. Specializované léčení bývá nutné. Než se podaří zorganizovat převoz, je třeba zajistit dohled raději více osobami. Diagnostické odlišení toxické psychózy a intoxikace nemusí být vždy snadné, zejména např. u halucinogenů. Diferenciálně diagnosticky připadá v úvahu zejména akutní intoxikace (např. halucinogeny nebo pervitinem), relaps funkční psychózy vyvolané návykovou látkou a psychotická porucha vyvolaná návykovými látkami s pozdním začátkem. Často bývá při posouzení stavu rozhodující až trvání poruchy a odeznívání symptomatologie. Psychotická porucha po návykových látkách by měla alespoň částečně vymizet do jednoho měsíce, plně do 6 měsíců.

Definice podle MKN-10: Je to porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi typicky sluchovými (časté jsou halucinace více smyslů), záměnou osob, bludy (často paranoidními nebo perzekučními) anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor) a abnormálními emocemi (od intenzivního strachu až k extázi). Vědomí je většinou jasné, nicméně někdy se může projevit i určitý stupeň poruchy vědomí, který se však nevyvine v těžkou zmatenost. Zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárlivost, alkoholickou paranoiu a tzv. toxické psychózy po pervitinu, konopí nebo halucinogenech.

Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu vyvolaného psychoaktivní látkou

Některé z těchto stavů jsou při abstinenci reversibilní, ale i v tom případě je třeba u zdravotníků posuzovat pracovní způsobilost velmi zodpovědně. Psychologické vyšetření je vhodné provádět alespoň po měsíci prokazatelné abstinence s ohledem na možné zlepšení

stavu při abstinenci. Korelace mezi klinickým nálezem a zjištěním atrofie mozku při CT vyšetření nejsou spolehlivé, psychologické vyšetření bývá pro posouzení pracovní schopnosti významnější.

Definice podle MKN-10: Syndrom sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti (dlouhodobá paměť je také někdy zhoršena), zatímco bezprostřední paměť je zachována. Obvykle jsou zřejmé poruchy časového smyslu a řazení událostí, rovněž se zhoršuje schopnost učit se novou látku. Konfabulace mohou být výrazné, avšak nemusí být nutně přítomny. Ostatní kognitivní funkce jsou obvykle relativně dobře zachovány.

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

V definici zmiňované flashbacky se mohou vyskytnout i po jednorázové nebo příležitostné aplikaci návykové látky u lidí, kteří nejsou závislí.

Definice podle MKN-10: Sem patří demence vyvolaná alkoholem nebo jinými návykovými látkami (tato porucha splňuje všeobecná kritéria pro demenci, při čemž poruchu lze přičíst účinkům návykové látky). Řadí se sem také poruchy osobnosti nebo chování, reziduální afektivní porucha a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí. Co se týče léčby demence a postižení kognitivních funkcí, které jsou vyvolány návykovými látkami, viz výše zmíněná amnestická porucha. Do stejné skupiny se řadí i psychotické reminiscence (tzv. flashbacky). Pro tuto poruchu je typické krátké trvání (řádově vteřiny nebo minuty). Postižený se během „flashbacku“ dostává při abstinenci do stavu, jakoby byl pod vlivem drogy (obvykle pervitinu, halucinogenu nebo konopí). Nejčastější bývají prožitky zrakové a emoční. Flashback může, ale nemusí, být vyprovokován nadměrným stresem, jinou drogou (marihuana), únavou apod.

Patologické hráčství

Nemáme k dispozici přesná data, ale nezdá se, že by tento problém byl u zdravotníků častější než v běžné populaci. Podobnost některých ze znaků patologického hráčství s příznaky závislosti (craving, zhoršená sebekontrola, zanedbávání jiných zájmů) je zřejmá, podobné jsou i léčebné postupy, které se při léčení patologického hráčství a závislosti používají.

Definice podle MKN-10: Tato porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je život stresující. K diagnostickým vodítkům patří trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života.

„Závislost na práci“ („workaholismus“)

V tomto případě se naopak jedná o problém u zdravotníků častý, zvláště mezi lékaři. Zájemcům o důkladnější informace lze doporučit monografii, kterou jsme na toto téma zpracovali (Nešpor, 1988).

Definice podle MKN-10: Taková definice neexistuje a ustálený není ani název této diagnostické jednotky. O závislost v pravém slova smyslu se jistě nejedná, proto používáme u pojmu „závislost na práci“ uvozovky, případně lze hovořit o workaholismu nebo patologické práci (analogicky patologickému hráčství nebo patologickému kradení). Podle MKN-10 bychom tuto poruchu mohli kódovat jako F63.8 (skupina „jiné návykové a impulzivní poruchy“). Z diagnostických nástrojů je možné použít dotazník prof. Robinsona, který byl validizován pro americkou populaci (Robinson a Phillips, 1995).

Test rizika „závislosti na práci“ (Work addiction risk test) profesora Robinsona

Odpovídejte na následující otázky některou z následujících možností. Za každou odpověď si připočítejte počet bodů, který odpovídá příslušné odpovědi.

Rozhodně ne: 1 bod

Spiš ne: 2 body

Spiš ano: 3 body

Jistě ano: 4 body

Pokud žádná z nabízených možností neodpovídá skutečnosti, vyberte tu, která je jí nejbližší. Odpovězte na všechny otázky a žádnou nevynechejte.

- Většinu věcí dělám raději sám, než bych požádal o pomoc.
- Jsem netrpělivý, když mám na někoho čekat nebo když trvá něco moc dlouho (např. pomalu se pohybující fronta).
- Vypadá to, že jsem stále ve spěchu a v honičce s časem.
- Když mám přerušit nedokončenou práci, jsem podrážděný.
- Jsem hodně zaměstnaný a mívám současně rozpracováno víc věcí.
- Dělávám více věcí současně, jako např. obědvám, píši poznámky a při tom ještě telefonuji.
- Často slibuji víc, než se dá splnit.
- Když nedělám nějakou práci, mám pocity viny.
- Je pro mě důležité vidět konkrétní výsledky své práce.
- Víc mě zajímají výsledky práce než práce jako cesta, kterou se k nim dostávám.
- Připadá mi, že pracovní záležitosti nepostupují dostatečně rychle nebo že se v této oblasti příliš dlouho nic neděje.
- Přestávám se ovládat, když se věci nevyvíjejí podle mých přání nebo když mi okolnosti nevyhovují.
- Kladu stejnou otázku znovu a znovu, aniž bych si uvědomoval, že jsem na ni už dostal odpověď.
- Trávím spoustu času tím, že v duchu plánuji a přemýšlím o budoucích věcech a nevnímám současnost.
- Pokračuji v práci i tehdy, když mi spolupracovníci říkají, že „padla“.
- Rozčiluji se, když lidé nedosahují mých měřítek dokonalosti.
- Když se dostanu do situace, kterou nemohu řídit a ovlivňovat, cítím se rozrušený.
- Mám sklon si při práci dávat své vlastní termíny a pracovat pod jejich tlakem.
- Když nepracuji, je pro mne těžké se uvolnit.
- Strávím více času prací než zábavou s přáteli, koníčky a volnočasovými činnostmi.
- Mám sklon začínat projekty ještě před tím, než byly připraveny.
- Hodně mě rozladí, když udělám třeba i jen malou chybu.
- O práci hodně přemýšlím a věnuji jí víc času a energie než vztahům k přátelům a k lidem, které mám rád.
- Zapomínám, ignoruji nebo odbývám narozeniny, výročí, rodinná setkání a svátky.
- Dělám závažná rozhodnutí ještě před tím, než mám k dispozici potřebné údaje a než mám možnost si věc důkladně promyslet.

Sečtěte body, které jste získali. Podle autora odpovídá:

- Pásmo 54 až 63 bodů lehké formě „závislosti na práci“.
- Pásmo 64 až 84 bodů střední formě „závislosti na práci“.
- Pásmo 85 bodů a více těžké formě „závislosti na práci“.

Příloha 2. Relaxační techniky

Za pomoci relaxačních technik se dá navodit stav, který je přirozeným opakem stresu. Některé změny, které nastávají při stresu, shrnuje následující přehled.

Některé změny při relaxaci a při stresu

STRES		RELAXACE
STOUPÁ	SVALOVÉ NAPĚTÍ A PROKRVENÍ SVALŮ	KLESÁ
STOUPÁ	DECHOVÁ FREKVENCE	KLESÁ
STOUPÁ	TEPOVÁ FREKVENCE	KLESÁ
STOUPÁ	KREVNÍ TLAK	KLESÁ
STOUPÁ	METABOLISMUS (LÁTKOVÁ VÝMĚNA)	KLESÁ
STOUPÁ	HORMONY NADLEDVIN A ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	KLESÁ
STOUPÁ	KOŽNÍ GALVANICKÁ VODIVOST	KLESÁ
STOUPÁ	FREKVENCE VLN NA EEG	KLESÁ
STOUPÁ	HLADINA BDĚLOSTI	KLESÁ
ZHORŠUJE SE	SEBEKONTROLA A SEBEUVĚDOMĚNÍ	ZLEPŠUJE SE
KLESÁ	IMUNITA	ZLEPŠUJE SE
ZHORŠUJE SE	TRÁVENÍ	ZLEPŠUJE SE

Uvážíme-li výše uvedené, nepřekvapí, že relaxační techniky nacházejí široké uplatnění v mnoha lékařských oborech. Následující přehled jsme částečně převzali z naší publikace o relaxačních technikách (Nešpor, 1998).

Některé indikace relaxačních technik

Afty, artrózy, asthma, bolesti hlavy (tenzní i migrenózní), bolestivé stavy různého původu, burn-out (syndrom vyhoření, viz výše), deprese, diabetes (jako součást další léčby), ekzémy, epilepsie, geriatrie, herpes genitalis, hraniční poruchy osobnosti (jako součást psychoterapie), hypercholesterolemie, hypertenze, imunitní systém (posílení), infarkt myokardu (jako součást rehabilitace), insomnie (poruchy spánku), koktavost, menstruační potíže a premenstruální syndrom, nádorová onemocnění (nejčastěji k mírnění vedlejších účinků chemoterapie nebo ozařování), násilí vůči dětem (léčba prehlivých rodičů), obstrukční choroba plicní, páteř (např. mírnění bolestí, součást rehabilitační léčby), patologické hráčství (součást léčby a prevence), poruchy pozornosti a hyperaktivita u dětí, pracovní rehabilitace, prevence srdečních chorob, psoriáza, rehabilitace obětí znásilnění, rodinná a manželská terapie, sexuální problémy, součást péče o osoby se subnormním intelektem, těhotenské problémy a součást přípravy k porodu, tvořivost (rozvoj), úraz hlavy (součást poúrazové rehabilitace), úzkostné stavy, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách včetně tabáku (prevence i součást léčby), zubní lékařství (k mírnění bolesti), zvýšení produkce mateřského mléka u matek nedonošených dětí.

Ve výše zmíněné publikaci i jinde, lze najít popis nejčastěji požívaných relaxačních technik (např. autogenní trénink, progresivní relaxace).

Zkušenost ukazuje, že zejména u lidí vystavených nadměrnému stresu nebo u těch, které se učí relaxovat podle psaného návodu (což je obtížnější nežli pod vedením terapeuta) se osvědčují spíše jednoduché techniky. Dvě z nich zde uvádíme.

Jógová relaxace (šavásana)

Příprava

Cvičí se na tvrdší podložce (např. jednou přeložené dece). Prostředí by mělo být co nejkldnější a příjemná by měla být i teplota. Položte se na záda, nohy mírně od sebe, ruce podle těla dlaněmi vzhůru. Pokud má někdo kulatá záda, ať si podloží hlavu tvrdším polštářkem nebo složenou dekou. Kdo má problémy s bederní páteří, může si dát pod kolena srolovanou deku, čímž se uvolněné nohy trochu pokrčí a lépe se uvolní právě bederní oblast. Případně je možné si nohy položit na židli, což má podobný účinek. Dá se cvičit i vsedě, to je vhodné zejména tehdy, když člověk rozhodně nechce usnout. Vleže je ale cvičení příjemnější.

Oči jsou zavřené a zavřené zůstávají během celého cvičení. Během cvičení byste měli zůstat ležet nehybně.

Vlastní cvičení

- Uvědomte si, kde se tělo dotýká podložky. Jsou to paty, lýtka, stehna, hýždě, záda, temeno hlavy. Uvědomte si všechna tato místa současně.
- Uvědomte si místa příjemné tíže, tíže přicházející z různých částí těla... Tělo je příjemně těžké...
- Uvědomte si dotyk pravé nohy a podložky. Dotýká se patou... Lýtkem, stehnem, hýždí... Dotyk levé nohy. Dotýká se patou... Lýtkem, stehnem, hýždí... Dotyk pravé ruky... Levé ruky... Uvědomte si dotyk pravé lopatky a podložky, levé lopatky, nechte je uvolnit... Uvolňuje se i oblast bederní... Záda jsou příjemně těžká, uvolněná... S nádechem nechte uvolnit břicho, s výdechem hrudník... Nechte uvolnit šíji i krk včetně hlasivek... Uvolněte čelist, svaly kolem úst i kolem očí, čelo.
- Uvědomte si celé tělo, nechte ho uvolnit... Celé tělo... Znovu celá pravá noha, levá noha, pravá ruka, levá, celý trup, krk a obličej... Celé tělo, celé tělo, celé tělo, příjemná tíže v celém těle.
- Přeneste pozornost k dechu, uvědomte si dotyk vdechovaného a vydechovaného vzduchu v nose. Nechávejte dech přirozeně plynout, jen si uvědomujete každý nádech a výdech. Uvědomování si dechu spojte s počítáním: nádech 1, výdech 1, nádech 2, výdech 2, nádech 3, výdech 3... Počítejte určený počet dechů např. 12, 24, 27, 54. Zůstávejte při tom bdělí, pozorní a uvolnění.
- Pokud by se objevovaly nesouvisající myšlenky, nechte je přicházet a odcházet, ale klidně a laskavě se vraťte k uvědomování si dechu.
- Na konec cvičení se zhluboka nadechněte, protáhněte se jako při probuzení z osvěžujícího spánku a otevřete oči. Relaxace končí.

Cvičení zabere od 2 do 20 minut, podle individuálních potřeb a možností.

Meditace klidu (samatha)

Jedná se o tradiční Buddhistskou techniku.

Příprava je podobná jako u předchozího cvičení, nejčastěji se ale cvičí většinou vsedě, protože vleže je obtížné zachovat potřebnou hladinu bdělosti a neusnout. Začátečník od asi 2 do 20 minut.

Vlastní cvičení

- Uvědomte si oblast nosních dírek, kde se nosu dotýká proud vdechovaného a vydechovaného vzduchu.
- Při nádechu si v duchu říkejte „nádech“, při výdechu si v duchu říkejte „výdech“. Nastane-li během dýchání spontánní přestávka, řekněte si v duchu „klid“. Jinou možností je počítat při nádechu 1, při výdechu 1, při nádechu 2, při výdechu 2, při nádechu 3, při výdechu 3 atd. až do 10 a pak znovu od 1.
- Pokud by vaši pozornost odváděly nějaké zvuky, řekněte si v duchu „jinde“ (myslí se tím, že pozornost je jinde). Podobně postupujte, jestliže se objeví nějaký tělesný pocit (např. tepla) a opět si řekněte „jinde“. Pak se vždy vraťte k uvědomování dechu.
- Stejně postupujte i ve vztahu k myšlenkám. Jakmile se objeví komentujte je slovem „jinde“. Stejně reagujte na emoce, fantazie apod. a komentujte i je slůvkem „jinde“.

Cvičení zabere od 2 do 20 minut, pokročilí mohou cvičit i déle.

Závěr

Stručná doporučení zdravotníkům - primární prevence

- ⇒ Vytvářejte a posilujte dobré mezilidské vztahy. Kvalitní síť sociálních vztahů včetně fungujícího rodinného života zvyšuje odolnost proti profesionálnímu stresu.
- ⇒ Opatřete si podstatné informace a osvojte si potřebné dovednosti. Zvýší se tak vaše sebevědomí a sebejistota.
- ⇒ Naučte se dobře komunikovat v rámci svého týmu i s dalšími kolegy. Usnadňuje to spolupráci a má to i psychologický význam. Lidé téže profese bývají schopni si dobře porozumět, poskytovat si pochopení a také sdílet praktické zkušenosti.
- ⇒ Relaxační techniky jsou při zvládnání nadměrného stresu velmi prospěšné. Přehled některých prací týkajících se využívání relaxačních technik v medicíně viz např. Nešpor (1998). Relaxační techniky navozují tělesné i psychické změny, které jsou přirozeným opakem stresu.
- ⇒ Dobré vnímání sebe sama (sebeuvědomění) na tělesné i duševní úrovni je důležité pro tělesné i duševní zdraví. Schopnost dobře si sám sebe uvědomovat umožňuje včas reagovat na příznaky stresu, vyčerpání nebo časně známky nějaké zdravotní poruchy. Tato schopnost se dá prohlubovat např. pomocí psychoterapie, relaxačních technik, jógy, rehabilitačních cvičení apod.
- ⇒ Dávejte si dosažitelné a realistické cíle. K péči o vlastní duševní i tělesné zdraví přistupujte stejně odpovědně jako k důležitým pracovním úkolům.
- ⇒ Odolnost proti stresu zvýší i kvalitní zájmy a záliby, které nesouvisejí se zaměstnáním a umožňují obnovu sil. Pokud je to možné, veďte jasnou hranici mezi zaměstnáním a soukromím.
- ⇒ Naučte se zvládat negativní emoce jako hněv, strach nebo úzkost. Zde se osvědčují zejména tělesné cvičení, relaxační techniky a některé psychoterapeutické postupy.
- ⇒ Běžné užívané návykové látky, jako alkohol, kofein a tabák, stres nemírní, ale v mnoha ohledech ho zvyšují (např. tepovou frekvenci, krevní tlak apod.), i když to může být provázeno chvilkovou subjektivní úlevou. Jestliže nebudete kouřit a nadměrně pít alkohol⁵, prospějete tím svému zdraví.
- ⇒ Prospěšná bývají přiměřená a vhodná tělesná cvičení. Po nich se často spontánně dostavuje stav relaxace a prokazatelně se mírní úzkosti i deprese.
- ⇒ Uvědomujte si hranice samoléčení a vyhledejte odbornou pomoc, kdykoliv je to třeba. To se týká i pomoci psychologické nebo psychiatrické.
- ⇒ Dbejte o zdravý životní styl. Sem patří výživa (odpovídající výdeji energie, málo živočišných tuků a jednoduchých cukrů, dostatek nestravitelných zbytků a vitamínů, jíst pokud možno v klidu), přiměřeně spánku i aktivního odpočinku, dobrá organizace času atd.
- ⇒ Věnujte pozornost držení těla a dobré pracovní poloze. To je důležitá zvláště u některých profesí (např. chirurgové nebo stomatologové).
- ⇒ K užitečným a příjemným způsobům prevence patří i schopnost vhodně projevit emoce a humor. Neagresivní a taktní humor navíc může napomoci uvolnění napětí, usnadňovat komunikaci a pomáhat týmové práci.
- ⇒ Některé postupy sice nelze doporučit všeobecně, ale mohou být prospěšné určitým lidem

⁵ Podle starších pramenů Světové zdravotnické organizace (SZO) je možné považovat u zdravého dospělého člověka za relativně bezpečnou denní dávku alkoholu asi 20 g 100% alkoholu, což odpovídá zhruba půl litru piva nebo 2dcl vína. Už tato dávka ale zvyšuje riziko rakoviny prosu o žen. Novější prameny SZO už bezpečnou dávku neuvádějí.

s ohledem na jejich zájmy, hodnotovou orientaci nebo další okolnosti jejich života. Konkrétně se může jednat např. o hudbu a další druhy umění, duchovní a náboženské praktiky, rukodílné dovednosti, chov zvířat apod. Schopnost sebeuvědomování, o které jsme se už zmiňovali, vám pomůže pomoci rozpoznat právě ty postupy, které jsou prospěšné pro vás.

Stručná doporučení zdravotníkům, kteří mají návykový problém

- ⇒ Pracujte soustavně se svojí motivací k překonání problému. Připomínejte si rizika návykového chování i výhody toho, když návykový problém překonáte. Soustřeďte se při tom na ty životní hodnoty, které jsou pro vás důležité.
- ⇒ Vyplňte následující dotazník:

Dotazník závislosti	
Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti, a zatrhněte ji. „Droga“ znamená i alkohol nebo marihuanu nebo kombinaci různých návykových látek.	
Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat drogu?	Ne - Někdy - Často
Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?)	Často - Někdy - Ne
Měl jste tělesné odvykací potíže po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu či lék proto, abyste odvykací potíže mírnil?	Často - Někdy - Ne
Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?	Často - Někdy - Ne
Zanedbával jste jiné zájmy kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?	Často - Někdy - Ne
Pokračoval jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?	Často - Někdy - Ne
Vyhodnocení	
Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“	
0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná se o závislost.	
1 - 2 odpovědi „často“ a „někdy“ - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.	
3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.	

- ⇒ Jestliže je někdo závislý nebo je závislostí ohrožený, bude pro něj patrně problémem bažení (craving) a zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce. V tom případě je bezpečnější se vyhýbat rizikovým prostředím, situacím i lidem, kteří by mohli bažení vyvolávat (tzv. „spouštěče“). Pokud to není možné, je třeba se na rizikové situace dobře připravit a lépe je zvládat.
- ⇒ Jestliže se jedná o závislost, je daleko bezpečnější zcela abstinovat od návykových látek, protože i malé množství alkoholu, návykových léků nebo drog může vyvolat bažení a zhoršit sebekontrolu.
- ⇒ Buďte také opatrní ve vztahu k televizním i jiným programům. Nebezpečné jsou zejména reklamní i další programy týkající se alkoholu nebo jiných návykových látek, protože mohou vyvolávat bažení.
- ⇒ V případě, že někdo užívá vyšší dávky tlumivých léků nebo vysoké dávky alkoholu, může

- se objevit těžký odvykací stav projevující se např. výrazným třesem nebo epileptickými záchvaty. Předejdete tomu tím, že včas vyhledáte lékařskou pomoc. Odbornou pomoc vyhledejte i v případě, že se vám při vši dobré vůli nedaří problém zvládat vlastními silami.
- ⇒ Opatřete si vhodnou svépomocnou příručku. Knihy „Jak překonat problémy s alkoholem“, „Jak přestat brát (drogy)“ a „Jak překonat problém s hazardní hrou“ jsou k dispozici za symbolický poplatek na adrese Moldavská 3, 101 00 Praha 10 nebo zdarma na Internetové stránce www.muweb.cz/veda/nespor.
 - ⇒ Váš problém má dlouhodobý charakter. Dávejte si pozor na „převlečenou závislost“. Po určité době poměrně snadné abstinence od alkoholu nebo jiné látky někdy začne „převlečená závislost“ našeptávat, že člověk není závislý, když mu to nechybí, že pro jednou se nic nestane apod. I malá dávka alkoholu nebo jiné návykové látky může ale vyvolat silné bažení, zhoršit sebekontrolu a dostat člověka přesně tam, kde nechtěl být. Před tím nejlépe chrání právě řádově léta trvající ambulantní léčení.
 - ⇒ Dbejte o vyvážený životní styl. Přiměřené množství odpočinku a dobré záliby, při kterých se uvolníte, zvýší vaši celkovou odolnost a usnadní překonání návykového problému.
 - ⇒ Předcházejte recidivám návykového chování. Kdyby ale přece jen k recidivě došlo, co nejrychleji ji zastavte, nejlépe za pomoci dalších lidí. Ušetříte si tak zbytečné utrpení. Až recidivu zvládnete, vyhodnoťte ji jako potenciálně užitečnou zkušenost a uvažujte o tom, jak se jí příště vyhnout.
 - ⇒ Nechtějte naráz vyřešit všechny nahromaděné problémy, které vám návykové chování způsobilo nebo které jste opomíjel. Jestliže v abstinenci vytrváte, mnoho komplikací odpadne samo od sebe a další problémy vyřešíte postupně.
 - ⇒ Neposuzujte kvalitu svého života podle počátků abstinence. Čím déle člověk abstínuje, tím to bývá snazší a tím více se člověku abstinence vyplácí.
 - ⇒ V Praze i na jiných místech u nás je aktivní svépomocná organizace Anonymních alkoholiků, uvažujte i o této formě pomoci jako vhodném a účinném doplňku samoléčení nebo profesionální pomoci.
 - ⇒ V době krizí nebo hromadících se problémů zintenzivňujte své léčení a dbejte na výše uvedené zásady zvláště důsledně, abyste předešli recidivě.

Stručná doporučení vedoucím pracovníkům ve zdravotnictví

- ⇒ Závislost není zdaleka jediný problém, který alkohol a jiné návykové látky působí. I prostá intoxikace nebo škodlivé užívání může vést ke stížnostem ze strany pacientů nebo i k vážnému poškození jejich zdraví. Z tohoto důvodu by se měl zákaz požívání alkoholu a zákaz zneužívání jiných návykových látek na pracovišti striktně prosazovat. Líbivé přehlížení excesů, byť i nahodilých, se může vedoucímu pracovníkovi i jeho zařízení velmi nevyplatit.
- ⇒ Zákon 37/1989 Sb. ze dne 28. března 1989 o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomániemi ve znění pozdějších předpisů umožňuje nadřízeným vyšetřování na přítomnost návykových látek v pracovním prostředí. To umožňuje také zákoník práce, kde se uvádí v § 135, odstavec 3 a 4:

d) (Každý zaměstnanec) je povinen nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele v pracovní době i mimo tato pracoviště nenastupovat pod jejich vlivem do práce a dodržovat stanovený zákaz kouření na pracovištích,

f) podrobit se vyšetření, které provádí zaměstnavatel nebo příslušný orgán státní správy, aby zjistil, zda zaměstnanci nejsou pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek; okruh orgánů a zaměstnanců oprávněných dát zaměstnanci závazný pokyn, aby se vyšetření podrobil, uvede zaměstnavatel v pracovním řádu, popřípadě ve vnitřním předpisu.

(4) Tato ustanovení se vztahují přiměřeně na osoby, které se s vědomím zaměstnavatele zdržují na jeho

pracovištích.

- ⇒ Analyzujte specifické stresové faktory na svém pracovišti a začleňte prevenci nadměrného stresu do systému péče o zaměstnance.
- ⇒ Podporujte také odborné kontakty zaměstnanců a vytvářejte podmínky pro jejich soustavné vzdělávání a to i ve vztahu k návykovým rizikům.
- ⇒ Podporujte zdraví napomáhající praktiky ze strany pracovníků a zprostředkujte jim užitečné informace a dovednosti z této oblasti.
- ⇒ Uvažujte o tom, jak přizpůsobit pracovní prostředí. Prospěšná bývá určitá míra soukromí a osobní prostor, méně nepředvídatelného hluku, dobré větrání, přiměřená teplota, vhodné osvětlení atd.
- ⇒ U zdravotnických profesí, kde je zvláště zatížen pohybový systém, prospívají rehabilitační cvičení a další metody rehabilitace a fyzioterapie.
- ⇒ Vhodně používejte finanční ohodnocení, pochvalu nebo jiné formy morálního ocenění.
- ⇒ Veďte své podřízené k tomu, aby efektivně komunikovali, kritiku používali cíleně a věcně a nezraňovali podřízené (např. při spolupráci lékaře se sestrou). Schopnosti týmové práce lze i cíleně procvičovat.
- ⇒ Nečekejte, až nastane závažný problém, jako poškození pacienta se soudní dohrou, ale buďte připraveni rozpoznat návykový problém co nejdříve. Tomu mohou napomoci relevantní informace z okolí pracovníka, nezvyklé nebo nepřiměřené chování na pracovišti, zanedbávání povinností, pracovník je vidán intoxikován (zápach alkoholu z dechu, setřená výslovnost, nejistá chůze, třesy, ospalost, deprese atd.). Obavy vzbuzuje i častější intoxikace alkoholem v mimopracovní době, řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu a těžko vysvětlitelné zdravotní obtíže (únava, nespavost, poruchy trávení, výrazné změny váhy). Častá bývá i emoční labilita projevující se např. záchvaty hněvu, sebelítosti nebo euforie. Značné podezření vzniká při opakovaném předepisování větších množství návykových léků sobě nebo pacientům, u kterých to není indikované.
- ⇒ Ideální přístup k zaměstnanci, který má návykový problém, shrnuje anglické sousloví „tough love“ neboli tvrdá láska. Zaměstnavatel má zájem problémovému pracovníkovi pomoci, ale zároveň jasně stanoví hranice a klade si jasné podmínky.
- ⇒ Disciplinární nebo pracovní právní postupy nemusí postačovat tam, kde se u pracovníka již vytvořila závislost na alkoholu. V tom případě je žádoucí navrhnout pracovníkovi léčbu a to co nejdříve, jednak s ohledem na bezpečný provoz pracoviště a také proto, aby se problém neprohluboval. Vhodné je aktivní předání, tedy návštěvu v příslušném zařízení vyjednat, případně k první návštěvě i pracovníka doprovodit nebo zajistit doprovod někým z rodiny.
- ⇒ Léčebné zařízení, kam je pacient poslán, je vázáno ve vztahu k zaměstnavateli povinnou mlčenlivostí, ale jestliže s tím zaměstnanec souhlasí (což bývá často v jeho zájmu), léčebné zařízení o průběhu léčby zaměstnavatele informovat smí. Zaměstnavatel může také od zaměstnance vyžadovat potvrzení z příslušného zařízení, že tam zaměstnanec léčbu řádně dokončil a že je schopen výkonu určité práce.
- ⇒ Tam, kde si zaměstnavatel není jistý, nakolik je pracovník spolehlivý (např. krátce po zahájení ambulantní léčby), bývá vhodné mu dočasně přidělit práci, která je méně exponovaná a kde je pod větším dohledem kolegů.
- ⇒ Důležité je také nezahltit pracovníka, který se ve vztahu k návykovým látkám začal chovat odpovědně, nereálnými požadavky. Je totiž důležité, aby zaměstnanec vedl rozumný životní styl. To, spolu se soustavnou léčbou, usnadňuje překonání návykového problému.

⇒ Pro zaměstnavatele je výhodnější pracovník, o jehož návykovém problému se ví a který se úspěšně léčí než ten, který je závislý, ale o jehož závislosti se neví a který se neléčí.

Literatura

- Avery, D. M., Daniel, W. D., McCormick, M. B.: The impaired physician. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 7, 2000, 4, s. 154-160.
- Bohigian, G. M., Croughan, J. L., Sanders, K.: Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse. *Mo Med*, 91, 1994, 5, s. 233-239.
- Botvin, G. J., Barker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., Diaz, T.: Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273, 1995, 14, s. 1106-1112.
- Brooke, D., Edwards, G., Andrews, T.: Doctors and substance misuse: Types of doctors, types of problems. *Addiction*, 88, 1993, 5, s. 655-663.
- Brooke, D., Edwards, G., Taylor, C.: Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 1991, 86, 8, s. 1011-1016.
- Brooke, D.: Impairment in the medical and legal professions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 1997, 1, s. 27-34.
- Cadman, M., Bell, J.: Doctors detected self-administering opioids in New South Wales, 1985-1994: characteristics and outcomes. *Med. J. Aust.*, 169, 1998, 8, s. 419-21.
- Dolan, S. L., Van Ameringen, M. R., Corbin, S., Arsenault, A.: Lack of professional latitude and role problems as correlates of propensity to quit amongst nursing staff. *J. Adv. Nurs*, 17, 1992, 12, s. 1455-1459.
- Dugan, D. O.: Laughter and tears: best medicine for stress. *NursForum*, 24, 1989, 1, s. 18-26.
- Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A.: A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health*, 67, 1997, 4, s. 127-132.
- Epstein, B., D., Selander, G. T.: Impaired Physicians Program: The first 25 months. *Journal of the Florida Medical Association*, 70, 1983, 10, s. 907-911.
- Fayne, M., Silvan, M.: Treatment issues in the group psychotherapy of addicted physicians. *Psychiatr Q*, 70, 1999, 2, s. 123-135.
- Flaherty, J. A., Richman, J. A.: Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 16, 1993, 1, s. 189-197.
- Gabbard, G. O., Menninger, R. W.: The psychology of postponement in the medical marriage. *JAMA*, 261, 1989, s. 2378-2381.
- Gallegos, K. V., Browne, C. H., Veit, F. W., Talbott, G. D.: Addiction in anesthesiologists: drug access and patterns of substance abuse. *QRB Qual Rev Bull.*, 14, 1988, 4, s. 116-122.
- Giannandrea, P. F.: Types of impairment among dentists. *MSDA J.*, 39, 1996, 2, s. 73-76.
- Grant, P. S.: Manage nurse stress and increase potential at the bedside. *Nurs. Adm. Q.*, 18, 1993, 1, s. 16-22.
- Griffith, J.: Substance abuse disorders in nurses. *Nurs. Forum*, 34, 1999, 4, s. 19-28.
- Harrison, D., Chick, J.: Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction*, 89, 1994, 12, s. 1613-1617.
- Helin, P., Toivanen, H., Hanninen, O.: Impact of regular relaxation training and psychosocial factors on neck-shoulder tension and absenteeism in hospital cleaners. *J. Occup. Med.*, 35, 1993, 11, s. 1123-1130.
- Herrington, R. E., Benzer, D. G., Jacobson, G. R., Hawkins, M. K.: Treating substance-use disorders among physicians. *JAMA*, 247, 1982, 16, s. 2253-2257.
- Hughes, P. H., Baldwin, D. C., Sheehan, D. V., Conard, S., Storr, C. L.: Resident physician substance use, by specialty. *Am J Psychiatry*, 149, 1992, 10, s. 1348-1354.
- Hunter, P., Houghton, D. M.: Nurse teacher stress in Northern Ireland. *J. Adv. Nurs.*, 18, 1993, 8, s. 1315-1323.
- Chiodo, G., T., Tolle, S. W.: Chemically dependent doctors. *Gen Dent*, 45, 1997, 6, s. 532-534, 536, 538.
- Juntunen-J., Asp, S., Ilkinuora, M., Aarimaa, M., Strid, L., Kauttu, K.: Doctor's drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ : British Medical Journal*, 297, 1988, 6654, s. 951-954.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S.: Hardiness and health: A prospective study. *J. Person. Soc. Psychol.*, 42, 1982, 1, s. 168-177.
- Křivohlavý, J.: Jak zvládat stres. Grada, Praha 1994, s. 190.
- Lutsky, I., Hopwood, M., Abram, S. E., Jacobson, G., R., Haddox, J., D., Kampine, J. P.: Psychoactive substance use among American anesthesiologists: a 30-year retrospective study. *Can J Anaesth.* 40, 1993, 10, s. 915-921.
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., Slenker, S.: Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol. Rep.*, 68, 1991, 3 Pt 2, s. 1347-1359.
- Mansfield, P. K., Packard, J. S., Vicary, J., McCool, W.: Occupational stress among nurses in hospital settings. *AAOHN J.*, 37, 1989, 4, s. 121-129.

- McAbee, R.: Occupational stress and burnout in the nursing profession. A model for prevention. *AAOHN. J.* 39, 1991, 12, s. 568-575.
- McAuliffe, W. E.; Rohman, M.; Breer, P.; Wyshak, G.; Santangelo, S.; Magnuson, E. Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. *American Journal of Public Health*, 81, 1991, 2, s. 177-182.
- McGovern, M. P., Angres, D. H., Uziel-Miller, N. D., Leon, S.: Female physicians and substance abuse. Comparisons with male physicians presenting for assessment. *J Subst Abuse Treat*, 15, 1998, 6, 525-533.
- McNamara, R. M., Margulies, J. L.: Chemical dependency in emergency medicine residency programs: perspective of the program directors. *Ann Emerg Med.*, 23, 1994, 5, s. 1072-1076.
- Morse, R. M., Martin, M., A., Swenson, W. M., Niven, R. G.: Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence. *JAMA*. 251, 1984, 6, s. 743-746
- Murray, R. M.: Psychiatric illness in male doctors and controls: an analysis of Scottish hospitals in-patient data. *Br J Psychiatry*. 1977, 131, s. 1-10.
- Murtomaa, H., Haavio-Mannila, E., Kandolin, I.: Burnout and its causes in Finnish dentists. *Community Dent. Oral. Epidemiol.*, 18, 1990, 4, s. 208-212.
- Nelson, H. D., Matthews A. M., Girard, D. E., Bloom, J. D.: Substance-impaired physicians probationary and voluntary treatment programs compared. *West J Med*, 165, 1996, 1-2, s. 31-36.
- Nešpor, K.: Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. *Lékařské listy (příloha Zdravotnických novin)*, 44, 1995, 23, s. 14-15
- Nešpor, K.: Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka. Grada, Praha, 1998, s. 96.
- Nešpor, K.: Závislost na práci. Grada, 1998, s. 144.
- Nešpor, K.: Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Galén, Praha, 1999, s. 111.
- Nešpor, K.: Jak překonat problémy s alkoholem. 2. rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, s. 120.
- Nešpor, K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. 2. rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, s. 104.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag pro MŠMT, Praha 1999. s. 39.
- Nešpor, K., Müllerová, M.: Jak přestat brát (drogy). Třetí rozšířené vydání. Vydal Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2000, s. 144.
- O'Connor, P. G., Spickard, A.: Physician impairment by substance abuse. *Medical Clinics of North-America*, 81, 1997, 4, s. 1037-1052.
- Paquet, J. B.: Laughter and stress management in the OR. *Today's OR Nurse*, 15, 1993, 6, s. 13-17.
- Pullen, L. M., Green, L. A.: Identification, intervention and education: essential curriculum components for chemical dependency in nurses. *J Contin Educ Nurs*, 28, 1997, 5, s. 211-216.
- Revicki, D. A., May, H. J.: Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. *Behav Med*, 15, 1989, 1, s. 30-36.
- Richardsen, A. M., Burke, R. J.: Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Psychol Rep*, 72, 1993, 3, Pt 1, s. 811-821
- Richardsen, A.M., Burke, R. J.: Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc. Sci. Med.*, 33, 1991, 10, s.1179-1187.
- Richman, J. A.: Occupational stress, psychological vulnerability and alcohol-related problems over time in future physicians. *Alcohol Clin Exp Res.*, 16, 1992, 2, s. 166-171.
- Robinson, B. E., Chase, N. D.: High-performing families: causes, consequences, and clinical solutions. American Counseling Association, Alexandria, VA, 2001, s. 189.
- Rodrigues-Martos, A: Medical education: the way ahead. Konference „Young people and alcohol, Stockholm“, 19.-21.2.2001.
- Roth, A., Hogan, I., Farren, C.: Naltrexone plus group therapy for the treatment of opiate-abusing health-care professionals. *J Subst Abuse Treat*, 14, 1997, 1, s. 19-22.
- Sethi, B. B., Manchanda, R.: Drug abuse among resident doctors. *Acta Psychiat. Scand.*, 62, 1981, s. 447-455.
- Singh, R. G.: Relationship between occupational stress and social support in flight nurses. *Aviat Space Environ Med.*, 61, 1990, 4, s. 349-352.
- Smidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. *Portál*, 2000, s. 172.
- Snape, J, Cavanagh, S. J.: Occupational stress in neurosurgical nursing. *Intensive Crit Care Nurs*, 9, 1993, 3, s. 162-170
- Storr, C. L., Trinkoff, A. M., Anthony, J. C.: Job strain and non-medical drug use. *Drug Alcohol Depend.*, 55, 1999, 1-2, s. 45-51.
- Strang, J., Wilks, M., Wells, B., Marshall, J.: Missed problems and missed opportunities for addicted doctors: We need a special service for doctors addicted to drugs or alcohol. *BMJ: British Medical Journal*, 316, 1998, 7129, s. 405-406.

- Talbott, G. D.: Elements of the impaired physicians program. *Journal of the Medical Association of Georgia*, 73, 1984, 11, s. 749-751.
- Tobler, N. S.: Interactive program are successful: a new meta-analysis findings. 3rd Annual Meeting of the Society for Prevention Research, Scottsdale (Arizona), 15.-17.6.1995, abstrakta s. 18.
- Topf, M.: Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Res. Nurs. Health*, 12, 1989, 3, s. 179-186.
- Trinkoff, A. M., Storr, C. L.: Substance use among nurses: differences between specialties. *Am J Public Health*, 88, 1998, 4, s. 581-585.
- Tsai, S. L., Crockett, M. S.: Effects of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs.* 14, 1993, 1, s. 51-66.
- Tyler, P.A., Ellison, R. N.: Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *J. Adv. Nurs*, 19, 1994, 3, s. 469-476.
- Webster, T. G.: Problems of drug addiction and alcoholism among physicians. In: Schreiber, S. E., Doyle, B. B.: *The impaired physician*. Plenum Press, New York, 1983, s. 27-38.
- Whitley, T. W., Gallery, M. E., Allison, E. J., Revicki, D. A.: Factors associated with stress among emergency medicine residents. *Ann. Emerg. Med*, 18, 1989, 11, s.1248-1249.

Poznámka: Na adrese www.mujweb.cz/veda/nespor je k dispozici volně ke stažení řada materiálů, které se týkají léčby závislostí včetně svépomocných manuálů.

Projekt prevence problémů působených návykovými látkami u zdravotníků byl podpořen Ministerstvem zdravotnictví ČR. Podněty, připomínky a zkušenosti pošlejte na adresu: Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., Oddělení léčby závislostí (muži), Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8, E-mail: nespor@plbohnice.cz