

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO INTOXIKACI OPIÁTY,  
BUDIVÝMI AMINY A BENZODIAZEPINY**

Bakalářská práce

ANDREA OSMANČÍKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Pavel Těšínský

Komise pro studijní výbor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2009

.....  
Osmančíková Andrea

## ABSTRAKT

OSMANČÍKOVÁ, Andrea. *Ošetrovatelská péče u pacienta po intoxikaci opiáty, budivými aminy a benzodiazepiny*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Bakalář ošetrovatelství. Školitel: Doc. MUDr. Pavel Těšínský.

Hlavním tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta po intoxikaci opiáty, budivými aminy a benzodiazepiny. Teoretická část práce charakterizuje samotnou toxikomanii, její projevy, komplikace, diagnostiku a následnou terapii.

Praktická část práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u intoxikovaného pacienta. Nejprve uvádí údaje získané z lékařské dokumentace (anamnestické údaje, výsledky vyšetření), pokračuje popisem ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Posouzení zdravotního stavu sestrou je provedeno dle dokumentace M. Gordonové. Informace k jejímu vyplnění a následnému zhodnocení byly získány rozhovorem přímo od pacienta, jeho matky, zbytku zdravotnického personálu, který o pacienta také pečoval, z lékařské a sesterské dokumentace.

Seznam ošetrovatelských diagnóz je seřazen dle priorit, následně jsou určeny cíle, vypsány intervence, realizace a zhodnocení vybraných ošetrovatelských diagnóz.

Celou práci uzavírá popis edukace pacienta, zhodnocení ošetrovatelské péče, prognózu, seznam informačních zdrojů a zkratk.

V příloze je vložen slangový slovník, vyplněná ošetrovatelská dokumentace M. Gordonové, analogová škála pro měření bolesti, GCS tabulka a záznam o edukaci .

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, intoxikace, opiáty, budivé aminy, benzodiazepiny, ošetrovatelský proces, edukace.

## ABSTRACT

OSMANČÍKOVÁ, Andrea. *Nursing Care for a Patient Intoxicated with Opioids, Stimulating Amines, and Benzodiazepines*. Prague, 2009. Bachelor degree dissertation. thesis, University of Nursing, Prague, Czech Republic. Level of qualification: Bachelor Degree (BSc) in Patient Care. Tutor: Pavel Těšínský, MD, Assoc Prof.

The main topic of this dissertation thesis is an overview of the nursing care for patients intoxicated with opioids, stimulating amines, and benzodiazepines.

The theoretical part describes the problem of drug addiction on itself, its manifestations, complications, diagnostic steps and follow-up therapy.

The practical part is focused on the nursing care of a patient intoxicated with a combination of opioids, metamphetamine, and benzodiazepines. In this part, the patient's main data obtained from his medical record (personal history, examination results etc.) are summarized, followed by the examination by a nurse which is carried out according to the Gordon's method. This information was obtained by interviews with the patient and his mother, extracted from the medical and nursing records, and refined through discussions with the nursing staff at the duty handover staff meetings.

A list of patient care diagnoses is ordered according to their priorities. The consecutive chapters present aims, intervention procedures, accomplishment, and assessment of selected nursing diagnoses.

Finally, this dissertation thesis describes the education process of the patient, evaluation of the nursing care, and prognosis. The thesis is completed with a list of the information sources and shortcuts.

The appendix includes the following items: a dictionary of slang, a nursing record performed with the Gordon's method, a scale for determination of pain intensity, GCS table and a education report.

Key words: nursing care, intoxication, opioids, amines, benzodiazepines, patient care process, education.

## **PŘEDMLUVA**

Podle světových statistik je procento vyléčených toxikomanů stejně nízké jako u nemocných s rakovinou. Z tohoto hlediska je toxikomanie jako choroba co do nebezpečnosti srovnatelná s maligním onemocněním.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na ošetrovatelskou péči u drogově závislého pacienta a tím zdravotnickou veřejnost upozornit na její odlišnost a specifika.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mou několikaletou praxí na oddělení metabolické intenzivní péče, kde působím dodnes jako zdravotní sestra. Dále mi při výběru napomohla i velice osobní zkušenost s drogově závislým členem rodiny.

Práce je určena především studentům ošetrovatelství, zdravotním asistentům či sanitářům, kteří se chystají pracovat na specializovaném pracovišti.

Touto cestou děkuji Doc. MUDr. Pavlu Těšínskému za odborné a vstřícné vedení bakalářské práce.

## OBSAH

<b>1. Úvod</b> .....	9
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
<b>2. Klinická charakteristika toxikomanie</b> .....	10
2.1 Definice toxikomanie.....	10
2.2 Projevy toxikomanie.....	10
2.2.1 Závislost.....	10
2.2.2 Narkomanie.....	11
2.3 Charakteristika drog.....	11
2.4 Klinický obraz při aplikaci drogy.....	12
2.4.1 Klinický obraz při aplikaci opiátu.....	12
2.4.2 Klinický obraz při aplikaci stimulační drogy.....	13
2.4.3 Klinický obraz při aplikaci halucinogenní drogy.....	14
2.5 Komplikace, vznikající při aplikaci drogy.....	15
2.5.1 Komplikace vznikající při aplikaci opiátů.....	15
2.5.2 Komplikace vznikající při aplikaci stimulační drogy.....	16
2.5.3 Komplikace vznikající při aplikaci halucinogenní drogy.....	16
2.6 Diagnostika toxikomanie.....	17
2.7 Terapie.....	17
2.7.1 Ambulantní léčba.....	18
2.7.2 Ústavní léčba.....	18
2.7.3 Detoxikace.....	19
2.7.3.1 Detoxikace na jednotkách intenzivní péče.....	20
2.7.4 Substituční léčba.....	20
2.7.5 Doléčení.....	21
2.8 Prevence.....	22
2.8.1 Prevence, rozdělení.....	23
2.8.1.1 Prevence primární.....	23
2.9 Prognóza.....	25
<b>3. Ošetrovatelská péče u pacienta po intoxikaci opiáty, budivými aminy a benzodiazepiny</b> .....	<b>26</b>
3.1 Ošetřování nemocných na MJIP ve FNKV.....	26
3.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje.....	26
3.1.2 Sledování nemocných.....	26

3.2 Možné ošetrovateľské diagnózy.....	27
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>28</b>
<b>4. Posouzení stavu pacienta.....</b>	<b>28</b>
4.1 Identifikační údaje.....	28
4.2 Výtah z lékařské dokumentace.....	28
4.2.1 Lékařská anamnéza.....	28
4.2.2 Vyšetření.....	30
4.2.3 Léčba.....	32
4.2.4 Závěr při příjmu.....	33
4.2.5 Fyzikální vyšetření sestrou.....	33
4.3 Posouzení stavu potřeb klienta dle Gordonové.....	34
4.3.1 Podpora zdraví.....	34
4.3.2 Výživa.....	34
4.3.3 Vylučování a výměna.....	34
4.3.4 Aktivita – odpočinek.....	35
4.3.5 Vnímání – poznávání.....	35
4.3.6 Vnímání sebe sama.....	35
4.3.7 Vztahy.....	35
4.3.8 Sexualita.....	35
4.3.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu.....	35
4.3.10 Životní princip.....	36
4.3.11 Bezpečnost – ochrana.....	36
4.3.12 Komfort.....	36
4.3.13 Růst/vývoj.....	36
<b>5. Ošetrovateľská péče.....</b>	<b>37</b>
5.1 Seznam ošetrovateľských diagnóz.....	37
5.2 Plán ošetrovateľské péče.....	38
5.2.1 Akutní bolest.....	38
5.2.2 Hypertermie.....	39
5.2.3 Riziko infekce.....	40
<b>6. Edukace pacienta.....</b>	<b>41</b>
6.1 Edukační list.....	41
6.2 Edukační záznam – realizace.....	41

6.3 Edukační plán.....	41
6.3.1 Cíl edukačního plánu.....	41
6.3.2 Význam.....	41
6.3.3 Kontrolní otázky pro sestru.....	42
6.3.4 Postup při zaškolování pacienta.....	42
6.3.5 Kontrolní otázky pro pacienta.....	42
<b>7. Zhodnocení ošetrovatelské péče.....</b>	<b>43</b>
<b>8. Prognóza.....</b>	<b>43</b>
<b>9. Závěr.....</b>	<b>43</b>
<b>10. Seznam informačních zdrojů.....</b>	<b>44</b>
10.1 Seznam literatury.....	44
10.2 Internetové zdroje.....	44
10.3 Seznam zkratk.....	45
<b>11. Přílohy.....</b>	<b>46</b>
11.1 Seznam příloh.....	46
Příloha č.1 – Slangový slovník	
Příloha č.2 – GCS	
Příloha č.3 – Analogová škála bolesti	
Příloha č. 4 – Oš. dokumentace dle M. Gordonové	
Příloha č. 5 – Záznam o edukaci	

## 1. Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování ošetrovatelské péče u pacienta, který byl přijat do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (dále jen FNKV) na oddělení metabolické jednotky intenzivní péče (dále jen MJIP) po intoxikaci opiáty, budivými aminy a benzodiazepiny.

Teoretická část bakalářské práce definuje a charakterizuje samotné onemocnění toxikomanie, zabývá se jejími projevy, klinickým obrazem při předávkování, komplikacemi. Dále se tato část práce věnuje diagnostice, terapii, prevenci a celkové prognóze tohoto onemocnění.

Jelikož poznatky pro tuto práci byly převážně získány na MJIP, je teoretická část uzavřena stručnou charakteristikou ošetrovatelské péče, která se na tomto oddělení při příjmu pacienta po intoxikaci provádí.

V praktické části jsou zmíněny základní údaje o pacientovi, údaje z lékařské anamnézy a vyšetření, které pacient na tomto oddělení podstoupil.

Ošetrovatelská část zahrnuje stručnou charakteristiku ošetrovatelské péče dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Analýzou informací ze zdravotní dokumentace, informací získaných od pacienta, ostatních členů týmu a vlastního pozorování jsme stanovili pacientovy ošetrovatelské diagnózy, kde podrobně zpracováváme ošetrovatelské cíle, ošetrovatelské plány, jejich realizaci a závěrečné hodnocení. Ošetrovatelské diagnózy v této práci mapují ošetrovatelskou péči o pacienta druhý den od jeho příjmu na oddělení.

Další kapitoly naší práce jsou věnovány edukaci pacienta a shrnutí problematiky v závěru. Práce je uzavřena přehledem použitých informačních zdrojů, seznamem zkratk a příloh.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 2. Klinická charakteristika toxikomanie

### 2.1 Definice toxikomanie

Toxikomanií se rozumí stav chorobného lpění na opakovaném podávání centrálně působící euforizující látky <sup>1</sup>.

### 2.2 Projevy toxikomanie

Euforie je navození příjemné nálady, duševní i tělesné pohody, pocit zvýšených fyzických i psychických schopností. Některé euforizující látky vyvolávají pocit blaženého klidu, jiné opojení, rozjařenost, další halucinace a snění.

#### 2.2.1 Závislost

Závislost je výraz, označující ztrátu volného rozhodování osoby, která je zcela pod vlivem euforizující látky, a je v podstatě shodný s výrazem toxikomanie.

Rozlišujeme u ní tři charakteristické jevy:

- a) psychická závislost je charakterizována nutkavou potřebou dalšího přívodu euforika, bez něhož se dostávají rozladění a deprese; nemocný je pro získání své drogy ochoten obětovat vše;
- b) somatická závislost je vyšším stupněm závislosti, pro něž jsou typické abstinenční příznaky. Dochází k nim při náhlém vysazení drogy a mají – podle druhu drogy – různé, ale vždy velmi nepříjemné důsledky (neklid, třes, zvracení, epileptické záchvaty);
- c) tolerance či návyk vzniká při opakovaném podávání většiny drog a představuje pomalé snižování účinku stejně vysokých dávek drogy. K dosažení původních účinků je tedy nutno aplikovat drogu ve stále větších dávkách.

---

<sup>1</sup> NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Portál 2001

## 2.2.2 Narkomanie

Narkomanie je termín znamenající závislost na prostředcích s narkotickým účinkem jako např. opium či morfin. Tyto látky, narkotika, působí tlumivě na centrální nervový systém (dále jen CNS) a mohou vést ke ztrátě vnímavosti, spojené se ztrátou vědomí<sup>2</sup>.

## 2.3 Charakteristika drog

Drogami jsou podle farmakologické definice suroviny, z nichž se vyrábějí léčiva, ačkoli léčivem může být i droga sama. Termínem „tvrdá droga“ jsou označovány látky s vysokým rizikem vzniku závislosti, např. morfin či heroin.

Drogy dělíme na:

1. legální - alkohol, cigarety, káva, čaj, léky, těkavé látky (toluen, benzin)
2. ilegální – a) opiáty - morfin
  - heroin
  - brown
  - kodein
  - benzodiazepinyb) stimulační drogy - kokain
  - pervitin
  - konopíc) halucinogeny - LSD
  - lysohlávky
  - extáze<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> DROGOVÁ PORADNA [online]. 2007. [cit. 2007- 04-19 ]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz>

<sup>3</sup> CENTRUM ADIKTOLOGIE [online]. 2009. [cit. 2009-03-24]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz>

## 2.4 Klinický obraz při aplikaci drogy

Klinický obraz při aplikaci drogy je velmi různorodý. Záleží na jejím druhu, způsobu aplikace a hlavně, zda se droga užije samostatně nebo v kombinaci ještě s jinou návykovou látkou<sup>4</sup>.

### 2.4.1 Klinický obraz při aplikaci opiátu

Opioidy ovlivňují (farmakologicky působí) na organismus prostřednictvím opioidních receptorů. Dále, jelikož tlumí CNS, se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti nebo jako léky proti kašli – tlumí tzv. kašlací reflex.

Opioidy potlačují percepční a lokalizační (vnímání a schopnost určení místa) i psychickou a emocionální složku bolesti, působí sedaci až ospalost a euforii.

Opioidy vyvolávají miózu (stažení zornice do typické velikosti špendlíkové hlavičky), centrálně také hypotermii - pokles tělesné teploty.

**Krevní oběh** - zvětšení průsvitu cévního řečiště, zpomalení srdeční akce, a tím pokles krevního tlaku.

**Dýchání** - opioidy svým centrálním účinkem zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Změlčení dechu může být takové, že intoxikovaný bývá cyanotický.

**Trávicí trakt** - opioidy vyvolávají těžkou zácpu (útlum motility a vzestup napětí hladkého svalstva).

**Urogenitální systém** - snížená produkce a retence moče pro vzestup napětí močového měchýře. Dochází také k vzestupu napětí dělohy a k poklesu motility řasinkového epitelu ve vejcovodech, a tím ke sterilitě.

**Kůže** - svědění, typické je poškrabování se po celém těle, a to i v bezvědomí.

---

<sup>4</sup> VACÍK, J. *Přehled středoškolské chemie*. SPN - Pedagogické nakladatelství, a.s. 1990

## 2.4.2 Klinický obraz při aplikaci stimulační drogy

Psychostimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS.

Psychostimulancia všeobecně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu), především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti.

Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné). Snižují chuť k jídlu.

Působí anxiogenně - vyvolávají úzkost, někdy umocňují trému. Užití může vést až k agresivitě a přecenění hranic psychosomatických možností. Na organismus působí jako periferní sympatomimetika (stimulují sympatikus) - způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence, bronchodilataci atd.

Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný kocovině. Dominuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů. Po delší "jízdě" není výjimečný několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s konzumací ohromného množství potravy (tzv. "vlčím" hladem).

Nadužívání psychostimulancií, buď dlouhodobě nebo jednorázově vysokých dávek, mohou vést k toxické psychóze. Podobným rizikem jsou zatíženy také halucinogenní látky. Stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu ("stíha", viz příloha 1).

Hlavní rysy toxických psychóz jsou:

- zřetelné paranoidní domněnky, že klientovi chce někdo ublížit
- zřetelná změna nálady
- zrakové, sluchové a taktilní (hmatové) halucinace.

Klinický obraz toxické psychózy je mnohdy neodlišitelný od schizofrenie a odlišení je nutné provést na základě i ostatních známek. Rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci, záleží na aktuálním stavu postiženého (chybí-li kontakt s realitou, jsou-li přítomny sebevražedné myšlenky a halucinace, není vyhnutí)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM [online]. 2007. [cit. 2007- 03-15]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz>

### 2.4.3 Klinický obraz při aplikaci halucinogenní drogy

Halucinogeny se vyznačují předem nevypočitatelným efektem. Průběh intoxikace závisí do značné míry na osobnosti uživatele a zevních podmínkách při intoxikaci.

Po užití vznikají většinou subjektivně nepříjemně pociťované psychické obtíže, pocení, bušení srdce, vzestup krevního tlaku, nevolnost, někdy může dojít i ke zvracení. Častým doprovodným tělesným efektem je sucho v ústech. Tyto příznaky souvisí s ovlivněním vegetativního nervového systému.

Ve druhé fázi dochází k výrazným změnám psychiky:

1. emoční prožívání - euforická nebo depresivní nálada, která může být provázena úzkostí a panikou (může vést až k agresivitě)
2. vnímání - poruchy ve vnímání časoprostoru, čas běží rychleji nebo naopak pomaleji, špatný odhad vzdáleností, změněné vnímání tvarů, pocity derealizace, při vyšších dávkách se dostávají halucinace
3. myšlení - bludné interpretace reality, snížení kritičnosti, soudnosti, přeceňování vlastních schopností a sil
4. chování a jednání - nápadně abnormální, intoxikovaný bývá hyperaktivní nebo naopak ztuhlý.

Po odeznění účinku může zmatenost přetrvávat. Uživatel má dojem, že se svět změnil a nikdy nebude již takový jako předtím. Symptomy odeznívající intoxikace pak mohou postupně mizet i několik dní <sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM [online]. 2007. [cit. 2007- 03-15]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz>

## 2.5 Komplikace vznikající při aplikaci drogy

Komplikace, které mohou při aplikaci drogy vzniknout, se od sebe liší podle druhu užití drogy, způsobu aplikace a jak již dříve zmíněno podle toho, zda byla či nebyla droga užitá spolu ještě s nějakou jinou návykovou látkou.

### 2.5.1 Komplikace vznikající při aplikaci opiátu

Při intoxikaci je v popředí sedace a příjemná euforie, která více než jiné účinky podléhá toleranci (tolerance znamená, že při opakovaném užití látky organismus "přivyká" na vysoké dávky a pro dosažení účinku, nebo normálního fungování, potřebuje vyšší dávku drogy). Opioidy ale mohou také vyvolat dysforii (rozladu), hlavně u žen. Obyčejně bývá spojena s nevolností, zvracením a neschopností koncentrace.

Dále opioidy, jak již dříve zmíněno, způsobují depresi dýchacího centra, pokles citlivosti na dráždivý účinek acidosis a CO<sub>2</sub>. Může dojít i k zástavě dechu, pak je nezbytné okamžitě zahájit řízené dýchání.

Prvními příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění. Intoxikovaný se poškrabuje po celém těle, a to i v bezvědomí. Dýchání je povrchní, je přítomna mióza, která v terminálním stadiu (stadium intoxikace, které bezprostředně předchází úmrtí; příčinou je mělké dýchání a nedostatečné okysličení krve) přechází v mydriázu (rozšíření zornice, v tomto případě je známkou těžké hypoxie CNS) a hyperreflexie (zvýšení všech somatických reflexů). Při chronickém užívání je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen. Dochází k etické degradaci individua. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé pseudohalucinace při usínání. Častá bývá nespavost, únava a podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a ke kachexii. Často dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy. Koloběh opatřování si drogy a výše uvedené poruchy mohou vést k sebevraždě <sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Portál 2001

## 2.5.2 Komplikace vznikající při aplikaci stimulační drogy

Užívání stimulantů představuje zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém. Stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je po celou dobu účinku připraven na vrcholový výkon se sníženou chutí k jídlu, což vede k velmi rychlému zhubnutí, někdy i o více než 10kg za měsíc. Uživatelé jsou mnohdy extrémě vyhublí, např. hmotnost 35kg při 170cm výšky.

Realimentace (znovuvykrmení) z takového stavu je potom dlouhodobá a organismus se dostává do původní kondice až za několik měsíců abstinence. Poznámka pro ty, kteří chtějí rychle zhubnout: návrat k původní hmotnosti po krátkodobém užívání je přibližně stejně rychlý jako její úbytek.

## 2.5.3 Komplikace vznikající při aplikaci halucinogenní drogy

Halucinace vyvolané halucinogeny bývají poměrně zajímavé. Často se jedná o barevné, strukturální vize, bizarní tvary, snové krajiny. Zostřené smyslové vnímání nabízí pestrou směsici tvarů a chutí. Intoxikovaný mívá dojem, že pochopil, co se v běžně používaných předmětech skrývá, a je překvapen pestrostí barev a tvarů.

Komplikace přicházejí v podobě toxické psychózy, panické reakci a agresivním chováním.

Nejvíce život ohrožující jsou tzv. flashbacky (v překladu záblesky paměti, jedná se o návrat stavu prožitého při intoxikaci s určitým časovým odstupem) a potenciálně mutagenní účinky některých látek. Takovýto stav končí mnohdy sebevraždou <sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Portál 2001

## 2.6 Diagnostika toxikomanie

Toxikomanii není zpravidla obtížné diagnostikovat. Již při příjmu na oddělení jsou na kůži patrné vpichy, dále hodně napoví pacientova anamnéza. Pacientova krev, moč či žaludeční obsah se odesílá na specializované toxikologické pracoviště, kde se droga v krvi definitivně prokáže.

## 2.7 Terapie

V drogové problematice se pojem léčba užívá v širším významu pro odbornou strukturovanou práci s klientem. Vyjma substituční léčby, substitučních programů, je léčebný proces směřovaný k abstinenci klienta. Jako léčbu v tomto širším pojetí označujeme i léčebné programy mimo zdravotnictví. Léčení používá různých metod od farmakoterapie (např. v počátku léčby při detoxifikaci) přes poradenství, sociální práci až po psychoterapii skupinovou či individuální. Podle typu se rozlišují léčby ambulantní a rezidenční. Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá.

Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče, doléčování, která pomůže klientovi obstát v životě po léčbě a zvyšuje efekt léčby<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM [online]. 2007. [cit. 2007- 03-15]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz>

### 2.7.1 Ambulantní léčba

Léčba, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit, nicméně měla by být ve všech případech zakotvena v dohodě klienta se zařízením či terapeutem.

Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou či přinejmenším není ohrožující. Jsou motivováni a jsou schopni větší sebekontroly v situaci, kdy jsou vlastně stále v kontaktu s prostředím, ve kterém drogy užívali. Z toho vyplývá, že u lidí, kteří brali drogy velmi dlouho, třeba deset let, a jejich zázemí je mizerné, je vhodnější spíše uvažovat o jiném typu léčby než ambulantní.

Za účinnou se považuje léčba až od délky tří měsíců, s frekvencí kontaktů s léčebným zařízením minimálně dvakrát až třikrát týdně.

### 2.7.2 Ústavní léčba

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řešit nejrůznější problémy, které se týkají jeho předchozího života ať už na drogách nebo bez nich, získat komunikační, sociální dovednosti. Využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, klienti mohou využít poradenství v sociálně právních problémech.

V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou nebo partnerem klienta.

Léčení může být krátkodobé, tj. léčba trvá do cca 2 měsíce, střednědobé, tj. od 2-3 měsíců do cca 6 měsíců, dlouhodobé, v délce od půl roku do jednoho roku, výjimečně až dvou let.

Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá obvykle v lékařských zařízeních, psychiatrických léčebnách (pro tento typ léčby se užívá pojem ústavní léčba).

Dlouhodobá léčba probíhá vesměs v terapeutických komunitách, tradičně je délka dlouhodobé léčby v komunitě kolem jednoho roku. Pro tento typ léčby se obvykle užívá pojem rezidenční<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> DROP IN [online]. 2009. [cit. 2009-03-28]. Dostupné z: <http://www.dropin.cz/>

### 2.7.3 Detoxikace

Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivé látky. Zbavení se, vyčištění se, od návykové látky se může dít buď bez použití léků, nebo za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinčních příznaků.

Detoxifikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození.

Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikační centrum.

Tradiční detoxifikace se prováděla a v současnosti stále provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Klient je přijímán na „detox“ ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinčními příznaky. Pokud se k detoxifikaci používá medikace, předepisuje se obvykle látka, která má podobné účinky a je podobného charakteru jako droga, kterou dotyčný užíval. Při předchozím užívání heroínu se používá obvykle metadon či buprenorfin (Subutex), někdy jiné tlumivé látky (benzodiazepiny).

Dávkování je určeno tak, aby byly ulehčeny odvykací příznaky, ale aby nedošlo k intoxikaci jako na droze, dávka se postupně snižuje.

Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní po té, co odezněly abstinční příznaky. Pokud je klient propuštěn dříve, detoxikace není dokončena, hrozí výrazné riziko relapsu (situaci, kdy si po nějaké době abstinence dotyčný opět drogu vezme). Dále je tu velké riziko, že když si klient vezme dávku, na kterou byl před „detoxem“ nastaven, může u něj dojít k předávkování.

V současnosti již není přímo pobyt na detoxifikační jednotce jedinou variantou „detoxu“, je možné volit i alternativu ambulantní, „domácí“ detoxifikace, která probíhá v domácím prostředí a klient dochází za lékařem ambulantně nebo lékařský personál dochází za ním.

Detoxifikace trvá zpravidla od několika dní do cca 14 dnů, to závisí na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a dalších faktorech <sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM [online]. 2007. [cit. 2007- 03-15]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz>

### **2.7.3.1 Detoxikace na jednotkách intenzivní péče**

Dojde-li k intoxikaci organismu drogou v takové míře, že je klient ohrožen na životě, dochází zpravidla k převozu na MJIP.

Na těchto jednotkách je pacient monitorován, dojde-li k zástavě dechu, je pacient napojen na dýchací přístroj.

Dále velmi záleží na druhu intoxikace, např. jedná-li se o perorální (dále jen p.o.) užití drogy, provádí se výplach žaludku, po kterém následuje aplikace roztoku carbo medicinalis v rozmezí po 2 - 3 hodinách.

Máme-li podezření na intravenózní aplikaci (dále jen i.v.), podává se antidotum (pokud je pro danou látku k dispozici) pro předejití dalších možných komplikací.

MJIP opouští pacient nejdříve po uplynutí 24 hodin (velmi záleží na zdravotním stavu pacienta) a o jeho dalším osudu se většinou rozhoduje na ambulanci psychiatrické kliniky.

### **2.7.4 Substituční léčba**

Substituce („nahrazení“) je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu).

Cílem substituce je eliminování užívání určité, především ilegální, drogy nebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázena výraznými zdravotními riziky (injekční aplikace). Doba jejího trvání může být velmi různá. Je to od několika týdnů, měsíců či let, kdy je léčba zaměřena na časově ohraničený přechod mezi užíváním drog a abstinencí u uživatelů drog, v průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu a sociální situace klienta. Klient postupně snižuje dávky substituční látky až k úplnému vysazení.

Doba substituční léčby závisí na individuální situaci klienta a stanoví se na základě podmínek zařízení, ve kterém substituční léčba probíhá. Někdy, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání, kdy se nepředpokládá taková změna životního stylu a motivace k abstinenci, může být substituce časově neomezená.

Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit osobní problémy, sociální situaci<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM [online]. 2007. [cit. 2007- 03-15]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz>

## 2.7.5 Doléčení

Následná péče, doléčování, je péče poskytnutá klientovi po odchodu z léčby, v širším pojetí se týká všech služeb, které klient po léčbě využije, od pracovního poradenství přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy.

V užším pojetí je to péče zaměřená na podporu a udržení abstinence po léčbě. Jde především o zvládnutí obtížné situace po příchodu z léčby, kdy klient konfrontuje poznatky a dovednosti z léčby s „normálním“ životem, mnoho věcí se učí a s mnoha se potýká, čeká na něj hledání práce, bydlení, dokončení školy apod.

Může nastat situace, že klient „uklouzne“, jednorázově si drogu opět vezme (relaps). Pokud je v kontaktu s odborníkem, je možné situaci zvládnout, poučit se, aniž by muselo dojít k opětovnému intenzivnímu užívání drogy.

Doléčovací centra využívají obvykle strukturovaný program, zahrnující ambulantní individuální a skupinovou terapii, poradenství v sociální sféře, především ohledně získání zaměstnání po léčbě a vyřešení právních problémů z minulosti.

Některá doléčovací centra poskytují pro klienty po absolvování léčby chráněné bydlení.

Chráněné bydlení je možnost ubytování na určitou omezenou dobu (zpravidla 6 měsíců až jeden rok) pro lidi, kteří se po příchodu z léčby nemají kam vrátit nebo je jejich rodinné a sociální zázemí problematické a ohrožující. Za pobyt na chráněném bydlení se platí nízký nájem a klient je vázán určitými povinnostmi. Má možnost terapeutické podpory, dochází do doléčovacího programu.

Za základní pravidla se považuje to, že klient nesmí přinést drogy nebo alkohol na chráněné bydlení a nesmí být v chráněných prostorách pod vlivem drogy.

Dobu strávenou na chráněném bydlení má klient využít k tomu, aby zvládl rizikové období po příchodu z léčby, osamostatnil se a zajistil si svoje bydlení, kam půjde po odchodu z chráněného bydlení<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM [online]. 2007. [cit. 2007- 03-15]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz>

## 2.8 Prevence

Problematika kontroly drog není samozřejmě řešena pouze na úrovni jednotlivých států (i když tato úroveň je co do významu dominantní), ale též na úrovni mezinárodní. Zde existuje celá řada institucí, které se touto činností zabývají - nejdůležitější je v současné době OSN a v jeho rámci Komise pro omamné látky a INCB (Mezinárodní výbor pro kontrolu drog). Mezinárodní kontrola drog je založena na mezinárodním právu tvořeném tzv. "úmluvami".

Mezinárodní právo regulující kontrolu drog bylo od samého počátku právem smluvním. První mezinárodní úpravy kontroly drog spadají do období na začátku 20. století, kdy se problém s rostoucím pohybem drog z jedné země do druhé stal zřejmým. Fungování celého mezinárodního kontrolního systému, vybudovaného na těchto smlouvách, spočívá v podstatě na stejných výchozích principech. Jde o národní kontrolu vykonávanou jednotlivými státy v rámci jejich kompetence (převážně územní) a v souladu s mezinárodními smlouvami, jejichž jsou stranami. Každá smluvní strana musí přijmout odpovídající zákonodárství a nezbytná administrativní opatření, jakož i spolupracovat při realizaci mezinárodních závazků s ostatními státy a příslušnými mezinárodními orgány pro kontrolu drog, zřízenými k tomuto účelu smlouvami.

Cesta k poznání nebezpečí drog a nezbytnosti mezinárodní spolupráce při jejich kontrole nebyla přímá a jednoduchá - svědčí o tom prehistorie mezinárodní kontroly drog poznamenaná několika "opiovými válkami" v polovině 19. století. Teprve na přelomu 19. a 20. století se začala utvářet snaha o regulaci drog, zejména opia, která vyvrcholila svoláním první konference v Šanghaji r. 1909. Tato konference se stala odrazovým můstkem pro vytvoření první mezinárodní úmluvy z r. 1912, na kterou pak navázaly úmluvy další až do dnešních dnů.

Ani dnes ale není zdaleka vyhráno, protože za drogami se vždy skrýval obrovský byznys, a proti němu se bojuje velmi těžce. Odborníci z OSN jsou si toho vědomi, a proto vytvořili ve dnech 23. - 27. 9. 1996 ve Vídni Vzorový zákon o nezákonném obchodování s drogami a o deliktech s tím souvisejících. Je zamýšlen výhradně jako vodítko pro země, které chtějí uzákonit nebo zmodernizovat své trestní právo týkající se drogové kontroly <sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> DROGOVÁ PORADNA [online]. 2007. [cit. 2007- 04-19 ]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz>

## 2.8.1 Prevence, rozdělení

**Primární prevence** má za cíl předcházet problémům s návykovými látkami u těch, kdo je ještě nezačali užívat.

**Sekundární prevence** se také nazývá časnou intervencí. Jejím cílem je intervenovat u toho, kdo začal návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil. Cílem je zneužívání návykových látek a s ním spojené problémy zastavit nebo omezit na co nejnižší míru.

**Terciální prevence** je fakticky léčba závislosti na návykových látkách.

### 2.8.1.1 Prevence primární

Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Preventivní aktivity se mohou zaměřovat na celou populaci, jako je například využití masových médií ve vzdělávání široké veřejnosti, na komunitně zaměřené iniciativy nebo programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí.

Primární prevence se může zaměřovat také na ohroženou populaci jako jsou např. „děti ulice“, záškoláci, mladiství delikventi nebo děti uživatelů drog.

V podstatě primární prevence zahrnuje tyto složky:

1. Vytváření povědomí a informovanosti o drogách, nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním.
2. Podpora protidrogových postojů a norem.
3. Posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog.
4. Posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů.
5. Podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího životního stylu bez drog.

Primární prevence v podobě pouhého odstrašování nebo pouze informování o drogách se jeví jako neúčinná, musí být založena na více faktorech. Prevence by neměla být úzce zaměřena jen na drogy, důležité je propojení s prevencí před ostatními rizikovými návyky a chováním. Důležité je posilování sociálních, komunikačních dovedností, aktivity zaměřené na sebepoznání, vybudování důvěry a vztahu s dětmi, na které je primární prevence cílena.

Poskytované informace o návykových látkách nesmí být jednostranné a zastrašující, ale objektivní, pravdivé.

Jednou z forem primární prevence jsou rozšířené „peer programy“, kdy jsou pro šíření primárně preventivních informací vyškoleni „peeri“ - vrstevníci (lidé stejného věku, ale i ze stejné sociokulturní skupiny, se stejným zázemím), kteří v rámci své vrstevnické „peer“ skupiny podporují zdravé normy a způsoby chování a odmítají nezdravé návyky.

„Peeri“ absolvují školení a získají informace o problematice, které pak předávají svým vrstevníkům.

Využívá se také studentů, věkově starších než je cílová skupina, na kterou mají preventivně působit, především se jedná o speciálně vyškolené studenty humanitních oborů vysokých škol, kteří pracují s cílovou skupinou po nějaké časové období, někdy i po několik let (např. dobrovolníci, kteří jsou vyškoleni pro provádění primární prevence na základní škole a setkávají se svou stále stejnou skupinou žáků od jejich šesté do deváté třídy).

Další velmi novou formou primární prevence jsou tzv. nízkoprahové kluby pro děti a práce s ohroženými dětmi přímo na ulici. Nízkoprahové kluby (odborně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež - NZDM) jsou určeny dětem a mládeži, které tráví svůj volný čas touláním na ulici, v partě či jinak neorganizovaně. Navštěvovat je mohou všichni - od jedničkářů z gymnázia přes vyznavače alternativního způsobu života až po "průšviháře" ze zvláštní školy. Jsou v podstatě volnočasovou alternativou k různým zájmovým útvarům kroužkům a jiným organizovaným aktivitám, navíc ale poskytují poradenství a sociální servis.

Existují organizace, které se zabývají prováděním primární prevence např. na školách, organizace, které vzdělávají učitele a vychovatele v tom, jak mají preventivně na děti působit.

Existují i centra, která nabízí informační setkání pro rodiče, kteří se snaží působit v tomto ohledu na své potomky.

Na každé základní či střední škole by měli mít na starost problematiku primární prevence a vůbec oblast drogové problematiky drogoví preventisté.

Na obecních úřadech se zabývají touto problematikou protidrogoví koordinátoři, kteří se jednak podílí na plánování protidrogové politiky na místní úrovni včetně primární prevence a mají informace o situaci a službách dostupných v regionu.

V rámci primární prevence a informovanosti o drogách, případně možnosti anonymního kontaktu a poradenství, se také začíná využívat i internetu, ať už jako zdroje informací ze stránek organizací, které se zabývají drogovou problematikou nebo prostřednictvím internetových poraden<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> DROGOVÁ PORADNA [online]. 2007. [cit. 2007- 04-19 ]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz>

## 2.9 Prognóza

Prognóza úplného vyléčení se z toxikomanie je bohužel k dnešnímu dni velmi nepříznivá.

Spousta narkomanů svůj problém závislosti neřeší, jsou s drogou už natolik sžiti, že jejich další existence bez ní je pro ně téměř nemyslitelná.

Existuje velmi malé procento úspěšně vyléčených, u většiny z nich však byla v krvi prokázána přítomnost viru HIV (Human Immunodeficiency Virus = virus lidského imunodeficitu) nebo viru hepatitidy C. Tyto komplikace spíše nahrávají k opětovnému návratu do komunity toxikomanů.

### **3. Ošetrovatelská péče u pacienta po intoxikaci opiáty, budivými aminy a benzodiazepiny**

#### **3.1 Ošetřování nemocných na MJIP ve FNKV**

##### **3.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje**

Intoxikované pacienty přijímáme na prosklené třílůžkové boxy, s možností zatažení závěsu pro soukromí, při toaletě, návštěvě a v době nočního klidu.

Aktivní polohovací lůžko je přístupné ze 3 stran s možností zábran, v případě hrozícího pádu pacienta.

Boxy jsou vybaveny podle standardu pro intenzivní péči, tzn. monitorem, rampou pro infúzní pumpy a lineární dávkovače, výstupem pro napojení kyslíku, vzduchu, vakua, elektrickým zálohovaným zdrojem. K dispozici je zařízení pro umělou plicní ventilaci, dialýzu, plasmaferézu, kontinuální eliminační metody a dále kompletní diagnostické a laboratorní zázemí fakultní nemocnice, jakož i návaznost na ostatní obory.

Dále jsou boxy vybaveny základními infúzními roztoky, léky k i.v. aplikaci, převazovým materiálem, hygienickými pomůckami, umyvadlem, močovou láhví pro muže a podložní mísou pro ženy.

##### **3.1.2 Sledování nemocných**

Po přijetí je pacient napojen na monitor, který kontinuálně zaznamenává EKG křivku, tepovou frekvenci, krevní tlak, dechovou frekvenci a saturaci kyslíkem. Frekvence měření krevního tlaku je nastavena dle potřeby a zdravotního stavu pacienta.

Každému pacientovi je zajištěn žilní vstup, ať v podobě periferní kanyly, či kanyly centrální, dále je zaveden permanentní močový katetr pro sledování výdeje tekutin.

### **3.2 Možné ošetrovateľské diagnózy**

00032 Neefektívny dýchanie

00122 Porucha smyslového vnímania

00128 Akutná zmatenosť

00039 Riziko aspirácie

00140 Riziko násilí voči sebe

00138 Riziko násilí voči iným

00004 Riziko infekcie

00047 Riziko porušenia kožnej integrity

00155 Riziko pádov

00025 Riziko nevyváženého objemu telesných tekutín

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 4. Posouzení stavu pacienta

Pacient přivezen RZS v bezvědomí, veškerá lékařská anamnéza odebrána za pomoci matky.

#### 4.1 Identifikační údaje

Pacient J.D. má 29 let, trvale žijící sám v bytě v Praze, nezaměstnaný.

#### 4.2 Výtah z lékařské dokumentace

##### 4.2.1 Lékařská anamnéza

##### **Rodinná anamnéza**

Otec alergik, matka trpí vředovou chorobou. Sourozenci: 1, zdrav. Děti: nemá.

##### **Osobní anamnéza**

Předchozí onemocnění – běžné dětské nemoci.

2000 – toxikomanie (pervitin),

2004 – toxikomanie relaps,

Nyní – cca 1,5 roku abstinující při léčbě hepatitidy C Interferonem, sledován psychiatricky v Motole.

**Onemocnění plic, ledvin, štítné žlázy, vředovou chorobu, pohlavní nemoc-vše neguje.**

**Úrazy-0, glaukom-0, krvácení v anamnéze-0,bezvědomí-0**

**Alergie** – neudává

**Abusus** – kouření: cca. 40/den, alkohol: pravidelně, cca. 7 let užívání pervitinu  
(množství matka neví)

**Pracovní anamnéza** – nezaměstnaný

##### **Farmakologická anamnéza**

Pacient užívá Interferon tbl. Dávkování matka neví.

## **Nynější onemocnění**

Pacient byl v bezvědomí přivezen RZS pro akutní intoxikaci, primární diagnosou je toxikomanie – dlouhodobé užívání pervitinu s aktuální intoxikací MST v množství cca 5 tablet, dále snad Morphinem a Diazepamem. Pacient je umístěn na MJIP. Po podání 2 ampulí Intrenonu, které byly podány RZS, přechodné zlepšení kvantitativního stavu vědomí.

### **Stav při přijetí**

Váha, výška – nelze

### **Status praesents**

TK 110/70, TF 90' pravidelný, DF 12, SpO2 96%, TT 38,2°C, GCS 7 (E1,V2,M5), kůže růžová, přiměřeného turgoru, bez eflorescencí. Anikterický, bez cyanózy.

### **Hlava**

Inervace nervus facialis zachována, bulby oční ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu při nespolupráci. Zornice izokorické, reagují. Spojivky hyperemické, skléry bílé. Jazyk sušší, bez povlaku. Nosohltan klidný, tonsily nezvětšené.

### **Krk**

Uzliny nejsou hmatné, karotidy tepou souměrně, bez šelestu, náplň krčních žil nezvětšená. Štítná žláza není hmatná.

### **Hrudník**

Souměrný, mammy bez rezistence. Plíce: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové, přenesené fenomény z HCD. Srdce: akce pravidelná, 2 ozvy ohraničené, bez šelestů.

### **Břicho**

Měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, bez známek ascitu. Játra a slezina nezvětšeny. Tapottement nelze. Jizvy po operacích nejsou patrné.

### **Páteř**

Nelze.

### **Končetiny**

Horní končetiny: bez otoků, četné vpichy, pulsace hmatná na arteria radialis i arteria ulnares bilat.

Dolní končetiny: bez otoků, kůže srovnatelné barvy i teploty, palpance lýtek nebolestivá.

Homansův příznak negativní. Varixy nejsou přítomny, pulsace hmatná na arteria femoralis dx, sin., šelesty v tříselech ani v podbřišku nejsou.

### **Per rectum**

Ampula volná, prostata nezvětšená, ohraničená, elastická. Stolice hnědá.

### Neurologický nález

Bez poruch inervace, reflexy výbavné, bez meningeálních příznaků, bez lateralizace, GCS 7, bez známek traumatu lbi.

### Preventivní onkologická prohlídka

Negativní.

### 4.2.2 Vyšetření

#### Biochemie - krev

*Referenční hodnoty*

S - Na	143	135-146 mmol/l
S - K	<b>5,5</b>	3,5 – 5,4 mmol/l
S - Cl	106	97 – 109 mmol/l
S - Urea	5,9	2,8 – 8,3 mmol/l
S - Kreatinin	126	71 – 133 µmol/l
S - Bilirubin	9,7	do 22 µmol/l
S - ALT	<b>2,23</b>	do 0,75 µkat/l
S - AST	<b>2,50</b>	do 0,75 µkat/l
S - AMS	1,26	0,5 – 1,8 µkat/l
S - CK	<b>&gt;25,0</b>	do 3,2 µkat/l
S – Celk. bílkovina	78,0	65 – 85 g/l
S - Albumin	45,0	34 – 50 g/l
S - Glukosa	5,11	3,6 – 6,1 mmol/l
S - Osmolalita	294	275 – 295 mmol/kg
S - Alkohol	0,0	0,0 g/l
P - Laktat	1,50	0,6 – 2,4 mmol/l
S - CRP	11,2	do 12 mg/l

#### Astrup – kapilární

*Referenční hodnoty*

pH	7,340	7,36 – 7,44
pCO	5,90	4,5 – 6,1 kPa
pO	11,75	9,4 – 14,7 kPa
BE	-2,1	-3 až +3
O sat.	95,9 %	100 %

**Biochemie - moč***Referenční hodnoty*

U - AMS	9,22	0,5 – 10,7 µkat/l
U - pH	kys.	kys.
U - Bílkovina	<b>0 - 1</b>	nemá se vyskytnout
U - Glukosa	0	nemá se vyskytnout
U - Ketolátky	<b>1</b>	nemá se vyskytnout
U - Krev	<b>0 - 1</b>	nemá se vyskytnout
MS - Ery	<b>2 - 4</b>	nemá se vyskytnout
U -UBG	0	nemá se vyskytnout
U - Bil.	0	nemá se vyskytnout

**Krevní obraz***Referenční hodnoty*

WBC	<b>13,7</b>	4 – 10 x 10 <sup>9</sup> /l
ERY	5,36	4,5 – 6,3 x 10 <sup>12</sup> /l
HGB	16,6	14,0 – 18,0 g/dl
HCT	48,1	38 – 52 %
MCV	89,7	77 – 97 fl
MCH	31,00	27 – 33 pg
MCHC	34,50	32 – 36 g/dl
PLT	306	120 – 440 x 10 <sup>9</sup> /l

**Koagulační vyšetření***Referenční hodnoty*

INR	0,92	0,8 – 1,2
-----	------	-----------

**Imunochemie***Referenční hodnoty*

anti – HAV IgM	negativní	negativní
HBsAg	negativní	negativní
anti – HCV total	<b>pozitivní</b>	negativní

**Transfuzní oddělení***Referenční hodnoty*

anti HIV I, II protil.	negativní	negativní
------------------------	-----------	-----------

## **Toxikologie**

*Screening moč:* kanabinoidy negativní, opiáty záchyt, budivé aminy záchyt.

*Screening sérum:* tricyklická antidepresiva negativní, barbituráty negativní, benzodiazepiny záchyt.

*Žaludeční výplach:* metamfetamin, trimecain.

*Moč:* nikotin, pervitin, efedrin, metabolity flunitrazepamu, diazepam, morfin.

Pacient dále podstoupil RTG S+P (srdce+plíce) na lůžku - bez nálezu, EKG vyšetření – sinusový rytmus, TF 90/min, tvarově křivka bez vývoje.

### **4.2.3 Léčba**

Z důvodu zajištění pacienta zavedena nasogastrická sonda (dále jen NGS) a periferní žilní katetr do levé horní končetiny (dále jen LHK).

*NGS*

Carbo 60g ve 14, 18, 21 hod.

Lactulosa 20ml ve 14, 18, 21 hod.

*S.C.*

Fraxiparine 0,3ml v 18 hod.

*I.V.*

Quamatel 1amp. ve 12, 20, 06 hod.

*INFUZE*

I. FR 500ml do 13 hod.

II. FR 500ml + 2amp. Thiamin 13 – 15 hod.

III. FR 500ml 13 – 15 hod.

IV. FR 500ml 18 – 21 hod.

V. Plasmalyte 1000ml 21 – 06 hod.

*Neplánovaná ordinace*

Furosemid 40mg i.v. ve 12 hod.

Anexate 2ml i.v. ve 12 hod.

#### **4.2.4 Závěr při příjmu**

Podle všech dostupných výsledků byl pacient intoxikován opiáty, budivými aminy a benzodiazepiny. Pacient t.č. febrilní – ATB dle vývoje.

#### **4.2.5 Fyzikální vyšetření sestrou**

##### **Základní fyzikální vyšetření sestrou**

###### *1. Pohled*

Vzhled - neupravený, pacient je pomočený.

Konstituce – normostenik.

Poloha – pasivní na zádech.

Motorika – snížená hybnost, neklidný.

Kůže – opocená, barva růžová, na horních končetinách zřejmé vpichy.

Dutina ústní, sliznice - sliznice vlhká, nos čistý.

###### *2. Pohmat*

Svalový tonus – v normě.

Kožní turgor – normální.

###### *3. Vyšetření čichem*

Kůže – čpavá, kyselá.

###### *4. Vědomí*

Vědomí – sopor, GCS 7 (viz příloha 2)

###### *5. Celkový stav*

Dýchání – eupnoe, SpO2 97%

TT – 38,1°C

TK – 110/70

TF – 90´

DF – 13

### 4.3 Posouzení stavu potřeb klienta dle Gordonové

Model Majory Gordonové se nazývá „Model funkčních vzorců zdraví“ a je odvozený z interakcí osoba – prostředí.

Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce, jeho rámec tvoří 13 specifických oblastí, které jsou postupně předloženy v diagnostických doménách druhé taxonomie NANDA - International<sup>16</sup>: podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita - odpočinek, vnímání - poznávání, vnímání sebe sama, vztahy, sexualita, zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost – ochrana, komfort, růst/vývoj.

Při kontaktu s klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví a následně sestavuje plán ošetrovatelské péče.

Jelikož byl pan J.D. při příjmu na oddělení soporózní, došlo u něj k posouzení jeho potřeb až po 15 hodinách od příjmu.

#### 4.3.1 Podpora zdraví

Pacient svůj zdravotní stav vnímá jako „docela v pohodě“. Se svou závislostí si hlavu neláme, má v plánu nastoupit léčení.

Oš. problém: *nutná edukace v oblasti vlivu drogy na organismus.*

#### 4.3.2 Výživa

O jídlo nouzi nemá, maminka mu pravidelně nakupuje a vaří, nadváhou ani podvýživou netrpí. Nejraději jí maso.

Pitný režim moc nedodržuje, neví, kolik by měl za den vypít tekutin. Má trochu pocit žízně. Dále přiznává nadměrný přísun alkoholu (cca 5 piv + ½ l tvrdého alkoholu/24 hodin).

Oš. problém: *nedodržování pitného režimu – nutná edukace, nadměra alkoholu.*

#### 4.3.3 Vylučování a výměna

Klient je plně kontinentní. Problémy s močením nemá, občas trpí zácpou. Na MJIP je jeho příjem a výdej tekutin měřen každé 3 hodiny, jeho bilance je vyrovnaná.

Oš. problém: *žádný.*

---

<sup>16</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Grada Publishing, a.s., 2006

#### **4.3.4 Aktivita – odpočinek**

Pacient se cítí mírně unavený, v noci špatně spal. Osobní hygienu zvládl ráno sám, taktéž návštěvu toalety.

Ve svém volném čase pravidelně navštěvuje kluby a diskotéky, kde tančí.

Oš. problém: *mírná únava, porucha spánku.*

#### **4.3.5 Vnímání - poznávání**

Pacient je orientován místem, časem, prostorem i osobou. Poruchou smyslového ústrojí netrpí, na otázky odpovídá adekvátně.

Oš. problém: *žádný.*

#### **4.3.6 Vnímání sebe sama**

Pacient sám sebe hodnotí jako realistu a optimistu, uvědomuje si, že svojí závislostí ničí především matku, ta ho v jeho rozhodnutí nastoupit léčení podporuje, nicméně mu už nevěří.

Oš. problém: *riziko osamělosti.*

#### **4.3.7 Vztahy**

Klient žije sám v bytě, kde ho často navštěvuje matka a jeho přátelé. Rád chodí do společnosti, s navazováním nových kontaktů nemá problém. Do práce nechodí, je hlášen na Úřadu práce jako nezaměstnaný.

Oš. problém: *chybí motivace k hledání práce.*

#### **4.3.8 Sexualita**

Stálou přítelkyni pacient nemá. Připouští občasný pohlavní styk s náhodnou známostí, při němž používá kondom.

Oš. problém: *žádný.*

#### **4.3.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu**

Stres řeší klient většinou alkoholem, cigaretami, připouští i aplikaci různých drog. To, že tím nic na dlouho nevyřeší si uvědomuje.

Oš. problém: *nevhodné řešení stresu.*

#### **4.3.10 Životní princip**

Pacient věří, že každý člověk má svůj osud. Oficiálně se k žádné víře nehlásí. Zdraví je u něj v jeho žebříčku hodnot na prvním místě.

Oš. problém: *žádný*.

#### **4.3.11 Bezpečnost – ochrana**

Ode dne příjmu má pacient zaveden periferní žilní katetr a permanentní močový katetr. Klient chápe důvod zavedení i zásady prevence infekce zavedených vstupů.

Od příjmu na oddělení je pacient febrilní, jeho teplota zatím neklesla pod 38°C, lékař ordinuje léčbu antibiotiky, dále Paralen supp. SOS.

Oš. problém: *riziko infekce ze zavedených vstupů, hypertermie*.

#### **4.3.12 Komfort**

Pacient si stěžuje na bolest pravé horní končetiny, při bližším vyšetření zjištěna nápadná zarudlost kůže, místo je na pohmat teplé. Lékař je o všem informován. Následuje chirurgické vyšetření, kde je diagnostikována flegmóna. Ordinance SOS: Dolsin 50mg s.c.

Oš. problém: *bolest pravé horní končetiny*.

#### **4.3.13 Růst/vývoj**

Pacientův růst a vývoj je v normě. Léčba hepatits C Interferonem, operace ani vážnější úraz neprodělal.

Oš. problém: *žádný*.

## 5. Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila druhý den pobytu pana J.D. na oddělení a to ze získaných informací, rozhovorem s klientem a jeho matkou, pozorováním klienta, z jeho zdravotní dokumentace.

Klienta jsem s diagnózami seznámila a dohodla se s ním na jejich seřazení podle důležitosti.

### 5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

00132 Akutní bolest pravé horní končetiny z důvodu vzniklé flegmóny, projevující se verbalizací, stupněm 5 na analogové škále bolesti (viz příloha 3).

00007 Hypertermie v souvislosti se vzniklou flegmónou na PHK projevující se zvýšenou teplotou nad 38°C a zvýšeným pocením.

00095 Porušený spánek způsobený bolestí a změnou prostředí, projevující se mírnou únavou a verbalizací.

00126 Deficitní znalost z důvodu závislosti, projevující se nevhodným řešením stresu tzn. opakovaným užíváním škodlivých látek, nedodržováním pitného režimu.

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením periferní žilní kanyly a permanentního močového katetru.

00054 Riziko osamělosti z důvodu závislosti na návykových látkách.

## 5.2 Plán ošetrovatelské péče

Z důvodu rozsáhlosti oš. diagnóz u tohoto pacienta, jsem podrobně rozepsala 3 diagnózy, zbytek je pouze zmíněn.

**5.2.1 /00132/ Akutní bolest** pravé horní končetiny z důvodu vzniklé flegmóny, projevující se verbalizací, stupněm 5 na analogové škále bolesti.

**Cíl krátkodobý:** pacient má zmírněnou bolest o 1 stupeň do 2 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** pacient nemá bolest do ukončení hospitalizace.

**Priorita:** vysoká.

**Výsledná kritéria:** pacient zná příčiny bolesti a vyvolávající podněty do ½ hodiny

pacient zná možnosti tlumení bolesti analgetiky do ½ hodiny

pacient zná účinky analgetik do ½ hodiny

pacient zná analogovou škálu bolesti a umí zhodnotit zhoršení nebo zlepšení bolesti do 2 hodin

pacient má sníženou bolest o 1 stupeň do 2 hodin

pacient je do ukončení hospitalizace bez bolesti.

**Plán intervencí:** seznam pacienta s příčinou bolesti (lékař, prim. sestra)

seznam pacienta s vyvolávajícími podněty bolesti (lékař, prim. sestra)

seznam pacienta s možnostmi tlumení bolesti analgetiky (lékař, prim. sestra)

sleduj a zaznamenávej účinky analgetik do 30 minut po podání (prim. sestra)

podávej analgetika dle ordinace lékaře a aktuální potřeby pacienta (prim. sestra).

**Realizace:** Pacienta jsem s příčinou bolesti seznámila a informovala jsem ho o možnosti podání analgetik.

Intenzitu bolesti sleduji během celé denní směny, zaznamenávám ji do oš. dokumentace, o jejím vývoji informuji lékaře. SOS medikaci aplikuji dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Po aplikaci Dolsinu dochází ke zmírnění bolesti o 2 stupně na analogové škále bolesti. Po odeznění účinku léku bolest stále přetrvává. Cíl splněn částečně, úprava oš. plánu.

**5.2.2 /00007/ Hypertermie** v souvislosti se vzniklou flegmónou na PHK projevující se zvýšenou teplotou nad 38°C a zvýšeným pocením.

**Cíl krátkodobý:** pacient je afebrilní.

**Priorita:** vysoká.

**Výsledná kritéria:** pacient zná příčiny hypertermie a zvýšeného pocení do 15 minut

pacient je informován o možnosti medikamentózní léčbě hypertermie do 15 minut

pacient je informován o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin do 15 minut

pacient je informován o nutnosti časté výměny ložního prádla do 15 minut

pacient je afebrilní a zvýšeně se nepotí do 48 hodin.

**Intervence:** pouč pacienta o příčinách hypertermie do 15 minut (prim. sestra)

pouč pacienta o možnosti medikace SOS do 15 minut (prim. sestra)

informuj pacienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin do 15 minut (prim. sestra)

tekutiny aktivně nabízej během celé služby (prim. sestra)

sleduj příjem a výdej tekutin během celé služby dle ordinace lékaře, vše zaznamenávej do dokumentace (prim. sestra)

informuj pacienta o nutnosti časté výměny ložního prádla do 15 minut (prim. sestra)

teplotu pacienta měř dle ordinace lékaře, vše zaznamenávej do dokumentace (prim. sestra).

**Realizace:** Pacienta jsem poučila o příčinách hypertermie, možnosti SOS medikace, o nutnosti zvýšení příjmu tekutin i o nutnosti časté výměny ložního prádla. Během své služby jsem aktivně nabízela tekutiny, zaznamenávala pacientovu teplotu i příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Hypertermie u pacienta i po podání Paralenu tbl. Přetrvává, lékař je informován.

Cíl nesplněn, úprava oš. plánu.

**5.2.3 /00004/ Riziko infekce** v souvislosti se zavedením periferní žilní kanyly a permanentního močového katetru.

**Cíl:** místa zavedení vstupů nejeví známky infekce.

**Intervence:** posuď příčiny a rizikové faktory vzniku infekce (prim. sestra)

odstraň stávající rizikové faktory pro vznik infekce (prim. sestra)

pouč pacienta o způsobu, jak snížit riziko vzniku infekce (prim. sestra)

během celé směny sleduj místa vstupů (prim. sestra)

převaz periferní žilní kanyly prováděj za přísných aseptických podmínek (prim. sestra)

**Realizace:** Během své služby jsem pravidelně kontrolovala místa vstupů, periferní žilní kanylu jsem převázala za přísných aseptických podmínek, zároveň jsem zkontrolovala místo vpichu, posoudila jsem celkové okolí tkáně. Pacienta jsem o způsobu manipulace s periferní kanylou i permanentním močovým katetrem poučila.

**Hodnocení:** Pacient během mé služby spolupracuje, na vstupy je opatrný, okolí vstupů je klidné, ke vzniku nové infekce nedošlo. Cíl splněn.

## **6. Edukace pacienta**

### **6.1 Edukační list**

Edukaci pacienta s diagnózou toxikomanie v anamnéze jsem zaměřila na drogovou problematiku, poradenství. Pacient měl již dříve snahu o úspěšné léčení, zatím bez efektu.

Edukovaný pacient je hospitalizován na odd. MJIP, bez závislosti na přístrojích a nejsou u něj přítomny žádné komunikační bariéry.

Forma edukace byla verbální.

### **6.2 Edukační záznam – realizace**

Pacient byl již v minulosti ohledně drogové problematiky edukován, bez efektu.  
Edukační potřeba v oblasti 7 – sebepojetí.

Téma edukace – škodlivost drog pro organismus.

Forma edukace – verbální, letáček.

Reakce na edukaci – verbální pochopení.

Doporučení – před propuštěním provést kontrolní otázky, edukace rodiny.

Příjemce edukace – pacient.

Edukaci provedla – s.Osmančíková

### **6.3 Edukační plán**

#### **6.3.1 Cíl edukačního plánu**

Cílem edukace je pacientova spolupráce a jeho nástup na léčení do drogového centra.

#### **6.3.2 Význam**

S pacientem jsem si domluvila termín, kdy jej mohu přijít edukovat. Formu edukace jsem zvolila slovní, pro názornou ukázkou jsem připravila několik letáčků z drogových léčeben.

Pacientovi jsem vysvětlila význam drogové abstinence pro jeho organismus. Do edukace jsem zahrнула i vliv na sociální izolaci drogově závislého.

Během edukace jsem si ověřovala pacientovi informace otázkami. Otázky jsem pacientovi položila i druhý den, pacient mi odpověděl správně. Požádal mě i o edukaci své matky.

### 6.3.3 Kontrolní otázky pro sestru

<i>Kontrolní otázky</i>	<i>Správné odpovědi</i>
1. Kdy vzniká na drogu tzv. návyk?	Po opakovaném podání.
2. Jaké drogy jsou halucinogenní?	LSD, extáze.
3. Jakou zátěž pro organismus představuje aplikace stimulační drogy?	Je to zátěž především pro kardiovaskulární systém.

### 6.3.4 Postup při zaškolování pacienta

- seznam pacienta o škodlivosti drog pro organismus
- poukaž na pacientovu sociální izolaci
- vysvětli pacientovi dopad závislosti na jeho rodinu
- snaž se pacienta motivovat
- snaž se pacienta motivovat.

### 6.3.5 Kontrolní otázky pro pacienta

<i>Kontrolní otázky</i>	<i>Správné odpovědi</i>
1. Co je smyslem detoxikace?	Zbavit organismus škodlivin.
2. Jaký stav může přetrvávat po odeznění halucinogenní drogy?	Zmatenost.
3. Vyjmenuj alespoň jednu komplikaci, která může vzniknout po aplikaci opiátu.	Prvními příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění. Může dojít i k zástavě dechu.

## **7. Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Pacient po dobu hospitalizace spolupracoval, dbal pokynů lékařů i sester. Během celé hospitalizace mu byly neustále vysvětlovány jednotlivé sesterské i lékařské úkony.

Pacient se sám snažil pozitivně ovlivnit průběh hospitalizace.

Flegmóna, která vznikla na pravé PHK, vykazuje známky hojení, pacient je od 3 dne bez teplot, proti bolesti nevyžaduje již od 2 dne hospitalizace žádná analgetika.

## **8. Prognóza**

Vzhledem k věku pacienta a podpory od jeho matky věřím, že má pacient před sebou ještě plnohodnotný život.

Pacient působí velmi odhodlaně léčbu své závislosti podstoupit, je plně soběstačný.

## **9. Závěr**

Cílem mé práce bylo zpracování ošetrovatelského procesu podle modelu Marjory Gordonové. Údaje jsem sbírala podle jednotlivých oblastí, vyhledávala, kde má pacient těžkosti a potíže, následně jsem sestavila plán ošetrovatelské péče.

Pacient byl na MJIP hospitalizován celkem pět dní, během kterých došlo k výraznému zlepšení jeho zdravotního stavu.

V průběhu hospitalizace byla uskutečněna edukace ohledně drogové problematiky, kterou pacient velmi uvítal.

Ihned po propuštění se pacient přihlásil na detoxikační jednotku v PL Bohnicích, po 2 týdnech v léčbě pokračoval v komunitě Červený Dvůr.

## 10. Seznam informačních zdrojů

### 10.1 Seznam literatury

1. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6
2. VACÍK, J. *Přehled středoškolské chemie*. Praha: SPN – Pedagogické nakladatelství, a.s., 1990. ISBN 80-7235-108-7
3. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
4. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
5. DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
6. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl – Systémový přístup*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-0429-9
7. RICHARDS, A. ; EDWARDS, S. *Repetorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5
8. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-324-4

### 10.2 Internetové zdroje

*Občanské združení Sananim* [online]. Praha: Občanské združení Sananim. Posl. úpravy 17.5.2007. [cit. 2007-17-05]. Dostupné na WWW : <<http://www.sananim.cz>>

*Drogová poradna* [online]. Praha: Drogová poradna. Posl. úpravy 14.5.2007. [cit. 2007-14-05]. Dostupné na WWW : <<http://www.drogovaporadna.cz>>

*Wikipedie otevřená encyklopedie* [online]. [cit. 2009-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org>>.

*Centrum adiktologie* [online]. Praha: Centrum adiktologie. Posl. úpravy 27.3.2009. [cit. 2009-03-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz>>

*Drop in* [online]. Praha: Drop in. Posl. úpravy 12.3.2009. [cit. 2009-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.dropin.cz>>

### 10.3 Seznam zkratek

ATB – antibiotika  
amp. – ampule  
atd. – a tak dále  
apod. – a podobně  
CNS – centrální nervový systém  
cca – přibližně  
carbo – carbo medicinalis (živočišné uhlí)  
dx. – vpravo  
DF – dechová frekvence  
EKG – elektrokardiograf  
FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady  
GCS – Glasgow coma scale  
INCB – Mezinárodní výbor pro kontrolu drog  
i.v. – nitrožilně  
LHK – levá horní končetina  
MJIP – metabolická jednotka intenzivní péče  
NZDM – Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež  
NGS – nasogastrická sonda  
např. – například  
odd. – oddělení  
p.o. – ústy  
PHK – pravá horní končetina  
RZS – Rychlá záchranná služba  
RTG S+P – rentgen srdce + plíce  
sin. – vlevo  
supp. – čípek  
s.c. – pod kůží  
TK – tlak  
TF – tepová frekvence  
TT – teplota  
tzn. – to znamená  
t.č. – toho času  
tj. – to jest  
tbl. - tablety

## **11. Přílohy**

### **11.1 Seznam příloh**

Příloha č.1. Slangový slovník

Příloha č.2 GCS

Příloha č. 3 Analogová škála bolesti

Příloha č.4 Ošetrovatelská dokumentace dle M. Gordonové

Příloha č. 5 Záznam o edukaci