

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Markéta Filipová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Markéta Filipová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA PÉČE O PACIENTY NA DĚTSKÉM A  
DOROSTOVÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Vávrová

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## **Prohlášení**

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

V Plzni dne 23. 3. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Filipová Markéta

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Specifika péče o pacienty na dětském a dorostovém detoxikačním centru

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Vávrová

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: detox, psychiatrie, drogy, děti, dospívající

### **Souhrn:**

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelská péče o pacienty hospitalizované na dětském a dorostovém detoxikačním centru a její specifika. Teoretická část je zaměřena na přiblížení této problematiky, dále na obor zabývající se návykovými látkami a na ošetřovatelskou péči specifickou pro tuto skupinu pacientů. V praktické části jsou zpracované dvě případové studie pacientů hospitalizovaných v tomto zařízení.

## **Abstract**

Surname and name: Filipová Markéta

Department: Nursing

Title of thesis: Specifics of care at children and adolescent's detox center

Consultant: MUDr. Jitka Vávrová

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 29

Keywords: detox, psychiatry, drugs, children, teenage

### **Summary:**

The topic of the bachelor thesis is a nursing care and its specifics of patients hospitalized at a children and adolescent's detox center. The theoretical part is focused on description of this issue, branch dealing with addictive substances, diagnostics and nursing care specific to this diagnosis. In the practical part there are two case studies that are focused on a nursing care of a patient in this medical facility.

## **Předmluva**

Cílem bakalářské práce je zmapovat ošetrovatelskou péči na dětském a dorostovém detoxikačním centru, jediném zařízení svého druhu v České republice. Po absolvování své první praxe v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského jsem se rozhodla pro zpracování tohoto tématu, jelikož problematika návykových látek je ve společnosti trvalý problém. Ráda bych toto téma uvedla více do povědomí širší veřejnosti, protože není výjimkou setkat se s adolescenty intoxikovanými alkoholem či drogami. Jako výstup z práce je vytvořen edukační materiál – první pomoc při akutní intoxikaci.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doktorce Jitce Vávrové za odborné vedení bakalářské práce, vstřícný přístup, ochotu a poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, paní primářce MUDr. Kroftové a paní doktorce Jeřábkové za umožnění výzkumu na dětském a dorostovém detoxikačním centru a v neposlední řadě děkuji za spolupráci také respondentům.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM ZKRATEK.....	12
ÚVOD .....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE.....	14
1.1 Detoxikace, detoxifikace, detox .....	14
1.2 Důležité termíny .....	15
1.3 Riziková skupina a rizikové chování .....	16
1.4 Závislost .....	16
1.4.1 Definice pojmu závislost.....	16
1.4.2 Vznik a vývoj závislosti.....	16
1.5 Adiktologie.....	17
2 PSYCHIATRIE.....	18
2.1 Definice pojmu psychiatrie .....	18
2.2 Historie psychiatrie .....	18
2.3 Historie dětské psychiatrie .....	19
3 DROGY .....	20
3.1 Úvod do drogové problematiky.....	20
3.2 Definice pojmu návyková látka.....	20
3.3 Typy drog .....	21
3.3.1 Alkohol.....	21
3.3.2 Kanabinoidy .....	22
3.3.3 Opiáty a opioidy .....	23
3.3.4 Stimulační drogy.....	24
3.3.5 Halucinogenní drogy.....	25
3.3.6 Těkavé látky .....	25
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ HOSPITALIZOVANÝCH V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU .....	26
4.1 Specifika práce sestry na psychiatrii.....	26
4.2 Úloha sestry v rámci psychiatrického vyšetření.....	26
4.3 Komunikace sestry s psychiatrickým pacientem.....	27
4.4 Etické principy ošetrovatelské péče na psychiatrickém oddělení .....	27
4.5 Klasifikační systémy v psychiatrii.....	28
4.6 Stavby spojené s užitím návykových látek .....	28
4.7 Nejčastěji užívaná psychofarmaka v centru .....	29



5	STRUKTURA ODDĚLENÍ DĚTSKÉHO A DOROSTOVÉHO DETOXIKAČNÍHO CENTRA .....	30
5.1	Sídlo zařízení .....	30
5.2	Historie dětského a dorostového detoxikačního centra .....	30
5.3	Struktura oddělení.....	31
5.4	Personální obsazení.....	31
5.5	Hospitalizace .....	31
5.5.1	Plánovaný příjem.....	31
5.5.2	Průběh hospitalizace .....	33
5.5.3	Propouštění pacientů.....	34
5.6	Vzdělání sester na dětském a dorostovém detoxikačním centru .....	34
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
6	FORMULACE PROBLÉMU .....	35
7	CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	35
7.1	Hlavní cíl výzkumu.....	35
7.2	Dílčí cíle .....	35
8	VÝZKUMNÉ OTÁZKY, PROBLÉMY .....	36
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	36
10	METODIKA PRÁCE .....	37
11	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	37
12	ROZHOVORY .....	38
13	KAZUISTIKA 1 .....	40
13.1	Anamnéza.....	41
13.2	Souhrn lékařských diagnóz .....	42
13.3	Hodnoticí škály.....	42
13.4	Fyzikální vyšetření sestrou.....	43
13.5	Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové.....	44
13.6	Ošetrovatelské diagnózy .....	47
13.7	Plán ošetrovatelské péče .....	48
13.7.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	48
13.7.2	Rizikové ošetrovatelské diagnózy .....	54
13.8	Edukační plány .....	55
14	KAZUISTIKA 2.....	56
14.1	Anamnéza.....	57
14.2	Souhrn lékařských diagnóz .....	58
14.3	Hodnoticí škály.....	58
14.4	Fyzikální vyšetření sestrou.....	58

14.5 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové.....	59
14.6 Ošetrovatelské diagnózy .....	63
14.7 Plán ošetrovatelské péče .....	64
14.7.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	64
14.7.2 Rizikové ošetrovatelské diagnózy .....	68
14.8 Edukační plány .....	70
DISKUZE.....	71
ZÁVĚR .....	75
VÝSTUP Z BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: EDUKAČNÍ LETÁK .....	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	80
Příloha č. 1 – Tabulka 1: Nejčastěji užívaná psychofarmaka na DaDDC .....	81
Příloha č. 2 – Tabulka 2: Edukační plán I respondentky A.....	82
Příloha č. 3 – Tabulka 3: Edukační plán II respondentky A .....	83
Příloha č. 4 – Tabulka 4: Edukační plán I respondenta B .....	84
Příloha č. 5 – Tabulka 5: Edukační plán II respondenta B.....	85
Příloha č. 6 – Rešerše ze studijní a vědecké knihovny .....	86
Příloha č. 7 – Informovaný souhlas NMSKB.....	87
Příloha č. 8 – Informovaný souhlas respondenta.....	88
Příloha č. 9 – Denní režim DaDDC .....	89
Příloha č. 10 – Vnitřní řád DaDDC .....	90
Příloha č. 11 – Hodnoticí škály použité v bakalářské práci .....	91

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Nejčastěji užívaná psychofarmaka na DaDDC .....	81
Tabulka 2 – Edukační plán I respondentky A .....	82
Tabulka 3 – Edukační plán II respondentky A.....	83
Tabulka 4 – Edukační plán I respondenta B.....	84
Tabulka 5 – Edukační plán II respondenta B .....	85

## SEZNAM ZKRATEK

ČTK .....	Česká tisková kancelář
DaDDC .....	Dětské a dorostové detoxifikační centrum
GCS .....	Glasgow coma scale
gtt. ....	kapky
i. m. podání .....	intramuskulární podání (nitrosvalové)
i. v. podání .....	intravenózní podání (nitrožilní)
inj. ....	injekce
JIP .....	jednotka intenzivní péče
MKN – 10 .....	desátá Mezinárodní klasifikace nemocí
n. l. ....	našeho letopočtu
NMSKB.....	nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského
NCO NZO .....	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NRS.....	numeric rating scale = hodnotící škála bolesti
p. o. podání.....	perorální podání (ústí)
PMK .....	permanentní močový katétr
PŽK.....	periferní žilní katétr
tbl. ....	tableta
TK .....	tlak krve
TT.....	tělesná teplota
SANANIM .....	Nestátní nezisková organizace působící v oblasti drogových závislostí
SpO <sub>2</sub> .....	saturace krve kyslíkem
SVK PK .....	Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje
ZZS .....	Zdravotnická záchranná služba

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá specifiky péče o pacienty na dětském a dorostovém detoxikačním centru, které vzniklo z důvodu nárůstu užívání drog osob v mladistvém věku. Centrum je výjimečné především proto, že je to jediné pracoviště svého druhu v naší republice. Práci na požádání vede MUDr. Jitka Vávrová, která v zařízení od roku 2011 pracuje a v roce 2018 tam byla vedoucí lékařkou.

Teoretická část je rozdělena do 5 kapitol. V první kapitole jsou vysvětleny základní termíny týkající se drogové problematiky. Druhá kapitola je věnována lékařskému oboru psychiatrie, do něhož problém závislosti spadá. Krátce se dotkneme historie psychiatrie a zvláště se zaměříme na dětskou a dorostovou psychiatrii. Třetí kapitola je zaměřena na jednotlivé typy drog. Čtvrtá kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí na Dětském a dorostovém detoxikačním centru v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Jsou zde popsány nejčastější diagnózy, které vedou k hospitalizaci v DaDDC, dále podrobnosti psychiatrického vyšetření, specifika komunikace s pacientem hospitalizovaným v tomto zařízení včetně etických principů. V páté kapitole je popsána struktura centra, krátce je přiblížena i nemocnice, rovněž svým způsobem jedinečná.

V praktické části jsou vypracovány dvě případové studie. Cílem práce je zmapovat ošetrovatelskou situaci v centru, poukázat na specifika péče pro střední zdravotnický personál pečující o drogově závislé adolescenty v lůžkové péči, porovnat shodnou ošetrovatelskou péči a oblasti edukace u pozorovaných respondentů, pokusit se nahlédnout do životů hospitalizovaných pacientů pomocí rozhovoru a vypracovat informační leták pro laickou veřejnost s informacemi, jak poskytnout první pomoc v případě akutní intoxikace spojené s návykovými látkami.

Rešerše jsou získány ze studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje od paní magistry Hajžmanové, která čerpala z databáze MEDVIK, souborného katalogu ČR, webové stránky theses.cz a elektronického katalogu SVK PK. Seznam vyhledaných rešerší je přiložen v příloze.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

### 1.1 Detoxikace, detoxifikace, detox

Detoxikace je proces odstranění látky z těla, smyslem je zbavení se a vyčištění se od návykové látky většinou za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinčních příznaků, tzv. „vystřízlivění“. Indikací k detoxikaci je závažná intoxikace psychoaktivní látkou (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 212-215).

Detoxifikace, která následuje po detoxikaci, je proces zvládnání odvykacího stavu (snaha učinit odvykací stav lépe zvládnutelný a léčba abstinčních příznaků). Jedná se o speciální léčebné postupy, jejichž cílem je zastavit užívání drog, minimalizovat škodlivé účinky návykové látky na organismus, někdy za pomoci substituční terapie, např. detoxifikace metadonem či buprenorfinem (subutexem). Po vysazení návykové látky se může objevit celá řada nepříjemných příznaků označovaných jako odvykací stav. Pokud během něj nastanou komplikace, může být až život ohrožující, detoxifikace je pak prováděna na JIP. Detoxifikace může být krátkodobá, která probíhá za hospitalizace ve speciálním lékařském zařízení trvající od několika dní do 2 týdnů, nebo dlouhodobá – ambulantní formou (pravidelná denní docházka do ambulance dle dohodnutého plánu). V současné době má pacient právo vybrat si způsob léčby. V rámci detoxifikace absolvuje psychiatrické, toxikologické, biochemické vyšetření a screening infekčních chorob. Detoxifikace je provázena psychoterapeutickou péčí, která je zaměřena na podporu a motivaci pacienta k léčbě a abstinenci. Přijatý pacient bývá ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinčními příznaky. Pobyt se ukončuje dle klinického stavu po plném odeznění všech případných komplikací, které brání pokračování v režimové léčbě či propuštění domů. Pokud je pacient propuštěn dřív, hrozí výrazné riziko relapsu či předávkování. Zbavení se odvykacího syndromu nelze považovat za dokončení léčby. Detoxifikace je jen počátek léčebného procesu. V oblasti závislostí používáme termín „detox“ pro detoxikaci i detoxifikaci. Následná léčba, po propuštění z detoxifikace, je zaměřena na to, aby pacient samostatně obstál v podmínkách běžného života bez drogy, zvládal rizikové situace. Probíhá ve formě

lůžkové péče, v každodenním navštěvování stacionáře, nebo v terapeutických komunitách (Černý, 2013, s. 30-31, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 212-215, Svobodová, 2009, s. 79-82).

## 1.2 Důležité termíny

Abstinence je zdrženlivost či odmítání.

Abstinenčními příznaky lze označit stav, kdy dochází k subjektivně nepříjemným pocitům z důvodu přerušování užívání psychoaktivní látky (křeče, delirium, úzkost, agrese).

Abúzus je termín označující nadměrné užívání či zneužívání nějaké látky.

Craving, neboli bažení, je fyzický abstinenční příznak a znamená chuť na drogu, puzení k opakovanému užití drogy.

Prevence: termín pochází z latiny – praevenire (předcházet, zabránit), jedná se o soubor intervencí a postupů vedoucích k předcházení vzniku, rozvoji, komplikací a následkům závislosti. Prevencí drogové závislosti se zabývá MUDr. Jiří Presl, Ph. D., který o problematice napsal spoustu odborných publikací. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. Primární protidrogová prevence zahrnuje aktivity vedoucí k zabránění vzniku závislosti, spadají sem obecné techniky, které by se děti měly naučit doma či ve škole. Rodiče učí děti zodpovědnému chování, rozvíjí je v zájmech, talentu, pohybu a komunikaci. Na školách je povinností od ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR realizovat protidrogovou prevenci shrnutou do minimálního preventivního programu. Některé školy řeší preventivní program formou konzultací s poskytovatelem poradenských služeb – metodik prevence. Sekundární prevence je snaha zabránit jedinci v rozvoji závislosti, důležité je včasné rozpoznání braní drog, včasná léčba a odborná pomoc, např.: detoxikační jednotky, cílem je zabránit zdravotním, psychickým a sociálním následkům. Terciární prevence se snaží snížit riziko vzniku recidiv, minimalizovat zdravotní a sociální škody (Černý, 2010, s. 42-43, Kalina, 2015, s. 261-269, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 7-39).

Recidiva znamená opakování, návrat (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 11-42).

Syndrom závislosti se projevuje cravingem, zvýšenou tolerancí a stálým užíváním i přes vědomí škodlivých vlastností (Kalina, 2015, s. 413).

Škodlivé užívání vede k poškození tělesného i duševního zdraví (Kalina, 2015, s. 413, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 11-42, Kučerová, 2013, s. 34-35, Rohr, 2015, s. 134).

### **1.3 Riziková skupina a rizikové chování**

Rizikovou skupinou se rozumí skupina, jež je vystavena více negativním faktorům či více ohrožena špatnými sociálními jevy než ostatní skupiny. V případě závislosti se jedná o dospívající ve věku 13-18 let, kteří jsou nejvíce náchylní ke sklonu k drogám.

Rizikové chování může ohrozit zdraví či život jedince, jedná se o šikanu, záškoláctví, rasismus, xenofobii, rizikové sexuální chování a poruchy příjmu potravy. Chování spojené se závislostí nazýváme „závislostní chování“. Zde je důležitá prevence, zdravý životní styl a schopnost zvládnutí těžkých situací (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 9-34).

### **1.4 Závislost**

#### **1.4.1 Definice pojmu závislost**

Pojem závislost lze definovat jako stav, kdy je jedinec podmíněn nějakou situací či okolností ke své existenci. Přírozeně jsou závislé např. děti na rodičích. Příkladem patologické závislosti je nepřiměřené až nekontrolovatelné nutkání opakovat své chování bez ohledu na důsledky tohoto chování. Závislost se projevuje cravingem, sníženým sebeovládáním, ztrátou sebekontroly, abstinenčními příznaky, aj. Dětem vzniká závislost 4 – 10x rychleji, prognóza vyléčení závislých dětí se zhoršuje s jejich nižším věkem. Častěji experimentují s více látkami, je zde vyšší riziko otrav. Závislost rozdělujeme na psychickou (déletrvající) a fyzickou. Abstinenční příznaky se vyskytují při fyzické závislosti. U většiny drog se rozvinou obě závislosti. Můžeme se setkat s pojmem sekundární závislost, což znamená závislost vzniklou v důsledku nějaké duševní poruchy. Závislost je chápána jako medicínský, pedagogický, psychologický problém, ovlivňující celou společnost (Kalina, 2015, s. 27-62, Kikalová, 2014, s. 11-17, Nešpor, 2018, s. 9-12).

#### **1.4.2 Vznik a vývoj závislosti**

U drog bývá různá rychlost vzniku závislosti. Na rychlosti vzniku se podílí osobnostní rysy pacienta a vlastnosti návykové látky. Důvody, proč mladiství vyhledávají drogy, jsou různé, nejčastěji se jedná o pobavení, únik z reality, touhu po svobodě, odrea-gování se, neschopnost odmítnout. Ohroženy jsou děti trpící hyperaktivitou ADHD, schizofrenií, depresivní poruchou a disharmonickým vývojem. Mezi znaky závislosti na drogách patří: kázeňské a finanční problémy, psychické zhoršení, neomluvené hodiny, náladovost, úzkost, podrážděnost, ztráta zájmů, nesoustředěnost, únava, krádež, problémy se zákonem, problémy s rodiči, ztráta či změna přátel, zhoršení vzhledu. Nejprokazatelnější



důkaz je nález toxických látek v moči. Závislost s sebou obnáší ztrátu svobody (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 17-21, Šťastná, 2010, s. 19-24, Nešpor, 2011, s. 9-12).

Rizikovými faktory mohou být: špatná výchova, nevhodné rodinné prostředí, nefunkčnost rodiny, vzpurnost, agresivita a impulzivnost dítěte, poruchy pozornosti, chudoba, diskriminace, kriminalita v okolí bydliště, tolerance drog, či naopak přílišná výchova (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 17-21, Šťastná, 2010, s. 23).

Mezi pozitivní ochranné faktory patří: dobrá výchova, dobré mezigenerační vztahy, spolupráce rodičů a školy, duševní a tělesné zdraví, zdravé sebevědomí, schopnost zvládat negativní situace a umět odmítat drogy. Je dobré, aby rodiče věděli, jak a s kým tráví jejich děti volný čas (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 17-21, Šťastná, 2010, s. 23).

Rozlišujeme různé kategorie závislostí: prvním styku s drogou říkáme experimentování, občasnému užívání říkáme rekreační či sociální. Další fází je pravidelné užívání, následuje návykové užívání (střídání abstinence a relapsu). Poslední je terminální fáze, kdy droga pacienta poškozuje sociálně i biologicky. Také se lze setkat s pojmem „problémové užívání“, kdy dotyčný dokáže být několik dní bez drogy a tudíž je přesvědčen, že o závislost se nejedná a v užívání pokračuje. Závislost má dvě fáze: akutní a rehabilitační (Kikalová, 2014, s. 17-33, Šťastná, 2010, s. 19-24).

Závislost jedince významně zasahuje do jeho rodiny. Bohužel neexistují dostatečné edukační materiály k péči o rodinu závislého jedince. Příbuzným tato situace přináší mnohé negativní emoce. Podle průzkumů z Velké Británie jsou pro rodiče nejhorší krádeže doma, násilí, hádavost a následný styk s policií či vězením. V tomto okamžiku je již nutná odborná pomoc ve formě rodinného terapeuta (Barnardová, 2009, s. 13-18).

## **1.5 Adiktologie**

Adiktologie je transdisciplinární obor, zabývající se prevencí, léčbou a výzkumem užívání návykových látek. Sleduje dopad na jedince i na společnost. Zakladatelem české adiktologie byl Jaroslav Skála (1916 Plzeň – 2007 Praha), český psychiatr a zakladatel první záchytné stanice v Československu roku 1951. Přední osobností české adiktologie je doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSC., psychiatr a psychoterapeut, působící na klinice adiktologie při 1. LF UK a VFN v Praze. Je vedoucím lékařem neziskové organizace SANANIM pomáhající lidem v oblasti drogových závislostí, fungující od roku 1990. Obor adiktologie lze studovat na 1. LF UK (Kalina, 2015, s. 27-28, 510, Koranda, 2010, s. 28).

## 2 PSYCHIATRIE

### 2.1 Definice pojmu psychiatrie

Psychiatrie je vědní a klinickou disciplínou, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch, kam se řadí i závislosti. Termín je odvozen z řečtiny (psyché – duše, iatreia – lékařství) (Praško, 2011, s. 14, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 13-458).

### 2.2 Historie psychiatrie

První písemné zmínky o psychiatrických chorobách se nachází v Ebersově papýru z 15. st. př. n. l. Duševně choré zavírali do chrámů určených pouze pro ně. Prvním velkým jménem spojeným s psychikou je Hippokrates (460–370 př. n. l.), řecký lékař, zakladatel racionálního lékařství, který popsal mánii, melancholii a frenitis (dnes nazýváno delirium). Duševními chorobami se na začátku našeho letopočtu začal zabývat Cornelius Celsus (25–50 n. l.), který převzal Hippokratovy názory, dával důraz na muzikoterapii, ale používal i mučení. V 2. století se starověký lékař Claudius Galén domníval, že právě mozek je centrem psychických funkcí. Roku 830 byl vybudován první klášterní azyl s péčí o psychiatrické pacienty. V 5. století se říkalo, že za duševní poruchy může d'ábel a duchové, vznikly hospitaly, kde o nemocné pečovali mniši. Od 11. století se tato problematika začala vyučovat na školách, trval předpoklad, že za duševní nemoci může d'ábel. První centrum pro duševně nemocné vzniklo r. 1234 při špitálu sv. Františka v Praze. V době osvícení se snažili nezávisle na sobě francouzský filosof René Descartes a basilejský profesor Felix Platter začlenit psychiatrické nemoci mezi ostatní. V 18. století při Velké francouzské revoluci zreformoval Philipp Pinel dvě vězení na psychiatrické nemocnice. Osvobodil nemocné, kteří byli svázáni řetězy, a zavedl jim terapii prací a psychologickou pomoc. Pinel popsal mánii, bludy, demenci, anorexii, hysterii, hypochondrii, obsese a kompulze. Po jeho vzoru vznikly další psychiatrické léčebny, např. Ústav pro duševně choré ve všeobecné nemocnici v Praze z roku 1790, jejímž primářem byl J. T. Held. Od 19. století bereme psychiatrii jako samostatný, uznávaný medicínský obor. Roku 1808 zavedl německý lékař Johann Reil termín psychiatrie. Zlatým věkem psychiatrie je druhá polovina 19. st., kdy dva francouzští psychiatři Jean-Pierre Falret a Jules Baillarger popsali dnešní afektivní bipolární poruchu (Kikalová, 2014, s.17-21, Šťastná, 2010, s.19-24, Nešpor, 2011, s. 9-12).

Švýcarský psychiatr Eugen Bleuler popsal schizofrenii. Mnichovský psychiatr Emil Kraepelin uspořádal klasifikaci psychóz a popsal typy schizofrenie, následně jeho žák Alois Alzheimer popsal demenci. U nás se za rozvoj psychiatrie zasloužil profesor pražské psychiatrické kliniky Karel Kuffner (1854–1940), který první vydal knihu o psychiatrii v Čechách a Jan Heveroch (1869–1927), který založil v r. 1918 Purkyňovu společnost pro bádání o duši a nervstvu, dodnes fungující pod názvem Česká psychiatrická společnost. Neopomenutelný přínos lékařství obecně dal Jan Janský (1873–1921), který při léčbě pacientů s psychózou objevil 4 krevní skupiny. Důležitou osobou je i zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud (1856–1939), který navždy obohatil psychiatrii o zavedení terapie. Jeho nejvýznamnějším dílem je Analýza snů (1899). Na přelomu 19. – 20. st. se na našem území vybudovalo mnoho zařízení pro léčbu psychiatrického onemocnění, nejznámějšími jsou Dobřany z r. 1880 a Bohnice od r. 1909. V polovině 20. st. se v psychiatrii snaží uplatnit Julius Wagner von Jauregg a António Egas Moniz, každý se svou variantou lobotomie. V této době se používaly elektrické šokové terapie, které pořád fungují. Bohužel vývoj psychiatrie byl poznamenán 2. světovou válkou, kdy docházelo k násilné sterilizaci, nelidským pokusům a vraždám duševně nemocných. Od 50. let jde do popředí psychofarmakologie. John Cade zavedl v Austrálii léčbu lithiem. Jean Delay a Pierre Deniker objevili ve Francii první neuroleptikum (chlopromazin) a Roland Kuhn ve Švýcarsku první antidepresivum (imipramin). Rozvíjí se komunitní centra zaměřená na poskytování psychiatrických služeb a psychoterapeutické postupy. I přes tento mohutný vývoj, stále nevíme přesné příčiny většiny duševních nemocí (Praško, 2011, s. 14, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 13-16, 437-458).

### **2.3 Historie dětské psychiatrie**

Historie dětské a dorostové psychiatrie se datuje od roku 1871 založením ústavu Ernestinum v Praze pro slabomyslné děti. Založil jej Karel Slavoj Amerling (1807–1884), český pedagog, lékař a filozof. První dětskou psychiatrickou ambulanci v Čechách založil v Praze roku 1902 prof. MUDr. Karel Herfort (1871–1940), zakladatel české dětské psychiatrie a profesor psychopatologie dětského věku. Také přednášel medikům. Jeho žákem byl Josef Apetauer, který založil první dětské lůžkové oddělení. Roku 1924 bylo zřízeno první zařízení pro děti s psychickými poruchami v Opařanech (Koranda, 2016, s. 342-351, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 351-354).

## **3 DROGY**

### **3.1 Úvod do drogové problematiky**

V současné době jsou děti od útlého věku stále více vystavovány moderním technologiím a jsou pod značným tlakem médií. Stále více času tráví u počítače a mnohem častěji komunikují prioritně s virtuálními kamarády. Kikalová (2014) se ve své knize domnívá, že právě to může být jedním faktorem, proč roste počet závislých mladistvých (Kikalová, 2014, s. 7-8). Avšak přesnou příčinu vzniku závislosti neznáme. I v minulosti se děti potýkaly se závislostmi, jak popisuje Radek John v románu *Memento* či Josef Klíma v románu *Náruživost* (Kikalová, 2014, s. 7-8, Nešpor, 2011, s. 9, Praško, 2011, s. 14, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 13-16).

Nejdůležitějším aspektem je informovanost. Experimentování s drogami začíná nejčastěji v pubertě. Pouze výjimečně podstupují adolescenti léčbu ze svého vlastního rozhodnutí, většinou je k tomu nasměrují rodiče či sociální pracovníci, v poslední možnosti soud. Do této situace se často dostanou děti z rodin alkoholiků, narkomanů nebo děti, které se ocitnou v náročné životní situaci. Problémem také je, že v České republice nemají děti do 15 let trestní odpovědnost a pouze soud pro mladistvé může nařídít výchovný program (Barnardová, 2011, s. 19-34, Šťastná, 2010, s. 11-29).

Problémy uživatelů drog začínají plíživě, mladiství mění své chování, ale rodiče to přikládají pubertě. Prvními známkami může být ztráta peněz doma, útěky z domova, velká náladovost. Závislým na drogách se život zúží jen na získání peněz a užití drogy. Často lžou, podvádí, hádají se. Drogy ničí vztahy v rodině. Příbuzní se nezdědka stávají terčem pomluv a despektu. Drogová závislost je širokospektrý problém, nelze jej léčit jednou metodou (Barnardová, 2011, s. 31-45, Kalina, 2015, s. 27, 62).

### **3.2 Definice pojmu návyková látka**

Návyková látka čili droga je přírodní či syntetická látka s psychotropním účinkem ovlivňující naši psychiku, emoce a chování, se schopností vyvolat závislost. Jejich užívání je škodlivé, poškozují náš organismus. Mezi adolescenty je nejčastější závislost na tabáku a marihuaně (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 11-31).

### 3.3 Typy drog

Drogy můžeme dělit několika způsoby: na alkohol a nealkoholové drogy, na legální a nelegální, na měkké a tvrdé (s nízkým či vysokým rizikem vzniku závislosti) a podle způsobu aplikace látky do těla (kouřením, čicháním, perorálně, parenterálně) (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 23-31). V podkapitolách podrobně popisujeme drogy, na kterých jsou nejčastěji závislí pacienti hospitalizovaní na DaDDC.

#### 3.3.1 Alkohol

Základní složkou alkoholických nápojů je Ethanol (ethylalkohol)  $C_2H_5OH$ , ze skupiny hydroxyderivátů uhlovodíků, což je bezbarvá kapalina s charakteristickou vůní vznikající kvašením cukrů. Vypité množství se uvádí v jednotce promile (zn. ‰). Alkohol je hojně užívaný po celém světě. V České republice patří k legálním drogám. Zákonem č. 379/2005 Sb. je zakázán prodej a podávání alkoholu dětem a mládeži do 18 let. Nejčastější komplikací požívání alkoholu je intoxikace (opilost), která má 4 stádia: lehká opilost (do 1,5 ‰), střední (1,6-2 ‰), těžká (nad 2 ‰) a těžká intoxikace s možnou smrtí (nad 3 ‰). U adolescentů se často nejedná přímo o závislost, ale spíše o jednorázovou konzumaci, čímž si způsobí akutní otravu, která se nejčastěji projevuje hádavostí, agresivitou, vztekem, labilitou nálady, kolísavou chůzí. Ročně na následky těžké intoxikace alkoholem zemře u nás až 300 lidí. Dále se můžeme setkat s patologickou intoxikací, která vzniká po požití malé dávky alkoholu, vyskytuje se strach, masivní úzkost, halucinace, bludy, agresivita a vztek, což trvá několik hodin, dotyčný pak usne a ráno si nic nepamatuje (Kalina, 2015, s. 51-52, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 24-26, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 216-217, Šťastná, 2010, s. 27-28).

Způsob aplikace je perorálně, tedy pitím. Po 30-90 minutách dochází ke snížení komunikačních a sociálních zábran, ze začátku působí stimulačně, dále dochází ke zlepšení nálady, pocitům euforie, zvýšení sebevědomí, zmírnění deprese, uvolnění a mnohomluvnosti. Tento stav – opilost se odborně ebrietas simplex (Kalina, 2015, s. 51-52).

Požítí větší dávky může způsobovat agresivitu, sníženou vnímavost, spavost, ztrátu rovnováhy a výtržnické chování (Kalina, 2015, s. 51-52).

Otrava se projevuje bolestí břicha, zvracením, amnézií, ztrátou vědomí, až slepotou a úmrtím. Alkohol se z těla jedince odbourává rychlostí přibližně 0,15 ‰ za hodinu, u mužů i rychleji 0,12 ‰, je to však individuální (Kalina, 2015, s. 51-52, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 24-26, Kučerová, 2013, s. 34, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 216).

Mezi známky chronického užívání alkoholu patří záněty žaludku, průjmy, poruchy pankreatu, jaterní cirhóza, gastritidy, zvýšené riziko rakoviny v gastrointestinálním traktu, endokrinologické poruchy, poškození nervové soustavy, kardiomyopatie, poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy, malnutrice, avitaminóza, poruchy krvetvorby, anémie, halucinace, bludy, poruchy paměti, snížená pozornost, sexuální dysfunkce, u těhotných žen hrozí poškození plodu, fetální alkoholový syndrom. Velkou zátěž pro játra způsobuje alkohol v interakci s léky. S opilstostí se setká až 36 % dětí do 13 let (Kalina, 2015, s. 53, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 24-26, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 217-218, Šťastná, 2010, s. 31).

Odvykací stav po odnětí alkoholu u chronických alkoholiků může být velmi vážný až život ohrožující, po několika hodinách se dostávají abstinenční příznaky, mezi které patří psychomotorický neklid, třes, úzkost, nauzea, pocení, zvracení, tachykardie, hypertenze, slabost, malátnost, křeče, iluze, halucinace, poruchy spánku. Nejhorším typem odvykacího stavu je delirium tremens. Závislost se rozvíjí dlouhodobě, postupně. Vzniká vysoká psychická i fyzická závislost. Za rizikové považujeme dávky 16 g u žen a 24 g u mužů 100 % alkoholu za den (Kalina, 2015, s. 53-55, Kučerová, 2013, s. 35, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 218-219).

Léčba a intervence: při detoxifikaci nejčastěji lékaři ordinují benzodiazepiny, MgSO<sub>4</sub> i. m. proti křečím, multivitaminové preparáty, kyselinu listovou, glukózu a dietu č. 4 – s omezením tuků, aby se šetřila játra. Při odvykacím stavu s deliriem je nutné doplnit vitamín B<sub>1</sub>, hořčík, draslík, glukózu a tekutiny. Lékaři ordinují lék Clomethiazol (pozor na útlum dýchací soustavy), Haloperidol při výrazném neklidu. Důležitá je psychoterapie, kognitivně-behaviorální postupy, motivační rozhovory, arteterapie, svépomocné skupiny (Kalina, 2015, s. 53-55, Kučerová, 2013, s. 35, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 201-222).

### **3.3.2 Kanabinoidy**

Do skupiny kanabinoidů řadíme marihuanu, hašiš a konopné produkty. Konopí se-té, slangově „tráva“, pochází ze střední Asie, je známé již 5000 let a obsahuje kromě jiných látek psychoaktivní látku THC (tetrahydrocannabinol), kterou nejčastěji užívají narkomani kvůli svým euforickým účinkům, pocitům pohody, veselosti. Uživatelé bývají skutečně „vysmátí“. Ze samičích rostlin již zmíněné byliny je možné vyrobit hašiš. Marihuana je ze sušených listů a květenství. Způsoby užívání: kouření, přidávání do pokrmů, masti. V poslední době se často mluví o legalizaci marihuany u nás. Děti kolem 15 let věku

užívají z drog nejčastěji právě konopí (Kalina, 2015, s. 64-67, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 30, Miovský, 2011, s. 125-204, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 227, Šťastná, 2010, s. 13).

Nežádoucími účinky jsou hlad, sucho v ústech, zmatenost, zhoršená jemná motorika, úzkost a halucinace. Projevy akutní intoxikace jsou změny nálad, abnormality vnímání, halucinace, zhoršení pozornosti, panika. Při chronickém užívání může dojít k poškození dýchacího systému a k poruchám plodnosti. Závislost je především psychická, odvykací stav se téměř nevyskytuje, pokud ano, indikuje lékař pacientovi antidepresiva SSRI a benzodiazepiny (Kalina, 2015, s. 64-67, Kikalová, 2014, s. 30, Miovský, 2011, s. 125-204, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 227, Šťastná, 2010, s. 13).

### **3.3.3 Opiáty a opioidy**

Surové opium lze získat zaschnutím šťávy z nezralých makovic máku setého. Následně chemickými postupy lze získat další opiáty – Morfin, Fentanyl, Kodein, Tramadol, které se užívají v medicíně proti bolesti. Výdej přípravku je vždy vázán na lékařský předpis. Opiáty mají významný euforický účinek a způsobují sedaci. Mezi nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, vysychání sliznic, ospalost, svědění, pokles tělesné teploty, zúžení zornic, bradykardie a útlum dýchacího centra, což může skončit fatálně. Problémem těchto látek je, že fyzická i psychická závislost vzniká velice rychle (Kalina, 2015, s. 55-57, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 28).

Ze syntetických alkaloidů je nejznámější heroin, dále methadon, buprenorfin a braun. Braun je vyroben z kodeinu, má hnědou barvu a byl velmi oblíbený v první polovině devadesátých let (Kalina, 2015, s. 55-61, 413).

Heroin (diacetylmorfin) je polosyntetický opioid, derivát alkaloidu morfinu, z něhož se připravuje acetylací. V České republice je na něm závislých více než 10 000 lidí, v současné době je to nejčastěji užívaný opiát v Evropské unii. Způsob aplikace: intravenózně, intranazální (hovorově „šňupání“), kouření v cigaretách či per os. Pro heroin je charakteristické denní užívání. Závislému se zúží život jen shánění drogy a prostředků na její opatření. Největší riziko představuje velmi malý rozdíl mezi účinnou a smrtelnou dávkou. Akutní intoxikace se projevuje apatií, útlumem, zhoršenou pozorností, úzkostí, euforií, objektivně otupělostí, zúženými zornicemi, poruchami vědomí. Při těžké intoxikaci se mohou projevit poruchy dýchání, předávkovaný dýchá jen povrchově, dochází k zástavě dechu, má promodralé prsty, dále je přítomna hypotenze, hypotermie, útlum CNS, zvracení, křeče, až ztráta vědomí a předávkovaný se stále škrábe (i v bezvědomí). V takovém

stavu je nutná hospitalizace s observací pacienta na lůžku a podání opioidních antagonistů Naloxon. V akutní intoxikaci se někdy pokouší závislí o sebevraždu. Odvykací stav nastupuje již za několik hodin max. dní. Mezi abstinencií příznaky patří craving, třes, nevolnost, neklid, zmatenost, příznaky těžké chřipky, svalové křeče, rozšíření zornic, nauzea, poruchy spánku, dehydratace, tachykardie, změny v krevním tlaku, až kolaps. Odvykací stav vrcholí 3. – 4. den po vysazení a odezní až po 14 dnech. Pak přetrvávají problémy se spánkem (Kalina, 2015, s. 55-61, 413, Kikalová, Kopecký, 2014, s. 28, Kučerová, 2013, s. 36, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 222-233).

Léčebné intervence spočívají v převodu závislého na substituční léčbu, tedy jiný opiat s delším poločasem vylučování. Snahou je postupné snižování dávky v kombinaci s anxiolytiky, antidepresivy s tlumivým účinkem, antipsychotiky, meduňkou lékařskou. Z hypnotik lze použít pouze léky bez závislostního potenciálu (melatonin). Léčba spočívá v úplné abstinenci, psychoterapii a režimové léčbě. Je nutné, aby se pacient doléčil. Takový pacient je již navždy brán jako klient v substituční léčbě a považován za abstinujícího (Kalina, 2015, s. 55-61, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 222-233).

### **3.3.4 Stimulační drogy**

Tyto drogy stimulují duševní i fyzické funkce organismu, dočasně povzbuzují organismus, odstraňují únavu, zvyšují výkonnost, pozornost a snižují chuť k jídlu. Při dlouhém užívání se může vyskytnout paranoidně – halucinatorní syndrom, tzv. „stíha“, kdy má závislý pocit, že se všichni spikli proti němu, že je pronásledován. Někdy jej doprovází při tomto pocitu i sluchové nebo vizuální halucinace. Mezi stimulanty patří metamfetamin, kokain a MDMA. Vzniká hlavně psychická závislost (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 27-28, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 234).

Nejzneužívanější látkou ze skupiny amfetaminů je pervitin (metamfetamin, řečnický „piko“) – po marihuaně nejčastěji používaná droga u nás, základní látkou je efedrin z rostliny chvojníků, nejčastěji vařen po domácích. Závislost vzniká velmi rychle. Odvykací stavy po odnětí látky nejsou výrazné, objevuje se únava, zvýšená chuť k jídlu, útlum či neklid, craving, poruchy spánku, nepříjemné sny až sebevražedné tendence. Při delších depresích po vysazení drogy je indikována antidepresivní terapie. Prognóza je velmi špatná po stránce zdravotní, sociální i finanční. Terapie spočívá v pozorování pacienta, rehydrataci, užívání benzodiazepinů dle ordinace lékaře a psychoterapii (Kalina, 2015, s. 413, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 230-236).



Kokain (slangově „koks“) je alkaloid z listů jihoamerického keře erythroxylylon coca. Má stimulační a euforizační účinky. Po tepelné úpravě vzniká tzv. „crack“, který se kouří, inhaluje nebo aplikuje injekcí. Nástup účinku je téměř ihned a je intenzivní. Projevy akutní intoxikace jsou agresivita, euforie, kolísání emocí, iluze, halucinace, nekoncentrovanost, tachykardie, hypertenze, pocení, nauzea, zvracení, křeče, bolest na hrudi, neklid, až oběhové selhání. Léčba: benzodiazepiny, beta-blokátory při kardiovaskulárních obtížích, nutný nepřetržitý dohled (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 234-236).

Dalším zástupcem je MDMA („extáze“), taneční droga s halucinogenním a stimulačním účinkem. Uživatel má dobrou náladu, není unavený, je sebejistý, impulzivní, často navazují nezodpovědné sexuální kontakty. Užívá se perorálně. Nežádoucími účinky jsou nevolnost, strnulost, třes, žízeň. Při dlouhodobém užívání vzniká deprese, panika, ztráta paměti až toxická psychóza (Kikalová, 2014, s. 29, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 234-236).

### **3.3.5 Halucinogenní drogy**

Halucinogenní drogy způsobují euforii, dezorientaci, lhostejnost, spavost, příkladem je LSD, který bývá užívána spíše příležitostně. Komplikací může být tzv. „flashbacks“, což znamená „záblesk minulosti“, kdy se dotyčný chová tak, jako když se již prožitá situace znovu opakovala. Akutní intoxikace se projevuje dysfunkčním chováním, úzkostí, strachem, paranoiou, poruchou pozornosti, nepředvídatelným jednáním, palpitací, tachykardií, neostrým viděním, třesem. Terapie akutní intoxikace spočívá v observaci a indikaci benzodiazepinů (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 28-29, Kučerová, 2013, s. 34, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 234-236).

### **3.3.6 Těkavé látky**

Mezi těkavé látky patří toluen a různá jiná rozpouštědla. Protože jsou levné, často ho zneužívají děti z chudých rodin. Uživatelé jsou ospalí a mají barevné sny. Při dlouhodobém užívání se mění osobnost uživatele, emočně otupí, jsou více labilní, plačtiví či agresivní. Toluén lze poznat z dechu i po 12 hodinách. Vzniká hlavně psychická závislost. Největší riziko je možnost předávkování, zástava dechu a smrt (Kikalová, 2014, s. 29).

## **4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ HOSPITALIZOVANÝCH V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU**

### **4.1 Specifika práce sestry na psychiatrii**

Psychiatrie je specificky náročný medicínský obor. Kvalitní péči poskytovanou psychiatrickými sestrami ovlivňuje mnoho faktorů, jelikož se výrazně liší od práce na jiných standardních odděleních. Náplní práce středního zdravotnického personálu je pocho-pitelně klasická ošetrovatelská péče, kde je zapotřebí zvýšeně dbát na holistický přístup ke zdraví. Sestry by měly být schopny navázat s pacientem užší vztah, získat si jeho důvěru a být mu oporou. Měly by edukovat pacienty v oblasti duševního zdraví, mít základní psychoterapeutické dovednosti, být schopny odhalovat rizika sebevražedného či sebepoškozujícího chování, podporovat pacienty v komunikaci a hovořit s nimi jasně, stručně, zřetelně a umět i naslouchat. Snažit se zajistit bezpečné prostředí, zapojit rodinu do léčby a hledat řešení situace. Je to práce psychicky i fyzicky náročná, sestry by měly být pohoto-vé a manuálně zručné, což je potřeba především u nespolupracujících až agresivních paci-entů, a snažit se předcházet nebo alespoň minimalizovat nežádoucí situace. Zdravotníci by měli disponovat těmito vlastnostmi: vlídností, empatií, obětavostí, diskrétností, odpověd-ností, ochotou, sebeovládáním, trpělivostí a taktností. Je dobré si hned ze začátku stanovit jasná pravidla, seznámit pacienta s léčebným režimem a dbát na jeho dodržování. Sestry se musí umět rychle rozhodovat, spolupracovat s celým týmem a být psychicky odolné. V neposlední řadě by měly znát symptomy psychiatrických diagnóz a orientovat se v podávaných psychofarmacích. Pro sestry je vhodný psychoterapeutický výcvik. Personál je vystaven riziku vzniku syndromu vyhoření, což je emoční vyčerpanost pramenící z chronického stresu (Béřešová, 2010, s. 30-34, Látalová, 2013, s. 16-20, Křivohlavý, 2010, s. 20-47, Kučerová, 2013, s. 36, Malá, Pavlovský, 2010, s. 114-121).

### **4.2 Úloha sestry v rámci psychiatrického vyšetření**

Sesterská úloha v rámci psychiatrického vyšetření začíná navázáním kontaktu s pacientem a identifikací pacienta. V rámci úvodního kontaktu je třeba rozlišit míru závažnosti problému, posoudit aktuální psychosociální potřeby pacienta a zhodnotit

ošetřovatelská rizika. Sestra vede strukturovaný rozhovor s pacientem, popř. jeho blízkými. Provádí orientační hodnocení psychického i somatického stavu, hodnotí potenciální rizika. Zjišťuje přítomnost rizika sebepoškození nebo sebevražedného jednání, impulzivity s rizikem zkratkovitého jednání. Na závěr vše sestra zaznamená do sesterské ošetřovatelské dokumentace. V psychiatrii má zásadní význam klinické vyšetření lékařem, především rozhovor, který je nezbytný pro stanovení správné diagnózy. Rozhovor by se měl odehrávat v soukromí, aby měl pacient pocit bezpečí a sdělil i důvěrné informace. Důležité je mít na pacienta dostatek času (Kalina, 2015, s. 33-47, Kučerová, 2013, s. 36-55, Malá, Pavlovský, 2010, s. 20, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 16-106).

### **4.3 Komunikace sestry s psychiatrickým pacientem**

Mezi zásady kvalitní spolupráce patří: oslovení, pozdrav pacienta, představení se navzájem, podání ruky, empatie, srozumitelnost, pozornost, osobní vztah, oční kontakt, povzbuzení pacienta k vylíčení obtíží a sdílnosti, povzbuzování, stanovení cílů, pocit bezpečí, příjemné prostředí, ověření porozumění, dohodnutí se na terapii, naslouchání a prostor pro dotazy. V závěru rozhovoru je vhodné zopakovat plán léčby, zdůraznit její důležitost, podpořit pacienta v naději na úspěch a rozloučit se s ním. Je vhodné pacienty povzbuzovat v pozitivním myšlení, protože jsou často negativističtí až hostilní, pasivní, apatičtí a padající do agonie. Důležité je umět zachovat klid, pacienti mohou být výbušní, nervózní až verbálně agresivní. Nejčastější chyby v komunikaci jsou ignorace, neosobní přístup, používání odborných výrazů, negativní a pohrdavý postoj personálu. Bohužel neexistuje žádná konkrétní komunikační dovednost ke zklidnění pacienta, ale je třeba držet se těchto zásad: nebýt s pacientem v místnosti sám, respektovat neverbální komunikaci, sedět u konverzace, neotáčet se zády, respektovat pacientův osobní prostor, odstranit ostré předměty, mluvit klidně a stručně, být empatický, pacienta do ničeho nenutit, nehodnotit, neodsuzovat, nedotýkat se, „být stále ve střehu“ a ukončit při vyhocení situace (Látalová, 2013, s. 16-126, Kalina, 2015, s. 689, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 86-159).

### **4.4 Etické principy ošetřovatelské péče na psychiatrickém oddělení**

Dodržování etických norem a postupů je nezbytné za všech okolností, tj. péče lege artis, důslednost a maximální trpělivost. Zdravotnický personál vede pravdivě, důsledně a úplně zdravotnickou dokumentaci dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a

podmínkách jejich poskytování. Personál poučí pacienta a podá mu informace o léčbě. Důležité je i respektování lidských práv, práv pacientů a práv duševně nemocných. Z etického hlediska je prvořadým úkolem sester zachování důstojnosti pacientů a respektování jejich hodnot. V ošetrovatelství má etika své místo od počátku odborné profese, kdy Florence Nightingalová kladla důraz na morální aspekty profese a osobního života sestry. Při akutním neklidu či v případě agresivních pacientů může lékař indikovat zklidňující medikaci, či omezovací prostředky. Je důležité odůvodnit jejich použití a vše zapsat do dokumentace dle §39 ze zákona č. 372/2011 Sb. Sestry zachovávají povinnou mlčenlivost, výjimkou je jen oznamovací povinnost nařízená soudem či Policí ČR v souvislosti s trestním řízením pacientů. Kromě nařízené léčby soudem, je vždy třeba mít souhlas pacienta s hospitalizací (Kalina, 2015, s. 602-606, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 455, Uherek, 2011, s. 10-38).

#### **4.5 Klasifikační systémy v psychiatrii**

Dle usnesení světové zdravotnické organizace je psychiatrie v MKN-10 v V. kapitole označena písmenem F. Na detoxifikační jednotce se setkáváme s diagnózami F10-F19 – duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 163-169).

#### **4.6 Stav spojený s užitím návykových látek**

V této podkapitole jsou stručně popsány stavy spojené s užíváním návykových látek.

Jedním z nejčastějších stavů vyskytujících se na DaDDC je akutní intoxikace, což je několik hodin trvající přechodný stav vedoucí k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, chování či psychofyziologických funkcí a reakcí, který se objeví po užití jedné či více návykových látek. Je třeba zajistit vitální funkce, monitorovat pacienta, odebrat krev a moč na toxikologii, podat terapii dle ordinace lékaře, snažit se zjistit typ požití látky. Komplikacemi po užití návykových látek jsou rozličné změny psychického stavu a poruchy chování (Kučerová, 2013, s. 36, Miovský, 2011, s. 219).

Akutní psychotický stav může být doprovázený halucinacemi, bludy, změnou chování, agresivitou, sebepoškozením, strachem či bezmocí. Důležitý je zvýšený dohled, podávání léků dle ordinace lékaře, zajištění bezpečnosti pacienta a dále je třeba myslet na riziko dehydratace či zranění (Kučerová, 2013, s. 36).

Amnestický syndrom se může objevit po užití alkoholu a jedná se pouze o zhoršení krátkodobé paměti (Kučerová, 2013, s. 36).

Suicidální pokus je vědomý úmysl zemřít, přesto dotyčný zůstane na živu. Následuje observace v uzavřeném psychiatrickém pavilonu, základními kroky jsou navázání kontaktu, vyjádření zájmu, zachování klidu, zhodnocení míry ohrožení, zajištění bezpečnosti pacienta a identifikace záchytného bodu. Nabídneme specifický plán a možnosti pomoci, pacienta zvýšeně sledujeme. Mezi rizikové faktory patří: vyjádření pacienta s přáním zemřít, úzkost, suicidum v anamnéze, krizové období (Kučerová, 2013, s. 36).

Při odvykacím stavu je přítomný abstinenční syndrom zahrnující somatické a psychické příznaky po odnětí návykové látky. Komplikací abstinenčního syndromu může být delirium tremens (F10.4), což je nejzávažnější forma syndromu z odnětí alkoholu. Je to potenciálně život ohrožující stav, jedná se o kvalitativní poruchu vědomí s hypertenzí, tachykardií, hypertermií, psychomotorickým neklidem, pocením, třesem, dezorientací a zrakovými halucinacemi. Léčba spočívá v observaci na JIP, podpoře vitálních funkcí, udržování homeostázy a podávání léků dle ordinace lékaře (Kučerová, 2013, s. 34-35).

Základním principem léčby závislostí na psychoaktivních látkách je komplexnost, kombinace farmakoterapie a psychoterapie, tedy stanovení individuálního komplexního plánu péče, zapojení rodiny do terapie a kognitivně-behaviorální terapie (Kalina, 2015, s. 492-498, Pavlovský, 2012, s. 208-245).

#### **4.7 Nejčastěji užívaná psychofarmaka v centru**

Psychofarmaka jsou léky primárně působící v centrálním nervovém systému. Pomáhají upravovat rozkolísané psychické funkce. Psychofarmaka indikuje lékař a měla by být použita jen se souhlasem pacienta, pokud nenastanou tyto výjimečné situace: ne-dobrovolná hospitalizace nařízená soudem, akutní psychomotorický neklid či epileptický záchvat vyžadující neodkladnou péči. Povinností sestry je zapsat aplikaci veškerých léčiv do dokumentace včetně času, způsobu aplikace a gramáže přípravku. K této kapitole jsem vytvořila tabulku pro lepší přehlednost lékových skupin nejčastěji užívaných na DaDDC, včetně indikace a možných nežádoucích účinků, viz příloha č. 1 (Dreher, 2016, s. 17-118, Látalová, 2013, s. 98-99, Kučerová, 2013, s. 71-74, Malá, 2010, s. 124, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 205-392).

## **5 STRUKTURA ODDĚLENÍ DĚTSKÉHO A DOROSTOVÉHO DETOXIKAČNÍHO CENTRA**

Dětské a dorostové detoxikační centrum je jediné specializované zařízení v ČR. Oddělení se zaměřuje na akutní péči dětí a mladistvých s experimentováním či závislostí na psychotropních látkách. Poskytuje ambulantní i krátkodobou lůžkovou péči, snaží se spolupracovat s rodinou a školou. Kooperuje s výchovnými zařízeními, orgánem sociálně-právní ochrany dětí a pomáhá integrovat pacienty do společnosti. Pacientům nabízí kombinovanou detoxifikační terapii a psychoterapii, individuální a skupinovou motivační terapii a aktivity pro volný čas (ergoterapie, muzikoterapie) a úvodní resocializaci. Snahou centra je seznámení závislých s vhodnými volnočasovými aktivitami po propuštění. Součástí péče o závislé pacienty je také ambulantní léčba v odborných ambulancích (psychiatrická, psychologická, pediatriká, gastroenterologická). Ročně oddělení ošetří a poskytne péči kolem 290 dětí. Věkové rozmezí pacientů je po dohodě v rozmezí 12–18 let, průměrný věk je 16,5 roku. Nejmladšímu pacientovi zde bylo 6 let a byl závislý na heroinu. Dětem s povinnou školní docházkou je zajištěna výuka speciální pedagožkou. Délka hospitalizace je průměrně 12 dní. Je zajištěna nepřetržitá lékařská a sesterská péče, sociální poradenství a psychologická péče v pracovní době (Kalousková, 2018, s. 10, Operační Manuál DaDDC).

### **5.1 Sídlo zařízení**

DaDDC se nachází v 1. patře nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského, ve Vlašské ulici v Praze 1. Nemocnice je provozovaná Kongregací Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. V současné době je to jediná církevní nemocnice s akutní péčí v ČR. V roce 2006 vyhrála nemocnice v anketě o nejlepší nemocnici ČR v očích pacientů. Nemocnice roku 2018 získala akreditaci. Ředitelkou je PhDr. Kateřina Svobodová a hlavní sestrou v době psaní práce Bc. Hana Balvínová (Kalousková, 2019, s. 4-12, Kalousková, 2018, s. 6-9).

### **5.2 Historie dětského a dorostového detoxikačního centra**

Milosrdné sestry s dlouholetou ošetrovatelskou tradicí vnímaly zřízení DaDDC jako pomoc potřebným. Oddělení vytvořily z bývalého dětského oddělení. Projekt centra je realizován od roku 2004, jeho cílem je komplexní péče o drogově závislé, ale také

o problémové uživatele či experimentátory s alkoholovými a nealkoholovými drogami do ukončeného 18. roku života. Pacientům poskytuje včasnou intervenci, která následně s potřebnou resocializací pomáhá změnit chování a postoje, a tak zabránit případnému vzniku závislosti i mnohem těžším zdravotním postižením. Oddělení spolupracuje s pediatry, psychology, kurátory a se školou. Projekt DaDDC je financován zřizovatelem NMSKB, dotacemi od ministerstva zdravotnictví, Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Městskou částí Praha 1 (Kalousková, 2019, s. 4-12, Kalousková, 2018, s. 6-9).

### **5.3 Struktura oddělení**

DaDDC je zařízení složené z lůžkové a ambulantní části. Lůžková část má kapacitu 14 lůžek, 11 standardních a 3 pro zvýšenou péči. Oddělení je koedukované. Pokoje pacientů jsou vybaveny jednoduše a účelně. Okna na pokojích jsou opatřena mřížemi z bezpečnostních důvodů. Je zde sesterna, ambulance klinického psychologa, pracovní sociálního pracovníka, místnost určená pro skupinové terapie, která zároveň slouží jako tělocvična a k trávení individuálního volna, jídelna, sprchy, WC. Ambulantní část se skládá z psychiatrické a pediatrické ambulance (Kalousková, 2018, s. 10, Vnitřní řád DaDDC).

### **5.4 Personální obsazení**

Tým tvoří primářka MUDr. Světlana Kroftová, lékaři, sestry, staniční sestra, sanitářka, klinický psycholog a sociální pracovník. Sestry zde slouží 12 hodinové služby, na směně jsou vždy 2 sestry a 1 lékař. Externě zde působí speciální pedagog v rámci spolupráce se základní školou praktickou Karla Herforta na Praze 1 (Operační manuál DaDDC).

### **5.5 Hospitalizace**

#### **5.5.1 Plánovaný příjem**

Kromě akutních intoxikací, kdy pacienta po domluvě přiveze zdravotnická záchranná služba či policie, je nutné se vždy objednat. Přijímají se pacienti z celé republiky. O přijetí na oddělení rozhoduje jedině lékař. Nutný je souhlas rodičů nezletilých pacientů s hospitalizací a léčbou, v případě akutní intoxikace lze přijmout pacienta nedobrovolně. Pacientům je doporučeno vzít si s sebou občanský průkaz, kartičku zdravotní pojišťovny, hygienické potřeby, spodní prádlo, přezůvky a u školních dětí učení. Dle ordinace lékaře

odebere sestra krev na biochemii (jaterní testy, bilirubin), hepatitidy, pohlavně přenosné nemoci a moč na toxikologii. Lékař sepíše s pacientem příjmové vyšetření, určí číslo diety a režimová opatření. Po sepsání příjmových formalit je pacient převzat na oddělení do 1. patra, kde se musí pod dohledem sestry vysprchovat a vlasy ošetřit sprejem Diffusil. Pacient dostane z hygienických důvodů erární oblečení, všechny ostatní věci sestra prohlédne, cennosti uloží do trezoru, ostatní věci zůstanou podepsané na sesterně. Pacienti odevzdají veškeré léky a originál zabalený tabák. Sestra vše sepíše do dokumentace. Po propuštění jsou věci pacientovi vráceny. Je zakázáno do zařízení přinést nebo mít u sebe ostré předměty a věci, kterými by se pacienti mohli poškodit či zaútočit jimi na jiné pacienty nebo personál (nůž, žiletka, pepřový sprej, podezřelé tekutiny), drogy, alkohol, mobil, peníze, rádio. Není dovoleno se na oddělení líčit a holit, také nosit šperky se symbolikou drog. Okamžité vyloučení se uděluje za nabádání k útěku, šikanu, erotické a agresivní chování. Pacienti jsou upozorněni, že za cenné věci nenese DaDDC odpovědnost, dále jsou upozorněni, že všechny věci, které pacienti od návštěv dostanou, včetně pošty, budou prohlédnuty personálem. V případě poškození majetku nemocnice dítětem, uhradí škodu rodiče (Denní režim DaDDC, Nešpor, 2018, s. 148-157, Operační manuál DaDDC, Vnitřní řád DaDDC).

Léčba pacientů je rozdělena na 3 části. První část je zdravotnická a probíhá v den příjmu, pacient projde psychiatrickým, pediatrickým a toxikologických vstupním vyšetřením, lékař naordinuje případnou medikaci a navrhne léčebný plán. Druhá část je terapeutická, jedná se o skupinové, motivační, individuální a ostatní terapie. Podle potřeby se doplní psychologická vyšetření. Důraz je kladen i na volnočasové strukturované aktivity, které mají významný podíl v léčbě. Dále je možnost farmakologické terapie dle potřeby. Třetí část je resocializační, sociální pracovník pomůže pacientům zajistit potřebné kontakty se sociální sférou, spolupráci při zajištění navazující péče, pomoc s doklady apod. (Vnitřní řád DaDDC, Kalina, 2015, s. 33-48, Malá, 2010, s. 20, Nešpor, 2018, s. 148-157).

Lékař naordinuje pacientovi příslušný režim na oddělení: „A“ neboli „DIP“ (detox intenzivní péče) se indikuje pacientům při akutní intoxikaci, pacient je pod zvýšeným dohledem a uložen na lůžko observační péče, kde se sleduje jeho stav, fyziologické funkce a příjem tekutin. Po odeznění intoxikace a úpravě stavu získá pacient režim „B“, je přesunut na standardní lůžko, účastní se programu, ale je bez vycházek. Poslední režim je „C“, bývá ordinován zpravidla ke konci pobytu. Rodiče mohou požádat o vycházku s dítětem,



po podepsání všech formalit a na vlastní odpovědnost můžou s dítětem ven (Vnitřní řád DaDDC, Kalina, 2015, s. 33-48, Malá, Pavlovský, 2010, s. 20, Nešpor, 2018, s. 148-157).

### **5.5.2 Průběh hospitalizace**

Léčba je režimová a soustředí se především na zvládnání abstinčních příznaků. DaDDC je uzavřené oddělení, pacienti mají vycházky jen s personálem, propustky na víkendy nemají. Pacienti jsou povinni dodržovat pokyny zdravotnického personálu a účastnit se všech skupinových psychoterapeutických aktivit a dodržovat režim oddělení. Denní režim a Vnitřní řád DaDDC jsou v přílohách na konci práce (příloha č. 10 a 11).

Během hospitalizace je snaha alespoň jednou se setkat s rodiči na rodinné terapii k nastavení základních pravidel po ukončení pobytu. Dlouhodobější rodinná terapie není z personálních ani časových důvodů možná. Návštěva rodinných příslušníků je možná po 3 dnech hospitalizace, musí být předem domluvena s lékařem. Dítě do 18 let může plánovaně opustit oddělení jen v doprovodu rodičů (Kalina, 2015, s. 492-498, Vnitřní řád DaDDC).

Diskutovanou výjimkou tohoto oddělení je, že pacienti mohou kouřit cigarety. Povolný počet po souhlasu rodičů jsou 3 denně. Cigaretu vždy předá pacientovi personál, pacient cigaretu vykouří pod dozorem na oplocené terase (Operační manuál DaDDC).

V dopoledním psychoterapeutickém programu pracuje s dětmi klinický psycholog ve skupině pomocí různých technik, které může vybrat dle aktuální potřeby buď skupiny, nebo jednotlivce. S psychoterapeutickými programy je třeba začít co nejdříve (Kalina, 2015, s. 446-467, Operační manuál DaDDC).

Náplní odpoledního terapeutického programu vedeného klinickým psychologem nebo volnočasovým terapeutem může být kognitivní trénink, muzikoterapie, arteterapie, progresivní svalová relaxace podle Jacobsona, kresba, dílna či hry (Operační manuál DaDDC).

Od 16 do 17 hodin probíhá na oddělení sestrami organizovaný program, může se jednat o vycházku (pouze po areálu nemocnice a pod dozorem sester), autogenní trénink (vědomá, řízená relaxace snažící se přesměrovat pozornost z úzkosti na jednotlivé části těla), nebo obecnou relaxaci (Denní režim a Operační manuál DaDDC).

V případě hrubého porušení Vnitřního řádu jsou kontaktováni rodiče a pobyt pacienta je neprodleně ukončen. Útěk se oznamuje Policii ČR. Po návratu je pacientovi

poskytnuta jen intenzivní péče (režim „A“), pak je vyloučen a 3 měsíce do centra nesmí (Kalina, 2015, s. 689, Nešpor, 2018, s. 148-157, Rohr, 2015, s. 71-77, Vnitřní řád DaDDC).

### **5.5.3 Propouštění pacientů**

Pacienti jsou z nemocnice propuštěni po úplné detoxifikaci. Mají na výběr z několika následných léčeb: krátkodobé (7 týdnů), střednědobé (10 týdnů např. ve FN Plzeň) či dlouhodobé (až 3 měsíce např. v Bohnicích), či do komunitních center nebo alespoň chodit na ambulantní kontroly k psychiatrovi. Část pacientů, kterým to umožňuje místo bydliště, po detoxifikaci zůstává v ambulantním doléčování v psychiatrické ordinaci DaDDC (Kalina, 2015, s. 469, Nešpor, 2018, s. 148-157, Operační manuál a Vnitřní řád DaDDC).

## **5.6 Vzdělání sester na dětském a dorostovém detoxikačním centru**

Požadované vzdělání u sester pracujících na DaDDC bez odborného dohledu je vysokoškolské vzdělání (zakončeno titulem Bc., Mgr.) či vyšší odborné (zakončeno titulem DiS.), nebo středoškolské do r. 2007, kdy stačilo pro práci všeobecné sestry bez odborného dohledu studium čtyřletého oboru s maturitou na střední zdravotnické škole. Od r. 2008 absolventi SZŠ vycházeli jako zdravotničtí asistenti, kteří musí pracovat pod odborným dohledem všeobecné sestry a některé úkony (např. intravenózní podávání léků) nesmí vykonávat vůbec. V roce 2017 bylo vzdělávání sester opět změněno, název oboru zdravotnický asistent se změnil na název Praktická sestra. Nynější absolventi vychází jako praktické sestry. U zdravotnických asistentů došlo ke změně označení na Praktická sestra. Praktické sestry na DaDDC pracovat mohou, ale pouze pod dohledem všeobecné sestry. Toto upravuje zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Výhodou je doplnit si specializaci na psychiatrii při NCO NZO (Petr, 2014, s. 40-42, Zákon č. 96/2004 Sb.).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Dětské a dorostové detoxikační centrum je jediným pracovištěm svého druhu v naší republice, poskytuje akutní lůžkovou péči dětem a mladistvým do 18 let se zkušeností či závislostí na psychotropních látkách. Pro centrum je typické propojení zdravotnické péče a terapeutických postupů.

Léčba závislosti je multidisciplinární záležitost, vzhledem k tomu, jak se proměňuje společnost a narůstá i náročnost nelékařských profesí v oblasti edukace a biopsychosociálních potřeb klientů.

## 7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

### 7.1 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem bylo zmapovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům závislých na návykových látkách a vytyčit specifika péče pro střední zdravotnický personál.

### 7.2 Dílčí cíle

1. Vypracovat dvě kazuistiky.
2. Identifikovat specifika péče poskytované pacientům závislých na návykových látkách pro střední zdravotnický personál.
3. Porovnat shodnou ošetrovatelskou péči u pozorovaných respondentů.
4. Určit oblasti edukace v drogové problematice a vypracovat edukační plány.
5. Zjistit, jaké drogy jsou mladistvými nejčastěji užívané.
6. Nahlédnout do životů hospitalizovaných pacientů pomocí krátkého rozhovoru s respondenty (otázky č. 1 – 10).

## 8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY, PROBLÉMY

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o závislé pacienty?
2. Jaký je rozdíl v náplni práce středního zdravotnického personálu v Dětském a dorostovém detoxikačním centru oproti jiným standardním oddělením?
3. Jaké jsou shodné oblasti ošetrovatelské péče?
4. Jaké jsou shodné oblasti edukace v drogové problematice?
5. Jaké drogy jsou nejčastěji užívané mladistvými v ČR?
6. Rozhovor – výzkumné otázky pro respondenty:

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk a jaká je vaše toxikologická anamnéza?

Otázka č. 2: Jak se teď cítíte?

Otázka č. 3: Jaké máte abstinenční příznaky, fyzické i psychické?

Otázka č. 4: Jste v životě spokojeni?

Otázka č. 5: Jaké je Vaše rodinné zázemí?

Otázka č. 6: Pociťujete teď nějakou bolest?

Otázka č. 7: Jaká byla reakce rodičů při zjištění, že užíváte drogy?

Otázka č. 8: Proč jste drogy začali užívat – první impulz?

Otázka č. 9: Užívali jste k droze i alkohol, cigarety, či nějaké léky?

Otázka č. 10: Kde jste získávali peníze na drogy? Vydělávali jste si peníze na drogy pomocí prostituce? V případě, že ano, používali jste ochranu?

## 9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum byl zvolen záměrný výběr respondentů. Cílovou skupinou výzkumu tvořili pacienti z DaDDC, jedná o adolescenty do 18 let. Výběr respondentů se zúžil dle souhlasů s výzkumným šetřením. Pro zařazení do výzkumu nezáleželo na věku ani pohlaví.

V práci jsou zpracovány 2 případové studie:

Respondentka A – dívka, 17 let, závislá 2 roky na marihuaně a tabáku

Respondent B – chlapec, 17 let, závislý 5 let na tabáku, 4 roky na alkoholu, 4 roky na marihuaně (užívá denně) a 2 roky na pervitinu (užívá jednou týdně)

## 10 METODIKA PRÁCE

Druh výzkumu vybraný pro získávání informací je kvalitativní. V ošetrovatelství se vyskytuje častěji, protože je komplexnější, individuální a zaměřený právě na jednoho respondenta vnímaného s jeho bio-psycho-sociálními potřebami (Kutnohorská, 2009, s. 12-65). Pro sběr dat byly využity tyto metody: nepřímé a nezúčastněné pozorování za pomoci pozorovacího archu, polostrukturovaný rozhovor obsahující 10 předem připravených otázek za účelem zjištění demografických údajů a stavu respondentů, analýzu zdravotnické dokumentace za pomoci Barthelova testu základních denních činností pro zjištění stupně závislosti, Glasgow coma scale k posouzení stavu vědomí a metodu NRS pro zjištění intenzity bolesti. Při tvorbě ošetrovatelského procesu byl použit Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové obsahující 13 oblastí.

V práci je respektováno soukromí účastníků, respondenti podepsali informovaný souhlas, zachováváme anonymitu. Údaje o respondentech slouží pouze k účelům bakalářské práce. Jelikož se jedná o nezletilé pacienty, je nutné zajistit souhlas i u jejich rodičů. Účastníci výzkumu byli seznámeni s průběhem výzkumu, měli možnost zeptat se na všechno, co je zajímá a také měli právo kdykoliv od výzkumu odstoupit bez udání důvodu. Jsme si vědomy, že podmínkami úspěšného rozhovoru a celého výzkumu jsou předem připravené otázky, dodržení jejich formulace a pořadí, navození důvěry, umění komunikovat, pracovat s validními a spolehlivými údaji a přistupovat k respondentovi holistický způsobem (Kutnohorská, 2009, s. 12-65).

## 11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od října do listopadu 2018 na dětském a dorostovém detoxikačním centru v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Hospitalizovaní pacienti se stali respondenty. Po podpisu informovaného souhlasu nemocnicí, adolescentem i jeho rodičem či zákonným zástupcem začal být prováděn výzkum, z čehož byly vytvořeny případové studie. Pacient byl pozorován po celou dobu hospitalizace. Když ošetřující lékař svolil provést rozhovor, domluvily jsme se s pacientem na termínu setkání, pro zpracování případové studie. Cílem bylo dozvědět se, jací pacienti zde jsou hospitalizováni, co je přivedlo k drogám a jaká jsou zde specifika ošetrovatelské péče pro střední zdravotnický personál. Rozhovor byl proveden v soukromí a trval 15–30 minut. S každým respondentem proběhlo jedno setkání.

## 12 ROZHOVORY

Rozhovor jsem provedla s respondenty za přítomnosti mé vedoucí bakalářské práce. Na úvod jsme se respondentům představily a ujistily je o zachování anonymity a právu neodpovídat.

### ***Otázka č. 1: Jaký je Váš věk a jaká je vaše toxikologická anamnéza?***

V úvodu rozhovoru jsme se respondentů ptaly na jejich věk a na jejich zkušenosti s drogami. Oběma je 17 let. Ohledně drog odpověděli oba pravdivě, i když respondentka ze začátku odpovídala rozpačitě. Nakonec mi sdělila, že nepravidelně kouří od 15 let marihuanu a cigarety. Respondent odpověděl, že od 13 let kouří 1 gram marihuany denně a nitrožilně užívá cca jednou týdně pervitin.

### ***Otázka č. 2: Jak se teď cítíte?***

Tato otázka byla respondenty zodpovězena, že se právě teď necítí příliš dobře, trápí je abstinenční příznaky a mají chuť na drogy. Respondentka navíc uvedla, že cítí úzkost, neklid a nenávisť k matce.

### ***Otázka č. 3: Jaké máte abstinenční příznaky, fyzické i psychické?***

Respondentka uvedla, že se při abstinenci třese, na nic nemá náladu, nedokáže se soustředit a má problémy se spánkem. Naopak respondent popsal, že ho nejvíce obtěžuje zvýšené pocení, bolest hlavy, třes končetin, snížený výkon, problémy s pamětí, roztěkanost, nevrlost a nechut' do čehokoliv. Oba trápil craving a chybí jim pocity, které mívaly po požití drogy.

### ***Otázka č. 4: Jste v životě spokojeni?***

Ani jeden z pozorovaných respondentů není v životě spokojen ani šťasten. Životní hodnoty srovnané nemají. Oba mají snížené sebevědomí.

### ***Otázka č. 5: Jaké je Vaše rodinné zázemí?***

Rodinné zázemí je pro tyto pacienty velice důležitý faktor. Oba respondenti mají kde bydlet, ale doma se necítí dobře, situace je pro ně nevyhovující. Bohužel ani u jednoho z respondentů není dobrá kvalita rodinných vztahů, což je obecně u pacientů na DaDDC velký problém.

***Otázka č. 6: Pociťujete teď nějakou bolest?***

Respondentka uvedla bolest břicha. Dle hodnoticí škály bolesti metodou NRS uvádí intenzitu bolesti číslem 3. Z ošetrovatelského hlediska byla stanovena ošetrovatelská diagnóza a intervence ke snížení bolesti. Podávaná medikace dle ordinace lékaře zabírá respondentce s dobrým efektem. Respondent po celou dobu hospitalizace nepociťoval žádnou bolest.

***Otázka č. 7: Jaká byla reakce rodičů při zjištění, že užíváte drogy?***

Respondentka odpověděla velmi stroze, že matka na ni při zjištění křičela, zakazovala jí stýkat se s jejím bývalým přítelem, tak „musela“ utíkat z domu. Otce již nemá.

Respondent říkal, že matka neustále pláče, je z něj nešťastná a prosila ho, aby toho nechal a aby se šel léčit. Když to zjistil jeho biologický otec, který s ním nežije a nestará se o něj, tak ho zbil a to byla jeho jediná reakce, nyní se již o něj opět nezajímá. Respondent uvádí, že chce abstinovat hlavně kvůli matce.

***Otázka č. 8: Proč jste drogy začali užívat, jaký byl první impulz?***

Na tuto otázku odpověděla respondentka, že drogu ji nabídl její bývalý přítel a bylo to spíše ze zvědavosti. Respondent sdělil, že prvním impulsem k užití drog byla také zvědavost, marihuanu mu nabídli spolužáci.

***Otázka č. 9: Užívali jste k droze i alkohol, cigarety, či nějaké léky?***

Oba užívali k návykové látce i cigarety a alkohol, léky nikoliv.

***Otázka č. 10: Kde jste obstarávali peníze na drogy? Vydělávali jste si peníze na drogy pomocí prostituce? V případě, že ano, používali jste ochranu?***

Odpovědi respondentů se v této otázce shodovaly. Respondentka uvedla, že především z kapesného a od přítele. Respondent nerad přiznal, že si peníze obstarával krádežemi, nejčastěji doma. Prostitucí si nevydělávali ani jeden z nich.

## 13 KAZUISTIKA 1

Pacientka ve věku 17 let s diagnózou závislost na marihuaně a emočně nestabilními osobnostními rysy je přivezena matkou na DaDDC, neohlášená, bez doporučení, jako akutní případ s nutnou neodkladnou péčí. Matka si s dcerou neví rady. Psala opakovaně e-mail do centra s prosbou o pomoc. Dcera je nezvladatelná, dvakrát změnila střední školu, nerespektuje žádná pravidla. Opakovaně odchází z domu a opakovaně z ní byla cítit marihuana. Dcera prý vůbec nejí. Je podezření na poruchy příjmu potravy. Jedná se o prvoléčbu. Psychologicky dosud nevyšetřena. Původní plán při přijetí byl: observace pacientky na DaDDC na 48 hodin, k zajištění kontaktů s psychologem a sociálními pracovníky. Pacientka byla přijata na oddělení pro experimenty s marihuanou, i přesto, že tvrdí, že nic neužívá, v moči byl pozitivní nález na THC i na amfetaminy.

Pacientce byl naordinován režim B, dieta č. 3 a při příjmu jednorázově Rivotril 0,5 mg 1 tbl. Subjektivně je pacientka bez obtíží, nervózní, od léčby nic neočekává. V den příjmu tvrdě spí na pokoji. Druhý den se zapojila do terapeutické skupiny. Laboratorní výsledky z krve dále prokázaly zvýšené hladiny jaterní testů, ostatní hodnoty v normě. Byla vyšetřena i pediatrem, který nenašel žádné závažné komplikace a gastroenterologem, který na zácpu a bolest břicha předepsal medikaci. Hospitalizace nakonec trvala 10 dní.

Během hospitalizace se pacientka snažila dodržovat režim oddělení a účastnila se veškerých aktivit. Po celou dobu byla klidná, tichá a nekonfliktní. Občas impulzivní byla pouze při příjmu. Nejvíce jí vyhovoval individuální rozhovor s psychologem. Chodila kouřit na terasu (měla povolené 3 cigarety denně, které byly písemně schváleny matkou při přijetí). Během hospitalizace netrpěla žádnou nozokomiální infekcí, nebylo třeba přistoupit k bariérovým opatřením. Pacientce byly pravidelně měřeny fyziologické funkce a hmotnost.

Při propouštění pacientka verbalizuje snahu abstinovat a řešit i tíživou komunikaci v rodině, má slušný náhled na situaci. Adaptace byla postupná, ale následná spolupráce velmi dobrá. Porucha příjmu potravy nepotvrzena. Chce vystudovat školu. Po léčbě pacientka odchází domů. V případě relapsu je možná hospitalizace zde. Pacientce je doporučena úplná abstinence, režimová opatření, pravidelná psychoterapeutická sezení, pravidelné toxikologické kontroly moči, dočasná ambulantní péče či terapeutická komunita Cesta Řevnice a rodinná terapie.



## 13.1 Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** otec údajně spáchal ve 30 letech sebevraždu, matka (39 let), interně zdravá, ale užívá antidepresivum SSRI, neuropsychická zátěž v rodině přítomna. Matka je ředitelkou mateřské školy. Rodiče jsou rozvedeni od 2 let pacientky. S novým přítelem matky nevychází dobře. Sourozenci: vlastní sestra (19 let) zdravá, polorodý bratr (12 let) zdrav.

**Osobní anamnéza:** z 2. těhotenství, normální průběh, porod bez komplikací. Psychomotorický vývoj v normě. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Operace ani větší úrazy neměla žádné. Bezvědomí 0. Sebeпоškození 0.

**Farmakologická anamnéza:** dlouhodobě: 0

**Farmakologická anamnéza:** během hospitalizace

Název léku	Dávkování	Způsob podání	Indikační skupina
Rivotril 0,5mg tbl.	jednorázově při příjmu 1 tbl, dále dle potřeby 1 tbl (max 1 tbl denně)	p. o.	Benzodiazepiny
Lactulose AL sirup	3x 15 ml	p. o.	Laxativum
Mirtazapin Sandoz 30 mg tbl.	0-0-0-1/2 na noc	p. o.	Antidepresivum (vhodné i pro léčbu poruch spánku)
Algifen Neo gtt.	dle potřeby 30 kapek, max 3x denně 30 kapek	p. o.	spasmolytika

**Alergická anamnéza:** nejuje

**Gynekologická anamnéza:** první menstruace v 15 letech, nepravidelná, hormonální antikoncepci nepoužívá. Poslední menstruace asi před měsícem. Měla 1 sexuálního partnera v 15 letech. Nyní partnera nemá. Žádné gynekologické operace neprodělala.

**Pracovní anamnéza:** do jeslí ani do mateřské školy nechodila. V 6 letech nastoupila do školy, kdy až do 9. třídy měla uspokojivý prospěch i dobré chování. Nastoupila na střední odbornou školu sociální. Po prvním ročníku přestoupila na SŠ hotelovou, nyní je zpět na SŠ sociální, ale opakuje první ročník.

**Sociální anamnéza:** žije s matkou, s matčiným novým přítelem a bratrem v rodinném domě. Má vlastní pokoj. Vztahy uvádí za – cituji: „no docela dobré“. Děti nemá. Kurátorský dohled nemá. Problémy s policií taky nemá.

**Toxikologická anamnéza:** cigarety kouří od 15 let, nyní asi 4 denně. Alkohol i marihuanu zkusila v 15 letech, poté marihuanu užívala s bývalým přítelem denně, alkohol užívá příležitostně. Ačkoliv návykové látky neguje, byly v moči při příjmu prokázány.

### **13.2 Souhrn lékařských diagnóz**

- F151 Poruchy způsobené stimulancii – škodlivé užívání
- F122 Poruchy způsobené kanabinoidy – syndrom závislosti
- F171 Poruchy způsobené tabákem – škodlivé užívání
- Z503 Rehabilitace při drogové závislosti
- F603 Emočně nestabilní porucha osobnosti
- F501 Poruchy příjmu potravy – atypická mentální anorexie

### **13.3 Hodnoticí škály**

**Barthelův test základních denních činností** – při příjmu i po celou dobu hospitalizace: 100 bodů – nezávislá, plně soběstačná.

**GSC** – při příjmu i v průběhu hospitalizace: 15 bodů – plně při vědomí, bez patologie.

**Riziko dekubitů dle Nortonové** – slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů – pacientka je plně soběstačná, není upoutána na lůžko, riziko vzniku dekubitů nehrozilo po celých 10 dní pobytu.

**Metoda NRS** – pacientka trpící nauzeou a s tím spojenou bolestí břicha, vyjadřuje bolest na stupnici jako č. 4. Dle potřeby lze pacientce podat 30 kapek Algifenu dle ordinace lékaře, který zabírá s vynikajícím efektem, pacientka pak sděluje na škále č. 2.

Hodnoticí škály byly provedeny při příjmu, v průběhu a při propouštění pacientky.

### 13.4 Fyzikální vyšetření sestrou

**Celkový vzhled, úprava, hygiena:** pacientka je při vědomí, orientována místem, časem, prostorem a osobou. Je úzkostná, uplakaná, shrbená, bosá, neupravená, občas impulzivní. Nejeví známky akutní intoxikace. Verbálně se vyjadřuje smysluplně. Spolupráce je bezproblémová. Zaráží nás nevěrohodné informace ohledně abusu. Hydratace není dostatečná, sliznice má vysušené. Kožní defekty ani chronické rány nemá. Nemá piercing ani tetování. Je bez známek akutní infekce.

**Hlava:** pokleповě nebolestivá, bez deformit, volně pohyblivá, zornice izokorické, pacientka vidí i slyší dobře, vlasy neupravené

**Dutina ústní, nos:** bez sekrece, jazyk bez povlaků, sliznice prokrvené

**Zuby, zubní náhrady, chybění zubů:** zdravý, ale zanedbaný chrup

**Krk:** symetrický, štítná žláza nezvětšena, nehmatné uzliny

**Hrudník:** srdeční akce pravidelná, klidná, dýchání čisté

**Horní končetiny:** bez patologického nálezu, bez deformit, stisk ruky – pevný, nehty třepící se, ulámané, neupravené

**Dolní končetiny:** pulzace na periferiích, bez patologického nálezu

**Páteř:** fyziologická

**Rozsah pohybu kloubů:** úplný

**Svalová tuhost, pevnost:** svalový tonus v normě

**Kůže – barva, léze, dekubity:** kůže suchá, prokrvená, fyziologická, bez rizika vzniku dekubitů, chronické rány nemá. Vpichy na těle nemá.

**Chybění částí těla:** 0

**PŽK:** 0

**PMK:** 0

**Drény:** 0

**Stolice:** nepravidelná, prý už asi týden nebyla, naordinována Lactulóza

**Orientace:** orientována všemi směry

**Řeč, způsob vyjadřování, hlas:** úplná, bez problému, pacientka pláče, ale je slušná, první den občas impulzivní, v průběhu hospitalizace tichá, klidná

**Fyziologické funkce:**

**TK:** 106/68 mmHg

**Pulz:** 96/min

**TT:** 36,4 °C (normotermie)

**Hmotnost:** 43,5 kg

**Výška:** 145 cm

**BMI:** 20,4

**Dýchání:** 17 dechů/min., pravidelné, poklep jasný, plný, dýchání sklípkové, kašel nemá, cigarety kouří

**SpO<sub>2</sub>:** 94%

**Dieta:** č. 3 – racionální

Pacientka nemá žádné kompenzační pomůcky.

## **13.5 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové**

### **1. Podpora zdraví – povědomí zdraví a management zdraví**

Pacientce byl objasněn důvod přijetí, původním plánem byla observace na 48 hodin, nakonec pacientka zůstala 10 dní. Informace o hospitalizaci podala pacientce vedoucí lékařka oddělení. Matka podepsala souhlas s hospitalizací. V dětství pacientka prodělala běžné dětské nemoci, operaci neměla žádnou, v bezvědomí nikdy nebyla, jiná vážná onemocnění neguje, alergii neguje. Pacientka trvale neužívá žádnou farmakoterapii. Bandáže dolních končetin ani kyslíkové brýle nejsou indikovány. U pacientky je zachována kvalita vědomí, je orientována všemi směry. Je schopna se soustředit. Je plně soběstačná, jen je třeba upevnit hygienické návyky. Při příjmu byla seznámena s právy pacientů a s řádem oddělení. Celkově působí zničeně, úzkostně a pláče. Trpí nauzeou a bolestí břicha. Náhled na onemocnění nemá, motivována k abstinenci není. Návyky: cigarety kouří od 15 let, nyní asi 4 denně. Alkohol i marihuanu zkusila v 15 letech, poté marihuanu užívala s bývalým přítelem denně, alkohol příležitostně. Nyní oboje neguje. Jiné psychoaktivní látky neguje, ale v moči byly pozitivní amfetaminy a THC. Suicidum, epilepsii, agresivitu neguje. Pacientka byla fyzikálně vyšetřena sestrou.

### **2. Výživa a metabolismus – příjem stravy, trávení, vstřebávání, metabolismus a hydratace**

Pacientka je hubená, váží 43,5 kg, měří 145 cm, BMI 20,5 sice odpovídá normální výživě, ale je zde podezření na mentální anorexii. Matka při příjmu sdělila, že dcera skoro nejí. Pacientka to nevyvrací. Prý na jídlo nemá chuť. Zde na oddělení jí pacientka 5x denně, ale sní přibližně třetinu porce. Prý jí tady nechutná, doma jí taky nechutná, často trpí nauzeou – edukujeme o vhodné stravě. Z důvodu nevolnosti byl pacientce proveden těhotenský test s negativním závěrem. Od lékaře má naordinovanou dietu č. 3 – racionální stravu. Po celou dobu hospitalizace jí sledoval tým lékařů, který po skončení hospitalizace vyloučil možnou poruchu příjmu potravy. Příjem tekutin: denně vypije 1-1,5 l čaje, má suchou kůži i sliznice, je zde riziko dehydratace. Na těle nemá vpichy, chronické rány, ani známky po sebepoškození. Riziko vzniku dekubitů nehrozí. Chrup má vlastní, ale ve špatném stavu. Vlasy polámané a roztřepené. Nehty neupravené, ulámané.

### **3. Vylučování**

Moč: vylučování moči je u pacientky v normě. Moč odchází spontánně, nebolestivě, barva je žlutá, množství moči za den 1,0 litru, permanentní močový katetr nezaveden.

Druhý den hospitalizace shromažďovala moč, zapisovala příjem a výdej tekutin. Moč jí byla vyšetřena indikačním papírkem – bez patologického nálezu. V moči byly zjištěny pozitivní amfetaminy na začátku léčby, poté důsledně abstinovala. Moč byla pravidelně kontrolována.

Stolice: vylučování popisuje jako problematické, doma i tady trpí zácpou, současně s tím jí trápí i nevolnost a bolesti břicha. Jelikož je tento problém dlouhodobý, je pacientce naordinován sirup Lactulóza 3x denně 15 ml, s dobrým efektem. Stěžuje si na bolest v oblasti břicha, proto má v ordinacích od lékařů předepsané kapky Algifen, které dle potřeby podáváme. Pacientka říká, že jí kapky dobře a rychle zabírají.

Pacientka se potí normálně. Dýchání je pravidelné, bez obtíží, 17 dechů za minutu, kašel nemá, dušností netrpí, pomůcky k dýchání nejsou indikovány, onemocnění dýchacích cest nikdy neměla. Kouří cigarety.

#### **4. Aktivita a odpočinek – spánek, aktivita, energetická rovnováha, kardiovaskulární-pulmonální odezva**

Pacientka má obtíže se spánkem, nemůže usnout, často se v noci budí. Byl jí naordinován Mirtazapin 15 mg, po kterém se pacientka ráno cítí odpočinitá. Jelikož potíže se spánkem měla i doma, je pacientce doporučeno užívání Mirtazapinu dlouhodoběji i po ukončení hospitalizace. Dříve trávila pacientka veškerý volný čas se svým přítelem, nyní se doma nudí, proto jí je doporučena konzultace s psychologem o možnostech vhodného vyplnění volného času. Pacientka upřednostňuje aktivní odpočinek, je plně soběstačná, režim poctivě dodržuje. Riziko vzniku dekubitů není. Nemá žádné chronické rány. Pulsy jsou pravidelné, krevní tlak v normě, bušení srdce nepocítuje. Brnění či otoky dolních končetin nemá. Problémy se srdcem ani s krevním tlakem také nemá.

#### **5. Vnímání, poznávání – pozornost, orientace, čítí, vnímání, pozorování, komunikace**

Pacientka je plně při vědomí, orientuje se místem, časem, prostorem a osobou. Paměť je neporušená, myšlení v normě, vnímá reálně, psychomotorika v normě. Při příjmu i v průběhu hospitalizace trpěla úzkostí. Agresivní není. Komunikace je v normě. Snažila se zapojit do veškerých aktivit na DaDDC. Občas má problémy se soustředěním, ale není výbušná, spíš plačtivá, tichá, klidná. Suicidální tendence nepozorujeme, změny chování nemá, nálada celou dobu pokleslá. Slyší dobře, vidí dobře. Brýle nenosí. Pocítuje bolesti břicha, na škále bolesti NRS udává č. 4, Algifen zabírá.

## **6. Vnímání sebe sama – sebepojetí, sebeúcta, obraz těla**

Pacientka působí introvertním dojmem, spokojeně ani šťastně nevypadá, často pláče, je úzkostná. V zařízení se adaptovala pomalu, ale nakonec dobře, snažila se vycházet s ostatními hospitalizovanými pacienty i s personálem. Sebevědomí má snížené. Nechce se vrátit domů, vadí jí matčin nový přítel. Žádné významné traumatické události si nevybavuje. Občas hovoří o svých negativních pocitech, které se týkají stigmatizace ohledně hospitalizace na psychiatrii.

## **7. Vztahy – role, rodinné vztahy**

Pacientka žije v rodinném domě s matkou, jejím partnerem a s bratrem. S matkou dřív vycházela dobře, nyní jí údajně nenávidí, jelikož kvůli ní musela sem na detox. Se sourozenci vychází dobře, hůř s matčíným novým přítelem. Má vlastní pokoj. Chtěla by zpátky svého bývalého přítele a ideálně s ním i bydlet. Existenční problémy nemá, ale domov nebere jako své zázemí a místo bezpečí, kam se může kdykoliv vrátit.

## **8. Sexualita**

Pacientka se o téhle oblasti nechce bavit. Celkově odpovídá tiše a stroze, v této oblasti odpovídá ještě stručněji. První pohlavní styk měla v 15 letech, poté asi půl roku byla s jedním přítelem. Byl to její první a zatím jediný sexuální partner. V současné době se jí po bývalém partnerovi stýská, chce s ním opět být. S tímto partnerem poprvé vyzkoušela drogy a i s ním užívala drogy častěji. Menstruaci má od 15 let, nyní nepravidelně, hormonální antikoncepci neužívá. Poslední menstruace asi před měsícem. Žádné gynekologické operace neprodělala. Často vyzdvihuje pozitiva náhodných sexuálních styků, proto je edukována o vhodných ochranách.

## **9. Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu**

Pacientka špatně zvládá stresové situace a není schopna řešit zátěžové situace. Snaží se od problémů utéct. Nyní jí nejvíc stresuje a zúzkostňuje nevyhovující atmosféra doma. Nerozumí si s matčíným novým partnerem. Prý se k ní nechová hezky. Neví, jak má problémy řešit. Situace doma je nejspíš spouštěč stresu. Partnerský vztah v současné době nemá. Existenční problémy neguje.

## **10. Životní principy – hodnoty, víra**

Pacientka není věřící. Životní hodnoty ještě úplně nastavené nemá. Přála by si být s bývalým partnerem a bydlet s ním. Bojí se budoucnosti – co bude, jak to vše zvládne.

## **11. Bezpečnost a ochrana – infekce, tělesné poranění, násilí, termoregulace**

Pacientka nemá žádný invazivní vstup, v tomto ohledu nehrozí žádné riziko vzniku infekce. Vpichy žádné nemá. Při příjmu jí byla odebrána krev – panel hepatitid negativní, HIV negativní, sexuálně přenosné nemoci také negativní. Prostituci i náhodné sexuální styky vyvrací. Byla jí pravidelně měřena tělesná teplota, která je po celou dobu hospitalizace v normě, pocení také v normě. Komfortnější je pro ni teplo než zima. Byla edukována ohledně prevence šíření pohlavních chorob, jelikož často její verbální projev vypovídá o tom, že by chtěla vyzkoušet náhodné pohlavní styky.

## **12. Komfort – tělesný, sociální**

Pacientka se komfortně necítí, je stále úzkostná, plačtivá. Kůže je suchá, bez otoků, vlasy a nehty neupravené. Je často ve stresu z nepříjemné atmosféry doma, proto se uchýlovala k drogám. V době hospitalizace byl nasazen Mirtazapin proti nespavosti, velmi dobře zabral, pacientka se cítí lépe. Na oddělení se koupe každý den, je zde snaha přimět ji, aby o sebe více dbala.

## **13. Růst a vývoj**

Pacientka nemá žádné vrozené vývojové vady. Držení těla je vzpřímené. Koordinační pohybu je fyziologická, pohybový režim bez omezení, kompenzační pomůcky netřeba.

### **13.6 Ošetřovatelské diagnózy**

Na základě fyzikálního vyšetření a ošetřovatelské anamnézy byly stanoveny tyto ošetřovatelské diagnózy:

#### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

00146 Úzkost související s hospitalizací

00134 Nausea z důvodu odnětí návykové látky

00132 Bolest břicha související s odnětím odnětí návykové látky

00002 Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu nechutenství

00011 Zácpa z důvodu nevyvážené stravy a nedostatečného pitného režimu

00095 Nespavost z důvodu hospitalizace a abstinčních příznaků

#### **Rizikové ošetřovatelské diagnózy**

00028 Riziko dehydratace související s nedostatečným příjmem tekutin

00004 Riziko infekce související s rizikovým chováním a abúzem návykových látek

## 13.7 Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy byly stanoveny pátý den hospitalizace.

### 13.7.1 Aktuální ošetrovateľské diagnózy

*Ošetrovateľská diagnóza č. 1:*

#### **00146 Úzkost související s hospitalizací**

Projevující se subjektivními příznaky: smutkem, znepokojením a pocitem beznaděje.

Projevující se objektivními příznaky: vyjádřením obav, pláčem, neklidem a nespavostí.

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacientka dostane dostatek informací k účinnému zvládnání úzkosti, vyjádří své pocity a obavy. Do dvou hodin po podání medikace se bude cítit lépe a sdělovat zmírnění úzkosti.

**Dlouhodobý:**

U pacientky dojde ke snížení úzkosti a bude se cítit lépe.

**Ošetrovateľské intervence:**

Zjistí příčiny úzkosti. Naslouchej. Komunikuj s pacientkou. Umožni v klidném prostředí vyjádřit emoce. Zajisti pomoc psychologa. Podávej Rivotril dle ordinace lékaře a kontroluj jejich účinnost. Spolupracuj s rodinou. Aktivizuj pacientku. Zapisuj všechno do dokumentace. Edukuj o možnostech zmírnění úzkosti. Měj nad pacientkou zvýšený dohled.

**Realizace ošetrovateľské péče:**

Pacientka je již od příjmu úzkostná, smutná a neklidná. Režimu se účastní, dle jejích slov jí nejvíce vyhovuje individuální pohovor s psychologem. Přibližně ob den je třeba přistoupit k farmakoterapii. Diagnóza pokračuje.

**Zhodnocení ošetrovateľské péče:**

Pacientka dokáže vyjádřit své pocity a obavy. Medikace zabírá s dobrým efektem, pacientka se cítí lépe, úzkost se zmírnila. Krátkodobý cíl byl splněn. V průběhu hospitalizace úzkost přetrvává, dle ordinace lékaře podáváme podle potřeby Rivotril. Při propouštění pacientka sděluje, že se cítí mnohem lépe, úzkost se podařilo snížit. Dlouhodobý cíl ošetrovateľské péče byl splněn. Avšak pacientce je doporučeno navštěvovat psychologa i po ukončení léčby.



## *Ošetrovatelská diagnóza č. 2:*

### **00134 Nauzea z důvodu odnětí návykové látky**

Projevující se subjektivními příznaky: vyjádřením stížnosti na nepříjemné pocity nevolnosti, kyselou chutí v ústech, úzkostí a únavou.

Projevující se objektivními příznaky: averzí k jídlu, říháním, dávením, bledostí a sdělením, že má pocit na zvracení.

#### **Cíle:**

##### **Krátkodobé:**

Do dvou hodin po podání léků dle ordinace lékaře se pacientka bude cítit lépe.

##### **Dlouhodobé cíle:**

Pacientka nebude pociťovat nevolnost, stravu bude přijímat bez vedlejších problémů a komplikací.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

Zjistí příčiny vyvolávající nevolnost. Spolupracuj s dietní sestrou. Podávej léky dle ordinace lékaře. Edukuj pacientku v oblasti stravování a pitného režimu. Vysvětli pacientce účinky spasmolytik a jejich užívání. Spolupracuj s rodinou. Aktivizuj pacientku. Zapisuj vše pečlivě do dokumentace. Doporuč bylinky. Dávej pacientce obklady na břicho. Kontroluj pacientčin stav.

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacientka si stěžovala na tlaky a nepříjemné pocity v oblasti břicha a žaludku. Dostávala racionální stravu 5x denně. Lékař naordinoval Algifen gtt dle potřeby. Podáváme na žádost pacientky 30 kapek. Pacientku jsem edukovala ohledně nauzey.

#### **Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Po podání kapek (Algifen gtt.) dle ordinace lékaře nepociťuje pacientka nevolnost a cítí se lépe. Krátkodobý cíl byl splněn. Po edukaci v oblasti prevence nauzey, pacientka sděluje, že je motivována přistoupit k režimové léčbě a tím se vyhnout nepříjemným pocitům v oblasti trávení. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

*Ošetrovatelská diagnóza č. 3:*

**00132 Bolest břicha související s odnětím odněti návykové látky**

Projevující se subjektivními příznaky: sdělením a označením bolesti – dle metody NRS uvádí č. 4, změněnou chutí k jídlu a úzkostí.

Projevující se objektivními příznaky: bolestivým výrazem v obličeji, úlevovou polohou, neklidem a pláčem.

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Snížení bolesti na NRS škále na č. 2 do dvou hodin od podání analgetik.

**Dlouhodobý:**

Pacientka bude schopna sledovat bolest a bude znát možnosti ovlivnění v průběhu hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

Posuď bolest dle metody NRS. Posuď ovlivnitelnost bolesti. Zajisti klidné prostředí. Pečuj o pohodlí pacientky. Podávej analgetika dle ordinace lékaře. Zapisuj do dokumentace. Psychicky podporuj. Zajisti úlevovou polohu. Edukuj. Všiměj si změn jejího chování. Sleduj fyziologické funkce, které se při bolesti mění. Zhodnoť vliv bolesti na spánek, tělesnou a duševní pohodu pacientky.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacientka si stěžovala na bolest břicha, související s nevolností (viz ošetrovatelská diagnóza č. 2). Charakter bolesti byl posouzen personálem, bolest je ovlivnitelná léky, tudíž byla podána farmakoterapie předepsaná lékařem. S pacientkou se pokusíme během dne mírnit bolest úlevovou polohou a obklady. Po celou dobu s pacientkou komunikujeme a povzbuzujeme ji.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Po podání léků dle ordinace lékaře, pacientka sděluje zmírnění bolesti, je jí lépe. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka je schopna sledovat bolest a zná možnosti ovlivnění bolesti během hospitalizace. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl také splněn.

#### *Ošetrovatelská diagnóza č. 4:*

##### **00002 Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu nechutenství**

Projevující se subjektivními příznaky: odporem k jídlu, nezájmem o jídlo a hovořením o nevolnosti.

Projevující se objektivními příznaky: sníženým příjmem stravy, ubýváním na váze, úbytkem svalové hmoty a bledými sliznicemi.

##### **Dlouhodobé cíle:**

Pacientka si bude udržovat váhu, ve které se cítí dobře. Bude dodržovat nové stravovací návyky, nebudou příznaky malnutrice. Lékaři vyvrátí podezření na mentální anorexii.

##### **Ošetrovatelské intervence:**

Přiměj pacientku, aby si vedla deník příjmu stravy. Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem. Doporuč konzultaci s psychologem. Aktivně nabízej potraviny. Zapoj rodinu. Motivuj. Edukuj. Kontroluj příjem potravy. Zapisuj do pacientčiny dokumentace. Vypracuj edukační materiál.

##### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacientka nechtěla jíst, odmítala potravu. Podstoupila mnoho psychologických vyšetření. Pacientce byla zajištěna konzultace s dietní sestrou. Byla edukována a motivována.

##### **Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka dodržuje nové stravovací návyky. Na konci hospitalizace celý lékařský tým vyvrátil podezření na poruchu příjmu potravy. Tento cíl byl splněn.

### *Ošetrovatelská diagnóza č. 5:*

#### **00011 Zácpa z důvodu nevyvážené stravy a nedostatečného pitného režimu**

Projevující se subjektivními příznaky: nevolností, pocity plnosti, nadýmáním, tlakem v břiše a sdělením obtížného vyprazdňování.

Projevující se objektivními příznaky: sníženou frekvencí vyprazdňování, tuhou stolicí, namáhavou defekací a sníženým příjmem tekutin.

#### **Cíl:**

##### **Krátkodobý:**

Pacientka bude znát příčiny zácpy.

##### **Dlouhodobý:**

Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat díky dodržování režimových opatření. Nebude pociťovat bolest břicha z důvodu zácpy. Bude dodržovat pitný režim, vypije za den minimálně 2 litry tekutin.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

Sleduj pacientčinu stolicí (frekvenci, konzistenci). Sleduj příjem stravy a tekutin. Zajisti soukromí při defekaci. Doporuč potraviny obsahující vlákninu. Dle ordinace lékaře podávej pacientce 3x denně Lactulózu. Doporuč a zdůrazni nutnost pravidelného pohybu, který zajistí lepší peristaltiku střev. Edukuj ohledně potravin obsahujících vlákninu. Kontroluj stav. Zapisuj do dokumentace.

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Problém byl vyřešen jednorázově podáním Lactulózy, pacientka se vyprázdnila. Byly jí doporučeny všechny intervence výše uvedené.

#### **Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka chápe příčiny zácpy, které se snaží eliminovat. Po užití Lactulózy dojde k vyprázdnění a pacientka se bude cítit lépe. Krátkodobý cíl byl splněn. V průběhu hospitalizace netrpěla pacientka zácpou a sdělovala, že rozumí režimovým opatřením, které doma bude dodržovat, dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

*Ošetrovatelská diagnóza č. 6:*

**00095 Nespavost z důvodu hospitalizace a abstinenčních příznaků**

Projevující se subjektivními příznaky: únavou, neklidem a usínáním déle než 30 minut.

Projevující se objektivními příznaky: stížnostmi na potíže s usínáním, buzením se často v noci, žádostí o léky na spaní, únavou a podrážděností přes den.

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacientka pochopí poruchy spánku, po podání farmakoterapie dle ordinace lékaře se vyspí celou noc.

**Dlouhodobý:**

U pacientky dojde ke zkvalitnění spánku a nebude přes den unavená.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zajisti klidné usínání a odstraň rušivé faktory. Pozoruj pacientku při spánku. Podávej léky dle ordinace lékaře. Zapisuj do dokumentace. Edukuj o poruchách spánku. Aktivizuj přes den. Doporuč meditaci, bylinky, aromaterapii. Vyvětrej. Posud' příčiny a související faktory poruchy spánku. Zjisti její spánkové rituály. Zajímej se o její subjektivní pocity. Vyptávej se na každou okolnost, která spánek ruší, a zaznamenej její výskyt. Pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne. Připrav jí ke spánku z hlediska osobního pohodlí a fyzického komfortu.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacientce byla zajištěna vhodná poloha, byla jí připravena vyvětraná místnost ke spánku. Byly jí doporučeny nefarmakologické metody a podána polovina tablety Mirtazapinu 30 mg dle ordinace lékaře.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka chápe příčiny svých potíží se spánkem. Snaží se jím předejít. Po podání Mirtazapinu dle ordinace lékaře se pacientka dobře vyspí, ráno se probudí odpočatá, plná sil a přes den je svěží. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byly splněny.

### **13.7.2 Rizikové ošetrovatelské diagnózy**

*Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 7:*

#### **00028 Riziko dehydratace související s nedostatečným příjmem tekutin**

Rizikové faktory: nedostatečný příjem, nadměrná ztráta tekutin normálními cestami (moč, pocení) a nedostatek vědomostí týkajících se množství tělesných tekutin.

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacientka bude znát doporučený denní příjem tekutin a bude se snažit denně vypít alespoň 1,5 litru tekutin. (V souvislosti s diagnózou 00011 doporučujeme vypít 2l denně.) Pacientka bude v rámci prevence sledovat bilanci tělesných tekutin.

**Dlouhodobý:**

U pacientky nedojde k dehydrataci po celou dobu hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zhodnot' celkový stav pacientky. Sleduj základní vitální funkce. Sleduj stav sliznic. Sleduj laboratorní výsledky. Zajisti pitný režim. Dbej na správnou teplotu tekutin. Aktivně nabízej tekutiny a vhodnou stravu (polévky). Připomínej potřebu pitného režimu. Sleduj bilanci tekutin během dne.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacientka ze začátku hospitalizace velmi málo přijímala tekutiny, proto byly ihned zahájeny intervence a edukace. Intravenózní zavodnění nebylo od lékařů indikováno. Aktivně jí byly nabízeny její oblíbené tekutiny, snahou personálu bylo, aby si pacientka toto riziko uvědomovala. Pacientka sleduje a zapisuje svůj příjem a výdej tělesných tekutin.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka dodržuje dostatečný pitný režim a sleduje svůj příjem a výdej tekutin. Krátkodobý cíl byl splněn. Během hospitalizace nedošlo k rozvoji dehydratace, dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl také splněn.

*Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 8:*

**00004 Riziko infekce související s rizikovým chováním, abúzem návykových látek a nedostatečnou informovaností o infekčních a pohlavně přenosných nemocech**

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Do 6 hodin po přijetí bude pacientka znát způsoby, jak předcházet pohlavně přenosným chorobám. Pacientka si bude vědoma možného rizika a bude se mu snažit vyhnout.

**Dlouhodobý:**

Pacientce se nerozvine žádná infekce v průběhu celé hospitalizace na DaDDC.

**Ošetrovatelské intervence:**

Edukuj pacientku o prevenci a šíření pohlavních nemocí. Monitoruj rizikové faktory výskytu infekce. Pečuj o adekvátní hydrataci pacientky. Informuj o zásadách hygienické péče a možnostech ochrany. Edukuj o způsobech, jak snížit riziko infekce. Měj nad pacientkou zvýšený dohled a kontroluj pacientčin stav.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Edukujeme pacientku o prevenci pohlavních chorob, pacientce byla vysvětlena rizika spojená s náhodnými sexuálními styky. Byl jí vypracován edukační plán (viz příloha č. 3).

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka sděluje, že si riziko uvědomuje a je schopna sdělit, jaký je nejučinnější způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. Toto riziko bude mít pacientka spíše po propuštění. Během hospitalizace byly doporučeny výše uvedené intervence, více není v mých silách. Krátkodobý cíl není tedy kompletně splněný. Během hospitalizace se nerozvinula žádná infekce. Dlouhodobý cíl splněn.

## **13.8 Edukační plány**

Na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz byly vypracovány dva edukační plány, které jsou přiloženy v přílohách práce. U pacientky byla provedena edukace ohledně prevence nevolnosti (viz příloha č. 2) a druhá edukace ohledně prevence poškození jater v důsledku dlouhodobého užívání drog (viz příloha č. 3).

## 14 KAZUISTIKA 2

Pacient ve věku 17 let s diagnózou syndrom závislosti na tabáku a kanabinoidech a poruchami způsobené jinými stimulanciemi se dostavil v doprovodu matky na DaDDC jako plánovaný příjem pro detoxifikaci před nástupem do terapeutické skupiny. Hospitalizaci zde doporučil sociální pracovník SANANIMu pro detoxifikaci před nástupem do terapeutické komunity, kde má již domluvený termín přijetí pro dlouhodobé problémy s užíváním pervitinu a marihuany. Pervitin pravidelně užívá 2 roky a THC již déle jak 4 roky. Důvod přijetí je diagnostický a léčebný. Matka zaznamenala potíže asi před rokem. Před 5 měsíci se jí syn přiznal, že bere pervitin. Před půl rokem byl vyloučen ze školy pro pozitivní test na THC. Již 2 roky má sociálního kurátora kvůli záškoláctví. Je to pacientova prvoléčba. Hospitalizace trvala 13 dní. Subjektivně je pacient bez obtíží, lehce nervózní, bojí se baženi. Sám od léčby očekává „vyčištění a pak přestup na jinou školu“.

Lékařka při příjmu naordinovala režim „A“, dietu č. 4 s omezením tuků a jednorázově Rivotril 2 mg + Tisercin 25 mg. Laboratoř ukázala zvýšené hladiny amfetaminu v krvi a zvýšené jaterní testy. Panel hepatitid je v normě.

Pacient první dva dny spal, poté získal režim „B“, zapojil se do veškerých aktivit na oddělení. Během hospitalizace se pacient na prostředí dobře adaptoval, nebyl konfliktní, dobře pracoval v terapeutických skupinách, dodržoval režim. Byly na něm vidět známky napětí a strachu. Na insomnii byl naordinován Mirtazapin Sandoz 30mg na noc 1/2 tablety. Nebyla upozorována žádná nemocniční nákaza. Denně pacient pod dohledem vykouřil 3 cigarety.

Pacient byl vyšetřen pediatrem a prošel mnoha psychologickými testy, byl roztěkaný, s nízkou sebedůvěrou, měl poruchu pozornosti, což by mohly být rizikové faktory k užití drogy. Doporučena je úplná abstinence, pravidelné toxikologické kontroly moči, v případě potíží možnost rehospitalizace. Dále bylo pacientovi doporučeno užívat Mirtazapin stále i po propuštění. Po celou dobu hospitalizace byly sledovány pacientovy fyziologické funkce.

Po skončení hospitalizace zde na oddělení byl pacient ZZS převezen do terapeutické komunity, kde bude pokračovat jeho léčba. Nyní je motivován k abstinenci. Do budoucna doporučujeme chodit na skupinové terapie.



## 14.1 Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** otec žije, je nezaměstnaný, kuřák, interní onemocnění matka pacienta neguje. Matka je povoláním skladnice, kuřačka, k lékaři nechodí. Rodiče jsou rozvedeni od pacientových 9 let. Chlapec žije s matkou. Spolu mají dobrý vztah. S otcem se stýká málo. S nynějším přítelem matky nevychází dobře. Má bratra (23 let), zdravý, vychází spolu dobře.

**Osobní anamnéza:** porod normální průběh, psychomotorický vývoj v normě, v dětství prodělal běžné dětské nemoci. Operace: apendektomie v 8 letech. Bezvědomí 0. Sebepoškozování 0. Očkování dle kalendáře. Vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně – závěr dysgrafik.

**Farmakologická anamnéza:** dlouhodobě neužívá žádné léky

**Farmakologická anamnéza:** během hospitalizace

Název léku	Dávkování	Způsob podání	Indikační skupina
Rivotril 2mg tbl.	jednorázově při příjmu 1 tbl	p. o.	Benzodiazepiny
Tisercin 25 mg tbl.	jednorázově při příjmu 1 tbl	p. o.	Atypická antipsychotika
Mirtazapin Sandoz 30 mg tbl.	1/2 tbl na noc	p. o.	Antidepresivum

**Alergická anamnéza:** neguje

**Pracovní anamnéza:** chodil do MŠ, adaptace v pořádku. Do školy šel v 6 letech, na prvním stupni měl známky průměrné. Na druhém stupni problémy s chováním, v osmé třídě propadl. Ročník opakoval. Po 8. třídě šel na Střední odborné učiliště – obor: kuchař, číšník. Nyní nestuduje ani nepracuje.

**Sociální anamnéza:** bydlí v garsonce s matkou a jejím přítelem, nemá vlastní pokoj. Před problémy utíká, neřeší je.

**Toxikologická anamnéza:** od 12 let kouří tabák, nyní 10 cigaret denně. Alkohol užívá od 13 let, nyní údajně jen rekreačně. Marihuanu prvně vyzkoušel ve 12 letech, od 13 let pravidelně cca gram denně. Pervitin poprvé v 15 letech i. v., nyní asi jednou týdně, střídá sniffing („šňupání“) a i. v.. Jednou vyzkoušel kokain. Poslední dávku pervitinu užil předevčírem – jointa večer. Peníze na drogy bral z kapesného. Dealerství i prostituci neguje.

Dle matky je nespolehlivý, problémový. Kradl doma, matka ho nenahlásila. Má dohled kurátora. Chce s drogami přestat kvůli matce.

## 14.2 Souhrn lékařských diagnóz

F152 Poruchy způsobené jinými stimulancii – syndrom závislosti

F122 Syndrom závislosti na kanabinoidech – syndrom závislosti

F172 Syndrom závislosti na tabáku – syndrom závislosti

Z503 Rehabilitace při drogové závislosti

## 14.3 Hodnoticí škály

**Barthelův test** – při příjmu i po celou dobu hospitalizace: 100 bodů – nezávislý.

**Glasgow coma scale** – při příjmu i v průběhu hospitalizace: 15 bodů – plně při vědomí.

**Riziko dekubitů dle Nortonové** – žádné riziko vzniku dekubitů po celou dobu léčby.

**Metoda NRS** – pacient za celou dobu nepocítoval žádnou bolesti, udává č. 0.

Hodnoticí škály byly provedeny při příjmu, v průběhu a při propouštění pacienta.

## 14.4 Fyzikální vyšetření sestrou

**Celkový vzhled, úprava, hygiena:** pacient při vědomí, lucidní, orientován všemi směry, je upravený, čistý a plně soběstačný. Spolupráce je bezproblémová, řeč zrychlená, ale snaží se odpovídat adekvátně. Náladu má pokleslou. Nemá známky akutního infektu.

**Hlava:** poklepově nebolestivá, bez deformit, volně pohyblivá, zornice izokorické, pacient slyší i vidí dobře (nepoužívá brýle, ani kontaktní čočky), vlasy upravené

**Dutina ústní, nos:** bez sekrece, jazyk bez povlaků, sliznice suché

**Zuby, zubní náhrady, chybění zubů:** chrup neudržovaný, ale zuby žádné nechybí

**Krk:** symetrický, štítná žláza nezvětšena, nehmatné uzliny

**Hrudník:** srdeční akce pravidelná, klidná, dýchání čisté

**Horní končetiny:** bez patologického nálezu, bez deformit, stisk ruky – pevný, nehty špičaté, neupravené

**Dolní končetiny:** pulzace na periferiích, bez patologického nálezu

**Páteř:** bez patologického nálezu

**Rozsah pohybu kloubů:** úplný

**Svalová tuhost, pevnost:** svalový tonus v normě

**Kůže – barva, léze, dekubity:** kůže není dobře hydratovaná, fyziologická, na kůži pozorujeme vpichy a pořezání od sebepoškození, akné na obličeji (nijak neléčí), bez rizika vzniku dekubitů, chronické rány žádné nemá. Nemá piercing ani tetování.

**Chybění části těla:** 0

**PŽK:** 0

**PMK:** 0

**Drény:** 0

**Stolice:** ob den pravidelně

**Orientace:** orientován místem, časem, osobou

**Řeč, způsob vyjadřování, hlas:** komunikace bez problému, projev slušný

**Fyziologické funkce:**

**TK:** 120/58 mmHg

**Pulz:** pravidelný, 66/min

**TT:** 36,4°C

**Hmotnost:** 59,5 kg

**Výška:** 172,5 cm

**BMI:** 20,3 (v normě)

**Dýchání:** 17 dechů/min., pravidelné, poklep jasný, plný, dýchání sklípkové, kašel nemá, kouří

**SpO<sub>2</sub>:** 98%

**Dieta:** č. 4

Pacient nemá žádné kompenzační pomůcky.

## 14.5 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové

### 1. Podpora zdraví – povědomí zdraví a management zdraví

Pacient zná důvod přijetí, jedná se o plánovaný příjem, dostavil se v doprovodu matky. Informace o hospitalizaci podala pacientovi i matce vedoucí lékařka. Matka zároveň podepsala informovaný souhlas s hospitalizací. Pacient je nervózní, má strach z abstinčních příznaků, ale je motivován k abstinenci. Kvalita vědomí je zachována, je plně orientován. Prodělal běžné dětské nemoci, v 8 letech prodělal apendektomii, v bezvědomí nikdy nebyl, jiná vážná onemocnění neguje. Alergie také neguje. Při příjmu byl seznámen s právy pacientů a s řádem oddělení. Trvale neužívá žádné léky, bandáže dolních končetin nejsou indikovány, kyslíkové brýle též ne. Je schopen samostatné hygienické péče, oblékání/svlékání, nají se sám. Obvykle se sprchuje 1x denně večer, takto tomu bude i zde na oddělení. Pacient i jeho matka negují pacientovo suicidium, epilepsii i agresivitu. Byl fyzikálně vyšetřen sestrou.

### 2. Výživa a metabolismus – příjem stravy, trávení, vstřebávání, metabolismus a hydratace

Pacient je dle BMI i dle vzhledu vyživen dobře. Doma nejí pravidelně, raději si prý za získané peníze koupí cigarety, než oběd. Zde na oddělení jí pravidelně 5x denně, vždy

sní celou porci hlavního chodu, polévky moc nemusí, jí zde i ovoce. Naordinovanou má dietu č. 4, což je dieta s omezením tuků z důvodu prevence poškození jater kvůli abúzu. Pacientovi byl vypracován edukační plán o vhodnosti potravy se sníženým obsahem tuku. Je plně soběstačný, dokáže se najíst sám. Dyspeptické obtíže neguje. Chuť k jídlu má. Není třeba volat nutričního terapeuta.

Pije nedostatečně, doma i zde vypije maximálně 1 litr. Mezi oblíbené tekutiny patří Coca Cola, nemocniční čaj mu nechutná. Pocit žízně prý nepocítuje. Sliznice má suché.

Pacient má na těle vpichy od i. v. užívání pervitinu a známky sebepoškození, především na pažích. Chrup ve špatném stavu, vlasy a nehty neupravené.

### **3. Vylučování – močový systém, gastrointestinální systém, kožní systém, pulmonální systém**

Moč: žlutá, množství moči za den cca 600 ml, jedná se o oligurii. Druhý den hospitalizace shromažďoval moč a zapisovat příjem a výdej tekutin. Pacientovi byla vyšetřena moč indikačním papírkem – bez patologického nálezu. Močení nebolestivé. PMK nezaveden.

Stolice: doma se pacient vylučuje pravidelně, chodí na stolicí ob den, zde nemá obtíže, vylučování nebolestivé, fyziologické. Projímadla pravidelně neužívá, ani v průběhu hospitalizace neindikováno.

Pocení: v průběhu hospitalizace se potí zvýšeně, což patří mezi abstinenční příznaky.

Dýchání: bez obtíží, bez bolesti, dušností netrpí, pomůcky k dýchání nejsou indikovány, onemocněním dýchacích cest nikdy netrpěl. Kašel nemá. Kouří cigarety, v průběhu hospitalizace kouřil tři cigarety denně pod dohledem sester.

### **4. Aktivita a odpočinek – spánek, aktivita, energetická rovnováha, kardiovaskulární-pulmonální odezva**

Pacient si stěžuje na problémy se spánkem, doma prý neměl žádný režim, a když byl unaven, tak šel spát. Nebyl mu schopen sdělit, kolik hodin denně v průměru spal. Zde na oddělení nemůže usnout, v noci se budí, trápí ho craving, ráno by chtěl spát. Lékař mu předepsal ½ tablety Mirtazapin Sandoz 30 mg na noc, s dobrým efektem.

Pacient je plně soběstačný, rád chodí na procházky po nemocničním areálu, má plno energie, chtěl by jít do posilovny. Doma přes den buď spí, nebo hraje hry na mobilu/počítači. Zde má pravidelný režim, ale prý mu chybí mobil. Riziko vzniku dekubitů není. Nemá žádné chronické rány. Má akné. Doma upřednostňuje pasivní odpočinek.

Pulsy jsou pravidelné, krevní tlak v normě, pociťuje bušení srdce – patří k abstinenčním příznakům. Brnění či otoky dolních končetin nemá. Problémy se srdcem ani s krevním tlakem také ne.

#### **5. Vnímání, poznávání – pozornost, orientace, čítí, vnímání, pozorování, komunikace**

Pacient je plně při vědomí, žádné poruchy vědomí neměl po celou dobu hospitalizace a prý ani nikdy před tím. Orientuje se místem, časem, prostorem a osobou. V průběhu hospitalizace byl pacient občas neklidný, ale bez náznaků agresivity, řeč zrychlená, hlas hlučný – přikládáme odnětí návykové látky. Myšlení v normě. Slyší dobře, vidí dobře. Brýle nemá. Svě okolí vnímá reálně, se soustředěním má obtíže, trápí ho craving. Komunikace v normě, snaží se dodržovat nařízený režim oddělení. Psychomotorika v normě. Výkyvy nálad nemá. Bolest nepociťuje.

#### **6. Vnímání sebe sama – sebepojetí, sebeúcta**

Pacient patří mezi introvertní typy člověka se sníženým sebevědomím, nevypadá spokojeně, při příjmu úzkostný, v průběhu hospitalizace úzkost opadla, ale trpěl abstinenčními příznaky. V zařízení se adaptoval dobře, snažil se vycházet s ostatními hospitalizovanými pacienty. Doporučujeme, aby si vhodně zařídil aktivity na vyplnění svého volného času, což probíral i na individuálním sezení s psychologkou.

Doma se pacient necítí dobře, nerozumí si s novým partnerem matky. Jinak si žádné traumatické události nevybavuje.

#### **7. Vztahy – role, rodinné vztahy**

Pacient nyní žije v rodinném domě s matkou a jejím současným druhým manželem. Má vlastní pokoj. Přítelkyni nemá, děti taky ne. Má sourozence, se kterým si dobře rozumí. V rodině není příliš spokojen. Ale existenční problémy nemá.

Na oddělení se snaží komunikovat a spolupracovat s personálem i s ostatními pacienty, aktivně vyhledává kontakty. Když jsme pacienta pozorovaly, neztotožnily se s tím, že je introvert, za kterého se považuje.

## **8. Sexualita**

Pacient o tomto tématu s námi nechtěl mluvit, přestože byl ujistěn, že je to důvěrná informace, zachováme lékařské tajemství a rozhovor je anonymní. Má právo neodpovídat. Sdělil, že je panic a víc hovořit nechtěl.

## **9. Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu**

Pacient dlouhodobě nedokáže zvládat krizové situace, od problémů utíká. Sděluje, že po individuálním pohovoru s klinickým psychologem chce tento problém řešit.

Doma se cítí často ve stresu, vadí mu nový partner jeho matky. Prý jsou často ve sporu. S největší pravděpodobností je právě tato situace u něj spouštěčem stresu.

## **10. Životní principy – hodnoty, víra**

Pacient není věřící. Bylo vidět, že mu tato otázka není příjemná.

Životní hodnoty ještě nastavené nemá. Nyní se svým životem moc spokojen není, ale těší se do následného zařízení. Obavy z budoucnosti nemá, prý žije přítomností. Teď má strach z abstinčních příznaků.

## **11. Bezpečnost a ochrana – infekce, tělesné poranění, násilí, termoregulace**

Pacientovi byla vyšetřena krev na panel hepatitid, infekční onemocnění a sexuálně přenosné nemoci, výsledky jsou negativní. Prostituci neguje. S náhodnými sexuálními styky zkušenost nemá, je panic. Jelikož nemá periferní ani centrální žilní katétr, nehrozí z tohoto hlediska žádná infekce. Tělesnou teplotu má v normě, více se potí z důvodu odnětí návykové látky. Preferuje chladno, před teplem. Je brán i jako rizikový v ohledu sebepoškozování, proto je pod zvýšeným dohledem a jsou mu provedeny ošetrovatelské intervence. Čtvrtý den hospitalizace měl krevní tlak 100/55 mmHg, pociťoval točení hlavy a slabost (zřejmě následek odnětí návykové látky), byl pod zvýšeným dohledem. Další den úprava do normálu, poté již tento problém neměl.

## **12. Komfort – tělesný, sociální**

Pacient žije často ve strachu, jak zvládne abstinenci, ale je k ní motivován. V době hospitalizace byl unavený kvůli narušenému spánku, který se upravil po medikaci. Měl suchou kůži, bez otoků, na obličejí akné. Nehty roztřepené, vlasy krátké, čisté. Sprchuje se každý večer. Obvykle se zde pacienti necítí příliš dobře, zápasí s abstinčními účinky. Bohužel je tomu tak i v tomto případě, pacient se sice velmi snaží, ale je na něm vidět, že

mu není dobře, má chuť na drogu. Pomáhá mu zapálit si cigaretu. Denně pod dohledem personálu vykouří 3 cigarety.

### **13. Růst a vývoj**

Pacient nemá žádné vrozené vývojové vady. Držení těla má vzpřímené. Koordinace pohybu fyziologická, pohybový režim bez omezení, netřeba žádných kompenzačních pomůcek.

### **14.6 Ošetrovatelské diagnózy**

Na základě ošetrovatelské anamnézy jsou stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

00027 Dehydratace z důvodu omezeného příjmu per os

00148 Strach z důvodu hospitalizace

00095 Nespavost z důvodu hospitalizace

00093 Únava související s nespavostí

#### **Rizikové ošetrovatelské diagnózy**

00155 Riziko pádu z důvodu hypotenze a slabosti

00178 Riziko zhoršené funkce jater z důvodu abúzu návykových látek

00139 Riziko sebepoškození související s abúzem návykových látek, věkem, nepříznivou atmosférou doma a neschopností poradit si s problémy

## **14.7 Plán ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny čtvrtý den hospitalizace.

### **14.7.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

*Ošetrovatelská diagnóza č. 1:*

#### **00027 Dehydratace z důvodu omezeného příjmu per os**

Projevující se subjektivními příznaky: žízní, bolestí hlavy, únavou a nervozitou.

Projevující se objektivními příznaky: oligurií, slabostí a suchými sliznicemi.

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacient rozumí příčinám dehydratace a chápe význam dodržování pitného režimu.

**Dlouhodobý:**

Pacient nebude dehydratovaný, bude mít vlhké sliznice. Příjem a výdej tekutin bude v normě. Celkový stav pacienta se zlepší a zvýší se výdej moči.

**Ošetrovatelské intervence:**

Sleduj bilanci tekutin. Edukuj pacienta, že by denně měl vypít 2 litry tekutin. Vysvětli pacientovi příčiny dehydratace. Aktivně nabízej tekutiny. Zjisti, jaké jsou jeho oblíbené nápoje.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Při příjmu měl pacient jasné známky dehydratace, v průběhu hospitalizace byl edukován.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient ví, co to je dehydratace a chápe důležitost dodržování pitného režimu. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientův celkový stav se zlepšil, aktivně přijímá tekutiny, není dehydratovaný, diuréza se zvýšila. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.



## *Ošetrovatelská diagnóza č. 2:*

### **00148 Strach z důvodu hospitalizace**

Projevující se subjektivními příznaky: strachem z abstinenčních účinků, zvýšeným napětím, nervozitou, tělesnými příznaky – pocitem bušení srdce a panikou.

Projevující se objektivními příznaky: pláčem, impulzivností, nesoustředěností a neklidem.

#### **Cíl:**

##### **Krátkodobý:**

Pacient bude schopen během prvního dne hospitalizace diskutovat o svém strachu. Bude umět zacházet se signalizačním zařízením.

##### **Dlouhodobý:**

Pacient bude schopen rozpoznat objekt strachu a dokáže mluvit o svých obavách.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

Nalezni zdroj strachu. Sleduj tělesné projevy strachu. Buď pacientovi na blízku. Naslouchej a povzbuzuj pacienta. Komunikuj s pacientem o jeho obavách. Dávej prostor pro možné dotazy pacienta. Zajisti konzultaci s psychoterapeutem. Zapoj rodinu. Motivuj. Edukuj. Psychicky podporuj. Aktivizuj pacienta. Zapisuj všechno do dokumentace. Snaž se pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací.

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacientovi jsem naslouchala, společně jsme dokázali najít zdroj strachu. Svěřil se, že má strach z toho, jak bude zvládat odnětí návykové látky a s tím spojené abstinenční příznaky. Ihned byl zajištěn individuální pohovor s psychoterapeutem. Žádná farmakoterapie nebyla indikována. Psychoterapie pomohla. Pacientovi bylo ukázáno, jak správně používat signalizační zařízení.

#### **Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Strach se podařilo zmírnit. Pacient umí používat signalizační zařízení. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient rozpoznal objekt strachu. Nejvíce mu pomohla psychoterapie. O svých obavách dokázat hovořit. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

### *Ošetrovatelská diagnóza č. 3:*

#### **00095 Nespavost z důvodu hospitalizace**

Projevující se subjektivními příznaky: neklidem, únavou, usínáním trvající déle než 30 minut a brzkým probuzením.

Projevující se objektivními příznaky: stížností na potíže s usínáním (za příčiny udává přemýšlení o domově), únavou, podrážděností a buzením se několikrát v průběhu noci.

#### **Cíl:**

##### **Krátkodobý:**

Pacient se po podání hypnotik dle ordinace lékaře vyspí celou noc a bude znát příčiny poruch spánku.

##### **Dlouhodobý:**

U pacienta dojde ke zlepšení spánku a celkové pohody. V noci bude klidně spát. Nebude pociťovat únavu.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

Zajisti klidné usínání a odstraň rušivé faktory. Pozoruj pacienta během spánku. Eliminuj konzumaci nevhodné stravy a nápojů před spánkem. Podávej léky dle ordinace lékaře. Zapisuj do dokumentace. Edukuj. Aktivizuj přes den. Doporuč meditaci. Doporuč bylinky. Doporuč aromaterapii. Vyvětrej místnost.

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Při rozhovoru s pacientem bylo zjištěno, že problémem jsou abstinční následky odnětí návykové látky. Během hospitalizace lékař indikoval Mirtazapin 30 mg každý večer 0,5 tablety. Lék zabírá výborně.

#### **Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient chápe příčiny svých potíží se spánkem. Snaží se jím předejít. Po podání Mirtazapinu dle ordinace lékaře se pacient dobře vyspí, ráno se probudí odpočatý, plný sil a přes den je svěží. Krátkodobý cíl byl splněn. Během hospitalizace došlo k celkovému zlepšení spánku, pacient sděluje, že se cítí lépe. Dlouhodobý cíl také splněn.

#### *Ošetrovatelská diagnóza č. 4:*

#### **00093 Únava související s nespavostí**

Projevující se subjektivními příznaky: neschopností načerpat energii spánkem, nedostatkem energie přes den a pocitem ospalosti.

Projevující se objektivními příznaky: sníženým výkonem, nesoustředěností, spavostí přes den, podrážděností a neklidem.

#### **Cíl:**

#### **Krátkodobý:**

Pacient bude znát příčiny vzniku únavy, vykonává běžné denní činnosti a na DaDDC se účastní všech aktivit.

#### **Dlouhodobý:**

Pacient bude odpočatý, bude přes den plný energie i po skončení pobytu na DaDDC.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

Doporuč konzultaci s psychologem. Doporuč celková zdravotní opatření (výživa, příjem tekutin, doplňky výživy). Zaměř se na zlepšení kvality spánku. V rozvrhu dne nezapomeň na odpočinek. Nepodceňuj situaci, akceptuj opravdovost pacientových stížností. Psychicky podporuj a edukuj. Aktivizuj pacienta. Zajímej se o jeho celkový stav (stav výživy, hydratace...). Vyslechni pacienta, jak sám vnímá příčiny únavy. Zamysli se s pacientem, jaké faktory mu pomáhají v odstraňování únavy.

#### **Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacient se probudil unavený, přes den nebyl svěží. Zjistila jsem důvod pacientovy únavy. Za únavu mohou problémy se spánkem. Lékaři indikovali farmakoterapii. V léčbě závislostí je nutné dodržování režimu, nelze tedy kvůli únavě měnit režim celého oddělení. Odpoledne ležel, ale jinak přes den se snažil zapojovat do programu, komunikoval. Pacienta aktivujeme během dne, na noc podáváme léky dle ordinace lékaře.

#### **Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient chápe příčiny únavy, které se snaží řešit, aktivně se zapojuje do režimové léčby na oddělení. Krátkodobý cíl splněn. Během hospitalizace se únava zmírnila, dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče tedy také splněn.

## 14.7.2 Rizikové ošetrovatelské diagnózy

*Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 5:*

### **00155 Riziko pádu z důvodu hypotenze a slabosti**

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacient si uvědomí riziko pádu a bude umět manipulovat se signalizačním zařízením.

**Dlouhodobý:**

Pacient se bude snažit předcházet riziku pádu a bude znát bezpečnostní opatření.

**Ošetrovatelské intervence:**

Posud' všechny rizikové faktory. Všímej si aktuální situace. Zajisti dohled. Zjisti, zda si pacient uvědomuje riziko pádu. Edukuj ohledně správné manipulace se signalizačním zařízením.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Pacient měl čtvrtý den hospitalizaci hypotenzí. Sdělil, že se mu točí hlava a cítí se slabý. Byl poučen o možných rizicích a informován o bezpečnostních opatřeních. Personál měl nad ním zvýšený dohled, pravidelně byl kontrolován jeho stav. Pacient byl edukován o možných rizicích.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient byl poučen o riziku pádu, je si vědom možného rizika. Umí manipulovat se signalizací. Krátkodobý cíl byl splněn. Personálu se podařilo zamezit pádu pacienta po celou dobu hospitalizace. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

*Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 6:*

**00178 Riziko zhoršené funkce jater z důvodu abúzu návykových látek**

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacient si je vědom možného rizika a bude se mu snažit vyhnout.

**Dlouhodobý:**

Pacient bude vědět, co obnáší dodržování diety č. 4.

**Ošetrovatelské intervence:**

Edukuj pacienta o možnostech šetrící diety. Vysvětli, co znamená dieta č. 4. Vypracuj edukační plán. Snaž se pacientovi sdělit výhody abstinence.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Jelikož měl pacient při příjmu zvýšené hodnoty jaterních testů a dlouhodobě užívá drogy, naordinovali mu lékaři dietu č. 4. Pacient byl edukován ohledně vhodné stravy, vypracovaný edukační je k nalezení v příloze.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient si je vědom možného rizika. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient zná vhodné potraviny podporující správnou funkci jater. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

*Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 7:*

**00139 Riziko sebepoškození související s abúzem návykových látek, věkem, nepříznivou atmosférou doma a neschopností poradit si s problémy**

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

Pacient si uvědomí, že sebepoškození není vhodné jako útěk od potíží. Chápe důvody svého chování, rozpozná faktory předcházející incident. Své problémy bude řešit s psychoterapeutem.

**Dlouhodobý:**

V průběhu hospitalizace nebude pacient jevit žádné známky sebepoškození.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zajisti sezení s psychoterapeutem. Klad' důraz na bezpečí pacienta. Dbej, aby pacient byl pod neustálým dohledem. Uč ho asertivnímu chování.

**Realizace ošetrovatelské péče:**

Při příjmu jsme u pacienta pozorovali pořezání na horních končetinách, byla mu stanovena potencionální ošetrovatelská diagnóza. Byl mu nařízen zvýšený dohled a psychoterapie.

**Zhodnocení ošetrovatelské péče:**

Po konzultaci s psychoterapeutem si je pacient vědom, že sebepoškození není vhodná taktika pro řešení svých problémů. Krátkodobý cíl byl splněn. Po celou dobu hospitalizace se nám dařilo toto riziko minimalizovat, pacient verbalizoval pochopení možných rizik. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn.

## **14.8 Edukační plány**

Na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz jsou vypracovány edukační plány. Byla provedena edukace o vhodném vyplnění volného času (viz příloha č. 4) a o prevenci poškození jater v důsledku dlouhodobého užívání drog (viz příloha č. 5).

## DISKUZE

Hlavním úkolem výzkumného šetření bylo zmapovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům závislým na návykových látkách a identifikovat specifika péče pro střední zdravotnický personál. Respondentkou A (dále jen „respondentka“) je sedmnáctiletá dívka závislá 2 roky na marihuaně a tabáku, hospitalizována 10 dní na Dětském a dorostovém detoxikačním centru, kde jí byly navíc při příjmu zjištěny pozitivní hodnoty amfetaminů. Respondentem B (dále jen „respondent“) je sedmnáctiletý chlapec závislý 5 let na tabáku, 4 roky na alkoholu, 4 roky na marihuaně (užívá denně) a 2 roky na pervitinu (užívá jednou týdně), jehož hospitalizace trvala 13 dní. Pro práci byl vybrán kvalitativní výzkum. K dosažení toho cíle bylo stanoveno několik dílčích cílů.

**Prvním dílčím cílem** bylo vypracovat kazuistiku dvou hospitalizovaných pacientů. K tvorbě byl použit Model fungujícího zdraví podle Gordonové. Oba respondenty spojovaly podobné znaky v anamnéze, především problémy v osobním životě. V průběhu hospitalizace byla snaha poskytnout respondentům jiný náhled na nynější život a zkusit je motivovat k abstinenci. Oba respondenti byli po celou dobu hospitalizace plně při vědomí, orientováni všemi směry, plně soběstační a chovali se slušně. Oba o sebe příliš nepečují. Náhled na onemocnění respondentka nemá, zatímco respondent má náhled slušný a i je, na rozdíl od respondentky, motivovaný k abstinenci.

U respondentky byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy: úzkost související s hospitalizací, nauzea z důvodu odnětí návykové látky, bolest břicha související s odnětím návykové látky, nevyvážená výživa z důvodu nechutenství (lékaři měli podezření na poruchy příjmu potravy, které se v závěru nepotvrdilo, ale v průběhu hospitalizace byl nutný zvýšený dohled nad příjmem stravy), dále zácpa z důvodu nevyvážené stravy a nedostatečného pitného režimu, nespavost z důvodu hospitalizace a abstinčních příznaků, riziko dehydratace související s nedostatečným příjmem tekutin a riziko infekce související s rizikovým chováním a abúzem návykových látek.

Respondentovi byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy: dehydratace z důvodu omezeného příjmu per os, strach z hospitalizace, nespavost z téhož důvodu, únava související s nespavostí a potencionální ošetrovatelské diagnózy: riziko pádu z důvodu hypotenze (čtvrtý den měl nízký krevní tlak), riziko zhoršené funkce jater z důvodu abúzu návykových látek a riziko sebepoškození související mimo jiné s abúzem drog.

**Druhým dílčím cílem** bylo identifikovat specifika ošetrovatelské péče poskytované pacientům závislých na návykových látkách pro střední zdravotnický personál a porovnat rozdíly v náplni práce středního zdravotnického personálu v Dětském a dorostovém detoxikačním centru oproti jiným standardním oddělením.

U pacientů hospitalizovaných na DaDDC je z ošetrovatelského hlediska nejdůležitější zajištění základních potřeb, bezpečí a klidu, jelikož bývají často nervózní, úzkostní, agresivní a mnohdy je nutné přistoupit k užití zklidňující medikace. Personál má práci náročnou především psychicky, protože musí umět komunikovat s problémovými adolescenty, často v odporu. Náplní práce sester je provádět klasickou ošetrovatelskou péči se zvýšeným dohledem nad pacienty, edukovat je v oblasti duševního zdraví, motivovat je k abstinenci, snažit se zapojit rodinu do terapie, doporučit jim psychoterapii, být jim oporou, vést psychoterapeutické aktivity, snižovat úzkost a dbát na dodržování léčebného režimu. Pro pacienty je nejdůležitější pozitivní motivace. Sestry na tomto oddělení jsou empatické, obětavé a mají velmi dobré komunikační schopnosti (Béřešová, 2010, s. 30-34, Kalina, 2015, s. 408-689, Křivohlavý, 2010, s. 20, Kučerová, 2013, s. 36, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 86-159, Uherek, 2011, s. 10-38).

**Třetím dílčím cílem** bylo porovnat shodné oblasti ošetrovatelské péče u pozorovaných respondentů. Ošetrovatelská péče je zaměřena především na zvládání abstinence. Shodné ošetrovatelské diagnózy byly zjištěny při tvorbě ošetrovatelského procesu.

První společnou ošetrovatelskou diagnózou je 00146 úzkost či 00148 strach. Respondentku trápila úzkost, kde nevíme přesnou příčinu tohoto stavu. Respondent měl strach ze zvládání abstinence.

Druhá diagnóza je 00095 nespavost. Oba respondenty spojují potíže se spánkem (viz čtvrtá oblast podle Gordonové). Lékaři jim naordinovali lék Mirtazapin, který oba dobře snášeli.

Za třetí diagnózu lze považovat 00027 dehydrataci. U respondentky byla tato ošetrovatelská diagnóza přímo stanovena, u respondenta však pouze riziko dehydratace 00028.

Pacienti závislí na návykových látkách jsou bráni jako riziková pro přenos infekčních chorob (hepatitid a HIV). Každý pacient přicházející na oddělení je vyšetřen z krve na panel hepatitid, jaterní testy a HIV po souhlasu. Oba respondenti mají nálezy negativní.



Vpichy respondentka nemá, respondent má od intravenózní aplikace pervitinu. Prostituci i náhodné sexuální styky negují.

Dále jsou zdejší pacienti bráni jako riziková z hlediska sebepoškozování, jsou pod zvýšeným dohledem personálu a jsou jim prováděny ošetrovatelské intervence. Myslíme na riziko infekce 00004.

Samozřejmě, že ošetrovatelská péče je komplexní a zaměřena individuálně na konkrétní pacienty (např. tlumení případné bolesti).

**Čtvrtým dílčím cílem** bylo určit shodné oblasti edukace v drogové problematice a vypracovat respondentům edukační plány. Domníváme se, že nejvhodnější prevencí je edukace pro správné zvolení volnočasových aktivit. Oběma respondentům byla doporučena návštěva psychologa, aby jim pomohl zamyslet se nad různými možnostmi výplně volného času. Dále je vhodné pacienty edukovat v oblasti zvládnutí abstinčních příznaků, zvládnutí krizových a stresových situací, což se často řeší v organizovaných psychoterapeutických programech na oddělení. Další edukace jsou prováděny individuálně. Respondentku jsme edukovaly ohledně prevence pohlavně přenosných chorob, protože často poukazuje na náhodné sexuální styky. Ve vypracovaném edukačním plánu bohužel nelze stoprocentně říci, že edukantka cíl splnila. Také byla snaha edukovat ji v oblasti prevence nevolnosti, kde byl cíl splněn. Respondent byl edukován o vhodných volnočasových aktivitách a vhodné stravě jako prevence poškození jater v důsledku dlouhodobého užívání drog. V edukačních plánech splnil edukant všechny cíle. Vypracované edukační plány jsou přiloženy v přílohách práce.

**Pátým dílčím cílem** bylo zjistit, jaké drogy jsou v České republice nejčastěji užívané mladistvými. Autoři Kikalová (2014), Kopecký (2014), Raboch (2012) a Pavlovský (2012) uvádí, že nejčastějšími návykovými látkami užívanými dětmi a mladistvými je marihuana a pervitin (Kikalová, Kopecký, 2014, s. 27-28, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 234). S tímto názorem se ztotožňuje i primářka Kroftová (2018) ve svém článku „Jedinečná péče aneb Detox“ v časopisu Střípky 1/2018, vydávaný NMSKB (Kalousková, 2018, s. 10). I my souhlasíme s tímto tvrzením – viz zpracované případové studie. Kroftová (2018) si navíc myslí, že marihuana je ještě větší zlo, jelikož jí mladiství nepovažují za drogu (Kalousková, 2018, s. 10).

**Posledním dílčím cílem** bylo pomocí rozhovoru nahlédnout do životů hospitalizovaných pacientů, přiblížit jejich životní situace a zmapovat příčiny, proč začali užívat drogy, jak si na ně obstarávali peníze a jak zareagovala rodina, když zjistila, že mají s drogami problém. Po vzájemném představení se a seznámením respondentů s účelem rozhovoru, začaly jsme s vedoucí práce pokládat otázky. Zjistily jsme, že respondenti se necítí dobře, trápily je abstinenční příznaky a především craving. Ani jeden z nich není v životě spokojen a šťasten. Životní hodnoty srovnané nemají. Zajímalo nás rodinné zázemí, které je pro oba nevyhovující, doma se necítí dobře. Navíc ani u jednoho z respondentů není dobrá kvalita rodinných vztahů. Domníváme se, že to je jeden ze stresových faktorů a následkem této skutečnosti, užíli respondenti drogy. Peníze na drogy získávali především z kapesného, prostitucí si nevydělávali ani jeden z nich. Dále nás zajímala přítomnost bolesti, u respondenta nebyla přítomna, u respondentky byla řešena.

Po vyhodnocení výzkumu jsme s vedoucí práce došly k závěru, že pacienti na počátku užíli drogu ze zvědavosti. Jako důvod pro pokračování uváděli problémy doma. Šťastná (2010) ve své knize píše, že do této problematiky se často dostanou děti z rodin alkoholiků, narkomanů, z chudých a nevzdělaných rodin, také děti, které se ocitnou v náročné životní situaci a dívky sexuálně zneužívané (Šťastná, 2010, s. 11-29). Stejně tak primářka Kroftová (2018) se ve svém článku v časopisu nemocnice tvrdí, že nejčastěji se do DaDDC dostanou děti z dysfunkčních rodin či naopak děti s přehnanou péčí rodičů (Kalousková, 2018, s. 10). Vzhledem k našemu množství respondentů, se nemůžeme ztotožnit s názory výše zmíněných autorek, avšak tyto názory nelze ani vyvrátit. Kroftová (2018) také dodává, že problémem je, že v ČR nemají děti do 15 let trestní odpovědnost a pouze soud pro mladistvé jim může nařídit nějaký výchovný program (Kalousková, 2018, s. 10).

Na závěr dodáváme, že stoupá počet závislých pacientů a jejich věk se snižuje, přibývá intravenózní aplikace drog a téměř všichni pacienti jsou závislí na nikotinu. Narůstají duální diagnózy. V České republice je kritický nedostatek kapacity v zařízeních následné péče pro klientelu do 18 let. Úspěšnou léčbu komplikuje především nízký věk pacientů a jejich psychosociální nezralost (ČTK, 2010). Tento názor uvedla i primářka Kroftová (2018) ve výše zmíněném časopisu (Kalousková, 2018, s. 10). Bohužel stále není známa přesná příčina vzniku závislostí. Závislost je chápána jako medicínský, pedagogický a psychologický problém, ovlivňující celou společnost (Barnardová, 2009, s. 13-18, Kalina, 2015, s. 27-498, Kikalová, 2014, s. 11-17, Nešpor, 2018, s. 9-12, Šťastná, 2010, s. 19-24).

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala péčí o drogově závislé děti a mladistvé. Toto téma není ve společnosti příliš populární, přesto má společensky značný dopad a jeho řešení je zatím nedostatečné.

Cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientů s drogovou závislostí, poukázat na specifika této péče pro střední zdravotnický personál, identifikovat shodnou ošetrovatelskou péči a oblasti edukace u pozorovaných respondentů, vypracovat respondentům edukační plány a pokusit se nahlédnout do životů hospitalizovaných pacientů pomocí rozhovoru.

Teoretická část se zabývá problematikou drogové závislosti, stručně lékařským oborem, kam je problematika závislosti řazena (psychiatrii), rozdělením typů drog, strukturou Dětského a dorostového detoxikačního centra a specifikem ošetrovatelské péče v tomto zařízení, včetně specifik v komunikaci středního zdravotnického personálu s drogově závislými mladistvými pacienty a důležitostí dodržování etických pravidel.

V praktické části jsou vypracovány 2 případové studie, kde jsou popsány celkové anamnézy respondentů a průběh hospitalizace. Respondentům byly vytvořeny ošetrovatelské diagnózy za použití Modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové.

Jako výstup do ošetrovatelské praxe byl vypracován edukační leták pro laickou veřejnost, jak postupovat při první pomoci akutně intoxikovaným závislým.

# VÝSTUP Z BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: EDUKAČNÍ LETÁK



## PRVNÍ POMOC AKUTNĚ INTOXIKOVANÝM PACIENTŮM

První pomoc je třeba poskytnout závislým při akutní intoxikaci, při akutním rozvoji abstinčního syndromu, mnohdy i dlouhodobým uživatelům drog. Závažné jsou změny oběhového a dechového centra. Každý projev akutní intoxikace je individuální. V nejhrošším případě může dojít až ke smrti závislého.

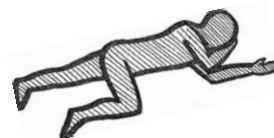
Základní předlékařská laická první pomoc spočívá především v zavolání záchranné služby. **V prvním kroku zjišťujte fungování základních životních funkcí, zda reaguje na oslovení, jestli dýchá, kontrolujeme srdeční činnost – puls. V případě lapavého dýchání (gasping) je jistá zástava oběhu.**

*Situace č. 1:* Postižený je intoxikovaný, ale vnímá, dýchá a cítíme puls.

**Uložte postiženého do polohy na zádech. Udržujte s postiženým rozhovor, aby zůstal při vědomí. Přivolejte záchrannou zdravotnickou službu.**

*Situace č. 2:* Postižený je v bezvědomí, ale dýchá a cítíme puls.

**Uložte dotyčného do stabilizované polohy na bok (Rautekova zotavovací polohy). Sledujte dýchání a činnost srdce. Zavolejte odbornou pomoc.**



Zdroj: Kikalová, 2014

*Situace č. 3 – nejzávažnější:* Postižený je v bezvědomí, nedýchá a nehmatáme puls.

**Začněte ihned s obnovou životních funkcí. Postiženého dejte na záda. Zajistěte průchodnost dýchacích cest (vyndejte z úst předměty, zakloňte hlavu). Zahajte srdeční masáž na hrudníku, ideálně na tvrdé podložce. Zavolejte na 155 a řiďte se instrukcí k resuscitaci, tzv. telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace.**

Zdroj: vlastní

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8.
2. BÉREŠOVÁ, Anna. Syndróm vyhorenia v súvislosti so zdravotnosociálnymi problémami sestier košického regiónu. *Cesta k profesionálnému ošetrovatelstvu: sborník příspěvků*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, roč. 5, s. 30-34 [cit. 2019-02-19]. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>.
3. ČERNÝ, Miroslav. Klinický komentář k detoxikaci organismu. *Biotherapeutics*. 2013, roč. 3, č. 1, s. 30-31 [cit. 2019-12-22]. ISSN 1805-1057. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/21/31-detoxikace.pdf>.
4. ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *Drogově závislých dětí výrazně přibývá*. Praha: ČTK, 2010 [cit. 2019-09-30]. Dostupné z: [http://www.denik.cz/z\\_domova/drogove-zavistych-deti-stalepribyva20101207.html](http://www.denik.cz/z_domova/drogove-zavistych-deti-stalepribyva20101207.html).
5. ČESKO. Zákon č. 167/1998 Sb. ze dne 11. června 1998 o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 1998, částka 57, s. 6770-6779.
6. ČESKO. Zákon č. 9/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1480.
7. DREHER, Jan. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7.
8. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009-2011*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
9. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
10. KALOUSKOVÁ, Jitka. *Strípky NMSKB*. Praha: Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Vlašská 36, 118 00 Praha 1, IČO: 73634085, 2018-2019, roč. 1/2018, č. 1 [cit. 2020-09-03]. Dostupné také z: <https://www.nmskb.cz/o-nas/casopis-stripky-nmskb>.
11. KIKALOVÁ, Kateřina a Miroslav KOPECKÝ. *Úvod do studia prevence závislosti dětí a dospívajících*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 45 s. ISBN 978-80-244-3928-0.

12. KORANDA, Marian. Dítě-feťák? Ale ano, i u nás, a ne málo!: [rozhovor]. *Medical tribune*. 2010, roč. 6, č. 28 [cit. 2019-12-20]. ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/clanek/20206-dite-fetak-ale-ano-i-u-nas-a-ne-malo>.
13. KORANDA, Marian. Dětské a dorostové detoxikační centrum. *Adiktologie*. Praha: NMSKB, 2016, roč. 16, č. 4, s. 342-351. ISSN 1213-3841.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80247-3149-0.
15. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
18. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 143 s. ISBN 978-807-3677- 237.
19. MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
20. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-0189-2.
21. Operační Manuál DaDDC. (autor ani rok vypracování neuveden). Dostupné na požádání na DaDDC.
22. PETR, Tomáš. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014, 295 s. ISBN: 978-80-247-4236-6.
23. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
24. PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
25. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. 486 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
26. SVOBODOVÁ, Jitka. Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 2, s. 79-82. [cit. 2018-10-25]. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: [www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/06.pdf](http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/06.pdf).

27. ŠŤASTNÁ, Lenka a Matúš ŠUCHA. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2010. 36 s. ISBN 978-80-254-6806-7.
28. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
29. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2011. 178 s. ISBN 978-80-247-6725-3.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Tabulka 1: Nejčastěji užívaná psychofarmaka na DaDDC .....	81
Příloha č. 2 – Tabulka 2: Edukační plán I respondentky A .....	82
Příloha č. 3 – Tabulka 3: Edukační plán II respondentky A .....	83
Příloha č. 4 – Tabulka 4: Edukační plán I respondenta B .....	84
Příloha č. 5 – Tabulka 5: Edukační plán II respondenta B.....	85
Příloha č. 6 – Rešerše ze studijní a vědecké knihovny .....	86
Příloha č. 7 – Informovaný souhlas NMSKB.....	87
Příloha č. 8 – Informovaný souhlas respondenta.....	88
Příloha č. 9 – Denní režim DaDDC .....	89
Příloha č. 10 – Vnitřní řád DaDDC .....	90
Příloha č. 11 – Hodnoticí škály použité v bakalářské práci .....	91



## Příloha č. 1 – Tabulka 1: Nejčastěji užívaná psychofarmaka na DaDDC

Léková skupina (zástupci)	Účinky, indikace	Možné nežádoucí účinky
<b>Klasická antipsychotika</b> (Haloperidol, Plegomazin, Chlorprothixen)	sedativní až hypnotický efekt, tlumení neklidu a agresivity, potlačení závislosti na alkoholu a jiných drogách, vhodný k léčbě deliria při i. v. podání je nutné udělat EKG	mnoho extrapyramidových nežádoucích účinků, sucho v ústech, zácpa, retence moči, poruchy akomodace, poruchy pozornosti, amenorea, sexuální poruchy, gynekomastie, arytmie, hepatopatie
<b>Atypická antipsychotika</b> (Tiapridal gtt., tbl., inj.)	indikace: úzkost, patologicky smutná nálada, upravují spánek, působí antistresově, antifobicky i antiobsedantně	závratě, třes, slabost, neklid, křeče, krevní sraženiny v dolních končetinách, poruchy menstruace, impotence
<b>Antidepresiva</b> <b>III. generace SSRI</b> ( <i>Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu</i> ) (Cítalec tbl., Deprex cps., Prozac tbl., Sertralin tbl.)	indikace: úzkost, depresní porucha	trávicí obtíže nauzea, bolest hlavy, průjem, nervozita, nespavost a sexuální dysfunkce
<b>Antidepresiva</b> <b>IV. generace</b> <b>SNRI, NARI, NDRI</b> ( <i>Selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu, serotoninu a noradrenalinu, noradrenalinu a dopaminu</i> ) (Venlafaxin tbl., Mirtazapin tbl.)	pozitivně ovlivňuje spánek, vhodný též pro léčbu depresí a úzkostí	pocit na zvracení, zácpa, sucho v ústech, závratě, třes, ospalost, bolesti hlavy
<b>Benzodiazepinová</b> <b>anxiolytika</b> (Diazepam tbl., Oxazepam tbl., Alprazolam tbl.)	rychlá sedace	ospalost, apatie, vzniká léková závislost
<b>Hypnotika</b> (Midazolam inj. a infuzní roztok)	indikace: poruchy spánku, insomnie kontraindikace: akutní intoxikace alkoholem a drogami	dýchací potíže, anafylaktický šok, zmatenost, agresivita, křeče, snížená pozornost

Zdroj: Dreher, 2016, s. 17-118, Látalová, 2013, s. 98-99, Kučerová, 2013, s. 71-74, Ra-  
boch, Pavlovský, 2012, s. 205-392.

## Příloha č. 2 – Tabulka 2: Edukační plán I respondentky A

<b>Edukační plán</b>				
<b>účel</b>	Edukace pacientky v prevenci nevolnosti			
<b>cíl</b>	Pacientka nebude trpět nauzeou			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Letáky, plakáty, žíněnka, brožury o zdravém životním stylu			Teoretická (přednáška, diskuze, rozhovor) a praktická	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Kognitivní</b>	Pacientka po přednášce vyjmenuje 3 z 5 nevhodných potravin při nevolnosti.	Pacientce bylo sděleno, jaké potraviny jsou vhodné a naopak čeho by se měl vyvarovat.	10 minut	Pacientka vyjmenovala nevhodné potraviny při žaludečních obtížích.
<b>Afektivní</b>	Pacientka vyjádří dotazy ohledně stravy předcházející nevolnosti.	Pacientka dostane prostor pro vyjádření dotazů a obav ohledně hospitalizace.	5 minut	Pacientce byly dotazy zodpovězeny.
<b>Psychomotorický</b>	Pacientka se bude umět napolohovat do úlevové polohy.	Pacientce bude ukázáno, jak si lehnout do úlevové polohy.	5 minut	Pacientka ví o úlevové poloze.

Zdroj: vlastní

### Příloha č. 3 – Tabulka 3: Edukační plán II respondentky A

<b>Edukační plán</b>				
<b>účel</b>	Edukace pacientky v oblasti prevence šíření pohlavních nemocí			
<b>cíl</b>	Pacientka bude vědět, znát jak se chránit před pohlavními nemocemi			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Letáky, plakáty, brožury			Teoretická a praktická	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Kognitivní</b>	Pacientka po přednášce sdělí, která antikoncepční metoda je nejvhodnější ochranou proti pohlavním nemocem.	Pro pacientku byla připravena přednáška ohledně různých antikoncepčních metod.	15 minut	Pacientka cíl splnila, zapamatovala si, která antikoncepce jí ochrání před pohlavně přenosnou chorobou.
<b>Afektivní</b>	Pacientka vyjádří dotazy ohledně pohlavních nemocí.	Pacientce budou zodpovězeny veškeré dotazy týkající se této problematiky, bude mít dostatek prostoru a soukromí.	5 minut	Pacientka se na nic nezeptala, tudíž nebylo na co odpovídat.

Zdroj: vlastní

## Příloha č. 4 – Tabulka 4: Edukační plán I respondenta B

<b>Edukační plán</b>				
<b>účel</b>	Edukace pacienta o vhodných volnočasových aktivitách			
<b>cíl</b>	Pacient bude znát výhody pohybu			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Letáky, brožurky			Výklad	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Kognitivní</b>	Po přednášce pacient vyjmenuje 3 z 5 pro něho vhodných volnočasových aktivit.	V rámci přednášky byly pacientovi sděleny důvody, proč je vhodný pohyb. Pacient má možnost ptát se na vše, co ho zajímá.	15 minut	Pacient splnil cíl, zapamatoval si a vyjmenoval 4 z 5 vhodných aktivit na vyplnění volného času. Dotazy žádné neměl.
<b>Afektivní</b>	Pacient si uvědomuje problémy spojené s užíváním drog a je motivován k abstinenci.	Pacientovi byl vysvětlen vliv drog na jeho zdraví.	20 min	Pacient ještě není motivován k úplné abstinenci.
<b>Psychomotorický</b>	Pacient dokáže předvést posilovací cviky.	Pacientovi byly předvedeny cviky na posilování, pacient je bude zkoušet a pak ukáže, co se naučil.	15 min	Pacient se cviky naučil a předvedl je.

Zdroj: vlastní

## Příloha č. 5 – Tabulka 5: Edukační plán II respondenta B

Edukační plán				
účel	Edukace pacienta ohledně prevence poškození jater v důsledku dlouhodobého užívání drog			
cíl	Pacient bude vědět co to je dieta č. 4			
Pomůcky			Výukové metody	
Letáky, brožurky			Výklad	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Po přednášce pacient vyjmenuje 3 z 5 potravin s omezením tuků.	V rámci přednášky byly pacientovi sděleny důvody, proč je vhodné dodržovat dietu s omezením tuků. Pacient bude mít možnost zeptat se na cokoliv, co ho bude zajímat.	15 minut	Pacient splnil cíl, zapamatoval si a vyjmenoval 3 z 5 potravin se sníženým obsahem tuku. Dotazy byly zodpovězeny.
Afektivní	Pacient si uvědomuje zdravotní problémy způsobené užíváním drog a je motivován k abstinenci.	Pacientovi byl vysvětlen škodlivý vliv návykových látek na jeho organismus, byly mu předány zkušenosti, které má DaDDC se závislými pacienty a byly mu vysvětleny výhody abstinence do budoucna.	10 min	Pacient si nechce přiznat výhody abstinence.

*(Pozn. není v mých silách při jednom sezení namotivovat pacienta k abstinenci.)*

Zdroj: vlastní

## Příloha č. 6 – Rešerše ze studijní a vědecké knihovny

### REŠERŠE ZE STUDIJNÍ A VĚDECKÉ KNIHOVNY PLZEŇSKÉHO KRAJE

#### KNIHY

CHOMYNOVÁ, Pavla et al. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2014. 214 s. Výzkumná zpráva; no. 7. ISBN 978-80-7440-101-5.

ŠŤASTNÁ, Lenka, ed. a ŠUCHA, Matuš, ed. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let: [monografie]*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2010. 36 s. ISBN 978-80-254-6806-7.

ROCHE, Ann et al. *Testování na drogy ve školách: poznatky, účinky a alternativy*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. 155 s. Prameny. ISBN 978-80-7338-077-9.

KIKALOVÁ, Kateřina a Miroslav KOPECKÝ. *Úvod do studia prevence závislosti dětí a dospívajících*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 45 s. Studijní opora. ISBN 978-80-244-3928-0.

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

#### ČLÁNKY

KORANDA, Marian. Specifika adiktologické péče u dětí a mladistvých uživatelů drog. *Česko-slovenská pediatrie. IX. český pediatrický kongres s mezinárodní účastí, Olomouc, 19.-22.5. 2010*. 2010, roč. 65, č. 5, s. 302. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek?id=31691>

KORANDA, Martin a Martin TARANT. Informovat děti o drogách ve třinácti letech už je pozdě: [rozhovor]. *Zdravotnické noviny. Lékařské listy*. 2011, roč. 60, č. 1-2, s. 1.

SVOBODOVÁ, Jitka, Petr ŠILHÁN, M. VÁCLAVÍK, Denisa PERNIČKOVÁ, Ján OLEJ, Michaela SZILVÁSIOVÁ a H. FOJTÍKOVÁ. Klesá zájem o detoxikaci dětí a mladistvých v souvislosti se zastavením rostoucího trendu v užívání drog?. In: *Quo vadis, psychiatria?*. 2008, s. 195-196. ISBN 978-807262567-3.

SVOBODOVÁ, Jitka. Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 2, s. 79-82. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/06.pdf>

KORANDA, Marian. Rodiče i lékaři by měli poznat, že dítě bere drogy. *Lékařské listy*. 2010, č. 3, s. 6.

ČERNÝ, Miroslav. Klinický komentář k detoxikaci organismu. *Biotherapeutics*. 2013, roč. 3, č. 1, 30-31. ISSN 1805-1057. Dostupné také z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/21/31-detoxikace.pdf>

KORANDA, Marian. Dítě-feták? Ale ano, i u nás, a ne málo!: [rozhovor]. *Medical tribune*. 2010, 6(28). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/clanek/20206-dite-fetak-ale-ano-i-u-nas-a-ne-malo>

KORANDA, Marian. Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC). *Adiktologie*. 2016, 16(4), 342-351. ISSN 1213-3841.

BROMOVÁ, Martina, Andrea DALIHODOVÁ, Petra HOLINKOVÁ, et al. Zdravotní rizika energetických nápojů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2010, 6(2), 205-224. ISSN 1801-0261. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasilii/>

ZILKER, Thomas. Akutní intoxikace u dospělých – co byste měli vědět. *Medicina po promoci*. 2014, 15(3), 16-25. ISSN 1212-9445.

#### ZDROJE:

databáze Bibliomedica Českoslovensca Medica / MEDVIK <http://medvik.cz>

Souborný katalog ČR <http://caslin.cz>

vysokoškolské kvalifikační práce na: <http://theses.cz>

+

elektronický katalog SVK PK: [aleph.svkpk.cz](http://aleph.svkpk.cz) – [www.svkpk.cz](http://www.svkpk.cz) – online katalog

Mgr. Linda Hajžmanová, speciální studovna ([hajzmanova.linda@svkpk.cz](mailto:hajzmanova.linda@svkpk.cz)), 25. 10. 2018

## **Příloha č. 7 – Informovaný souhlas NMSKB**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS TÝKAJÍCÍ SE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE NA TÉMA: DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ DETOXIKAČNÍ CENTRUM**

#### **STUDENT**

jméno: Markéta Filipová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: marketkafilipova@seznam.cz

#### **VEDOUCÍ BP:**

jméno: MUDr. Jitka Vávrová  
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského  
Dětské a dorostové detoxikační centrum  
Vlašská 36, Praha 1  
e-mail: vavrova@nmskb.cz

#### **CÍL VÝZKUMU:**

Zmapovat ošetrovatelskou péči na dětském a dorostovém detoxikačním centru. Vypracovat dvě kazuistiky.

S Vaším svolením budou ve Vašem zařízení prováděny výzkumné rozhovory, které budou zaznamenány na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletaci výzkumu vymazány. Identita respondenta nebude zveřejňována. Když nebude respondent chtít na kteroukoliv otázku odpovědět, nemusí.

#### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Souhlasím, aby studentka Markéta Filipová mohla v našem zařízení provést svůj výzkum.

Podpis hlavní sestry zařízení:..... Datum:.....

Podpis studenta:..... Datum:.....

Zdroj: vlastní

## Příloha č. 8 – Informovaný souhlas respondenta

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

## PÉČE O PACIENTA HOSPITALIZOVANÉHO NA DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU

### STUDENT

jméno: Markéta Filipová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: marketkafilipova@seznam.cz

### VEDOUcí BP:

jméno: MUDr. Jitka Vávrová  
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského  
Dětské a dorostové detoxikační centrum  
Vlašská 36, Praha 1  
e-mail: vavrova@nmskb.cz

### CÍL STUDIE

Získat informace o pocitech pacientů, kteří jsou hospitalizováni na dětském a dorostovém detoxikačním centru.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám / sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já ..... souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum: .....

V případě nezletilosti účastníka výzkumu je nutný souhlas i jeho zákonného zástupce:..... Datum: .....

Podpis studenta:..... Datum: .....

Zdroj: vlastní



## **Příloha č. 9 – Denní režim DaDDC**

### **Denní režim**

7:30 budíček, následně odběry krve, ranní léky, osobní hygiena, úklid

7:55 snídaně, následuje úklid jídelny

8:20 vizita

9:00 ranní komunita – zahájení dne

9:45 svačina

10:00-12:00 dopolední terapeutický program

*pro děti s povinnou školní docházkou: výuka od 9 do 12 hod.*

12:00 oběd

12:30-13:30 odpočinek na lůžku

13:30 svačina

14:00-16:00 odpolední terapeutický program

16:00-17:00 organizovaný program

17:30 večeře

18:30-19:30 osobní hygiena, celková koupel

19:30 druhá večeře, úklid jídelny, edukační místnosti a koupelny

21:00 večerní léky

19:30-22:00 volnočasové aktivity (např. stolní a společenské hry, sledování televize)

22:00 noční klid, večerka

Zdroj: DaDDC

## Příloha č. 10 – Vnitřní řád DaDDC



### Dětské a dorostové detoxikační centrum

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (NMSKB)

Vlašská 36, 118 33 Praha 1 - Malá Strana, IČO: 736 340 85

primář: **MUDr. Světlana Kroftová**

Tel.: 257 197 124, Fax: 257 530 302, e-mail: detox@nmskb.cz

### Vnitřní řád Dětského a dorostového detoxikačního centra (DaDDC)

**Charakteristika oddělení:** DaDDC je zařízení složené z lůžkové a ambulantní části. Lůžkové (uzavřené) oddělení má 14 lůžek, ambulantní část se skládá z ambulance psychiatrické a pediatrické. Oddělení nabízí protidrogovou péči pro děti a mládež do 18 let, a to ve spolupráci s rodinou, kurátory pro děti a mládež, dětskými lékaři a školou. Zajišťuje vyšetření psychiatrická, pediatrická, toxikologická a v případě potřeby psychologická. Na oddělení se provádí nejdříve detoxifikace (zbavení organismu od drogy-toxické látky) a navazující terapie skupinová či individuální pod vedením terapeutů, volnočasové aktivity (ergoterapie – léčba prací, muzikoterapie – léčba hudbou, arteterapie – léčba malováním, výrobou keramiky apod.). Ambulantní část zajišťuje vyšetření psychiatrická, pediatrická, psychologická, toxikologická a poradenství. V indikovaných případech též ambulantní léčbu. Součástí oddělení i Sociální poradna pro pacienty a rodiče.

**Příjem pacientů:** K příjmu jsou indikováni pacienti do 18 let, kteří experimentují s drogami, nebo se u nich již projevují symptomy problémového užívání drog, či již je rozvinuta závislost na návykových látkách. Příjem je indikován psychiatrickou ambulancí po předchozím vstupním psychiatrickém vyšetření pacienta, součástí kterého je i toxikologické vyšetření moče. Příjem akutních pacientů je řešen v rámci ústavní pohotovostní služby.

Při vstupu na oddělení je proveden hygienický filtr a důkladná kontrola věcí pacienta zdravotnickým personálem. Tato kontrola se provádí po každém opuštění oddělení pacientem (vycházka s terapeutem, případně rodiči do zahrady nemocnice).

**Laboratorní vyšetření:** Toxikologické vyšetření moče (i opakovaně v průběhu hospitalizace), jaterní testy a vyšetření panelu hepatitid, další indikovaná vyšetření dle zdravotního stavu pacienta, a také vyšetření protilátek proti HIV (se souhlasem rodičů/zákonných zástupců).

**Léčení:** Předpokládaná doba léčení je individuální, obvykle 12-14 dní. Kompletní program je sestaven z péče lékařské, terapeutické, pedagogické a sociálního poradenství. **Sociální poradna** ve spolupráci s rodinou a lékaři zajišťuje sociální potřeby dětí, např. pomáhá rodině s umístováním klientů do zařízení s adekvátní následnou péčí.

**Seznam věcí:** Občanský průkaz, karta pojišťovny, hygienické potřeby (zubní kartáček, neotevřenou zubní pastu, mýdlo, hřebec, papírové kapesníky, krém (dekorativní kosmetika není povolena), dívky vložky, chlapani holení (jednorázové břity, které budou umístěny u zdravotních sester), spodní prádlo a ponožky, přezůvky. Dále 1 školní sešit na napsání životopisu, propisovací tužka; děti, které navštěvují ZŠ - učení. Eventuálně knihy, dopisní papíry a známky.

**Výslovně se zakazuje** na oddělení přinášet **drogy, alkohol, ostré a nebezpečné předměty**. Pacienti nesmí mít u sebe mobilní telefony, rádia, mp3/CD přehrávače apod. Pokud mají **piercing**, je nutné jej před příchodem na oddělení odstranit. Nedoporučuje se mít u sebe **šperky, peníze a jiné cennosti, personál nemocnice za ně nemůže nést odpovědnost!**

Počítejte, prosím, s tím, že veškeré věci (vč. případné došlé pošty), které dětem ponecháte na oddělení, budou před příjmem důkladně prohlédnuty. Doklady a část oblečení, ve kterém se dítě dostaví k příjmu, vám budou po převlečení do ústavního prádla vráceny. Pacientům je povoleno psát dopisy rodičům a přímým příbuzným, obvykle však nelze kamarádům či partnerům, s kterými často společně brali drogy. Přichází i odchozí korespondence je vždy kontrolována pracovníky DaDDC a teprve po kontrole odeslána, resp. vrácena.

**Upozornění: Poškozený majetek NMSKB pacientem, bude dán rodičům/zákonným zástupcům k úhradě.**

**Vyloučení z oddělení: agresivní jednání vůči pracovníkům oddělení, šikana vůči spolupacientům, odmítání předepsané medicíny, bezdůvodné odmítání účasti na společném programu a intimní poměr na oddělení.**

**Návštěvy:** Po předchozí domluvě s lékaři oddělení jsou návštěvy rodinných příslušníků umožněny denně po 18.00 hod. o víkendech dle předchozí domluvy po celý den 11 – 19,30 hod (tel.: 257197124, 125, 148, 159). O zdravotním stavu dítěte dle platné legislativy nelze informovat telefonicky.

**Telefonický kontakt s pacienty je možný pouze na tel. čísle 257197125.**

Dítě do 18 let je propuštěno z oddělení vždy v doprovodu rodičů (zákonných zástupců), samostatně výhradně s jejich písemným souhlasem. V případě hrubého porušení Vnitřního řádu oddělení budou rodiče kontaktováni a pobyt dítěte na oddělení může být ukončen.

MUDr. Světlana Kroftová  
Primářka Oddělení

## Příloha č. 11 – Hodnoticí škály použité v bakalářské práci

**Barthelův test základních denních činností:** Pacienta pozorujeme v následujících 10 činnostech, zda tyto úkoly provede sám (bodujeme 10 body), provede s pomocí (5b.), či sám nezvládne vůbec (0b.). Na konci body sečteme a vyhodnotíme: 100-96b.=nezávislý, 95-65b.=lehká závislost, 60-45b.=závislost středního stupně, 40-0b.=vysoce závislý

	Činnost	Provedení činnosti	Bod
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

Zdroj: dokumentace NMSKB

**Glasgow coma scale:** metoda k posouzení stavu vědomí. Skládá se z 3 samostatných testů. Stupeň vědomí se interpretuje jako součet dílčích testů: 15b.=plné vědomí, bez patologie, 14-13b.=lehká porucha vědomí, 12-9b.=střední porucha, 8-3b.=závažná porucha.

### Otevření očí

- 1 – bez reakce
- 2 – na bolestivý podnět
- 3 – na slovní podnět
- 4 – spontánní

### Slovní odpověď

- 1 – bez reakce
- 2 – nesrozumitelné zvuky
- 3 – jednotlivá nesouvisející slova
- 4 – zmatená
- 5 – normální

### Motorická odpověď

- 1 – bez reakce
- 2 – necílená extenze končetiny
- 3 – necílená flexe končetiny
- 4 – úniková reakce (pohyb od podnětu)
- 5 – lokalizace podnětu (pohyb k podnětu)
- 6 – cílený pohyb podle instrukcí

Zdroj: dokumentace NMSKB

**Metoda NRS (numeric rating scale)** je číselná hodnoticí škála sloužící k měření intenzity bolesti, kdy pacient personálu sděluje sílu bolesti od 0, což znamená žádná bolest do 10, která vyjadřuje nejsilnější bolest. Vyhodnocení: NRS 1-3=slabá bolest, NRS 4-6=středně silná bolest, NRS 7-10=silná bolest.

Zdroj: dokumentace NMSKB