

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NOVOROZENCE DROGOVĚ ZÁVISLÉ MATKY

Bakalářská práce

KRISTÝNA LEVINSKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce : PhDr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace : Bakalář

Studijní obor : Porodní asistentka

Datum odevzdání práce: 31.3. 2010

Datum obhajoby:

PRAHA 2010

## **ABSTRAKT**

LEVINSKÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u novorozence drogově závislé matky.*

Praha, 2010. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: PhDr. Jana Endlicherová.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u novorozence s abstinenčními příznaky.

Teoretická část je vypracována na základě odborné literatury. V této části popisují drogy obecně, dále je rozděluje do skupin, jak na nich vzniká závislost, příčiny vzniku závislosti a její léčbu. Nejvíce se věnuje nežádoucím účinkům pro plod a novorozence, novorozeneckému abstinenčnímu syndromu a jeho léčbě.

Praktická část je vypracována na základě kasuistiky podle ošetrovatelské dokumentace sestavené pro tuto práci. Část této dokumentace používají pediatři na novorozeneckých oddělení v ÚPMD, další části jsem sestavila společně s PhDr. Janou Endlicherovou.

Klíčová slova: Abstinenční příznaky. Abstinenční syndrom. Droga. Novorozenec. Ošetrovatelský proces. Závislost.

## **ABSTRACT**

LEVINSKÁ, Kristýna. *Nursing process for a newborn of drug addicted mother.*  
Prague, 2010. Bachelor thesis. The university of health service, o.p.s. Bachelor's  
degree in midwifery practice. Supervisor: PhDr. Jana Endlicherová.

The main theme of this work is the nursing process in a neonate with withdrawal symptoms.

The theoretical part is made on the basis of the literature. This section describes the drug in general, is further divided into groups to bečíme dependent on them, the cause of addiction and its treatment.

Practical part is based on case according to nursing documentation prepared for this work. Part of the documentation used by pediatricians in the newborn department ÚPMD, other parts I put together with PhDr. Jana Endlicherová.

Keywords: Addiction. Drug. Newborn. Nursing process. Withdrawal syndrome. Withdrawal symptoms.

## **PŘEDMLUVA**

Téma bakalářské práce se zabývá problematikou drogové závislosti. Dospělý člověk rozhoduje sám za sebe, má možnost výběru, plod v děloze matky, novorozenec a dítě ne. Jsou závislí na rodičích, dospělých.

Tato práce vznikla na podkladě mé vlastní zkušenosti s péčí o novorozence s abstinčním syndromem. Považuji za důležité poskytnout včasnou a co nejlepší péči takto postiženému, obzvláště, když se jedná o novorozence, který nám nemůže sdělit své bolesti.

Výběr tématu mé práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a časem stráveným na oddělení intermediální péče pro novorozence. Spojuje mé praktické poznatky se studiem odborné literatury týkající se problematiky.

Práce je určená studentům porodní asistence a stejně tak v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují péči o novorozence v intermediální péči a novorozeneckých oddělení.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Endlicherové za podporu a podnětné rady, které mi poskytla a kolektivu zaměstnanců oddělení intermediální péče v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 za vstřícnost po dobu mého pobytu na tomto oddělení.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2010

.....

## **SEZNAM ZKRATEK**

**apod. – a podobně**

**AS – abstinenční syndrom**

**CNS – centrální nervová soustava**

**CTG - kardiokografie**

**DDS – dolní děložní segment**

**EPA – epidurální analgezie**

**FD – fundus děložní**

**GIT – gastrointestinální trakt**

**HIV – virus lidského imunodeficitu**

**IQ – inteligenční kvocient**

**i.m. – intramuskulárně (do svalu)**

**IUGR – intrauterinní růstová retardace**

**JIRS – jednotka intenzivní a resuscitační péče**

**LSD- dietylamid kyseliny d-lysergové**

**NAS – novorozenecký abstinenční syndrom**

**OP – ozvy plodu**

**PKU - fenylketonurie**

**p. o. – per os ( ústy)**

**PP – pohyby plodu**

**PPHL – poloha podélná hlavičkou**

**REM – rapid eyes movement ( fáze spánku, při které dochází pod zavřenými víčky k rychlému pohybu bulv)**

**RT – respirační trakt**

**SZO – světová zdravotnická organizace**

**tj. – to je**

**TT – tělesná teplota**

**UPT – umělé přerušování těhotenství**

**VP- voda plodová**

**VVV- vrozené vývojové vady**

## OBSAH

ÚVOD.....	8
Teoretická část	
1 Drogy .....	9
1.1 Rozdělení drog do skupin.....	9
1.2 Heroin.....	10
1.3 Pervitin .....	11
2 Závislost.....	12
2.1 Příčiny vzniku závislosti .....	12
2.2 Typy závislosti .....	13
2.3 Léčba závislosti .....	14
2.3.1 Metadon .....	15
2.3.2 Metadon v graviditě .....	16
2.3.3 Subutex (Buprenorfin).....	16
2.3.4 Subutex v graviditě.....	17
2.3.5 Nefarmakologická substituční terapie .....	17
3 Nežádoucí účinky drog na plod.....	19
3.1 Negativní dopad heroinu na plod a novorozence .....	19
3.2 Negativní dopad pervitinu .....	19
4 Důsledky užívání drog v těhotenství .....	20
5 Novorozenecký abstinenční syndrom.....	21
5.1 Příznaky NAS .....	21
5.2 Léčba NAS .....	22
6 Skóre dle Finneganové.....	24
Praktická část	
7 Ošetřovatelský proces.....	26
7.1 Fáze ošetřovatelského procesu .....	27
7.2 Kazuistika .....	29
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM LITERATURY .....	57

## ÚVOD

Dříve se drogy doporučovaly jako léčivé a užitkové byliny. Bylo to například v Číně, Indii, Egyptě či státech v Mezopotámii. Doporučovaly se především na zklidnění bolestí. Od toho může být jen krůček k cílenému používání těchto látek jako omamných.

V dnešní době se stále častěji setkáváme s uživateli drog. Potkáváme je na zastávkách, v tramvajích, jsou mezi našimi přáteli, v rodině. Ničí životy sami sobě, ale i těm nejbližším, těm, kteří nedostali možnost volby a výběru. Svým dětem. Je velmi nezodpovědné užívat v těhotenství návykové látky. Některé budoucí matky se při zprávě o těhotenství rozhodnou léčit ze závislosti. Navštěvují centra, které se specializují a pomáhají drogově závislým. Jsou ale stále takové, které i přes svou graviditu v užívání pokračují. Neuvědomují, nebo si nechtějí uvědomit jaké následky to přináší pro jejich ještě nenarozené dítě. Většina těchto gravidit je nesledovaných. V těch lepších případech přiveze rodičí narkomanku na poslední chvíli záchranná služba na porodní sál, v těch horších ženy rodí na ulici, nebo v opuštěných bytech.

Už dlouhá léta se snaží komunitní centra s odborníky lékaři, psychology, ale i dobrovolníky o pomoc těmto ženám. Chodí ve svém volném čase na obchůzky po vytipovaných místech, kde pomáhají materiálně, finančně, ale poskytují i zdravotní péči. Hlavní roli zde hraje prevence.

Proti drogám neexistuje žádná očkovací látka. Pojem prevence zahrnuje péči, která předchází určitým rizikům. Jde o opatření, které se nasazují tam, kde se chceme vyhnout problémům. Tato opatření by se měla zaměřovat na člověka jako celek, na jeho tělo, duši i vztahy k ostatním, aby se vytvořilo a podpořilo fyzické, psychické a sociální zdraví.



## **Teoretická část**

### **1 Drogy**

Slovo „droga“ má z lingvistického pohledu jednoznačný původ v anglickém jazyce. Je shodný v podstatě starému řeckému výrazu „pharmakon“, kterým se označovaly nejen léčivé prostředky, ale i jedy. V našem slovníku i literatuře pojem droga zdomácněl. Ve farmakologickém vnímání slovo droga označuje všechny látky včetně léčiv, kterými je možné dosáhnout změny stavu vědomí, nálad, funkcí, anebo vyvolání mimořádných psychosomatických zážitků (iluze, pseudohalucinace, halucinace a jiné). Dále se jako drogy označují též upravené suroviny pro další přípravu léčiv. Světová zdravotnická organizace ustálila doposud platnou a nejčastěji používanou definici drogy v následujícím znění :

„Droga je jakákoli látka, která po vstupu do živého organismu je schopná pozměnit jednu anebo víc jeho funkcí, působí přímo anebo nepřímo na centrální nervový systém a může se používat i jako lék“ (15).

#### **1.1 Rozdělení drog do skupin**

Drogy se dají rozdělit do pěti základních skupin. Tyto skupiny se mezi sebou liší vzhledem, účinky, průběhem a mírou závislosti pro uživatele. Do prvních čtyř skupin patří drogy, které jsou často vyráběny nelegálně a v převážné většině jsou nelegálně užívané. Pátou skupinu tvoří tzv. legální drogy.

##### **1. Konopné drogy**

Tato skupina se označuje jako skupina měkkých drog, do níž řadíme drogy vyráběné z konopí, tj. marihuana, hašiš. Nejčastějším způsobem užívání je kouření, požívání běžných pokrmů s přídatkem těchto drog.

##### **2. Opiáty**

Opiáty jsou drogy s tlumivým účinkem. Pocházejí ze surového opia, které se získává z nezralých makovic opiového máku. Patří sem např. heroin v nejrůznějších podobách a braun (směs derivátů kodeinu). Nejčastější způsob užívání těchto drog je vpichování pomocí injekční stříkačky a kouření (inhalace).

### 3. Stimulační drogy

Různorodá skupina drog se stimulačním účinkem. Patří sem především kokain, extáze a amfetaminové drogy – amfetamin, metamfetamin (**pervitin**). Tyto drogy se užívají především způsobem zvaným „šňupání“.

### 4. Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní i syntetické látky, které ovlivňují psychiku. Patří sem LSD, jenž se nejčastěji vyskytuje v podobě tzv. tripů, nebo mikrotripů. Dále sem patří přírodní halucinogenní látka *psilocybin*, kterou obsahuje houba *Lysohlávka česká*. Nejběžnější způsob užití těchto drog je požití ústy (3).

## 1.2 Heroin

Heroin je derivátem morfinu. Původně byl používán jako méně riziková, co do vzniku závislosti, náhražka morfinu. Dokonce se používal jako lék proti závislosti na morfinu. Velmi brzy se však přišlo na to, že vytváří daleko hlubší a vážnější návyk nežli morfin. Jeho užívání bylo proto zakázáno. Heroin je nejzhubnější látkou morfinové skupiny.

Akutní intoxikace heroinem se vyznačuje rychlým nástupem výrazné euforie, zamlžení mysli a pocitu subjektivní blaženosti. Nejprve se zvyšuje komunikativnost, mizí zábrany, zvyšuje se sexuální aktivita u obou pohlaví, časté mohou být i perverze. Heroinem vyvolaná euforie je kvalitativně i kvantitativně jiná než u morfinu. Je bohatší na sensorické vjemy, představy jsou lákavější, barevnější, intoxikovaný subjekt v sobě objevuje netušené schopnosti, zejména fyzické. Někteří jedinci jsou schopni pod vlivem drogy spáchat závažné trestné činy, mnohokrát velmi brutální (1, 3).

S prohlubováním heroinové intoxikace nastupuje apatie, neschopnost soustředění, pocit těžkých víček s poruchami vidění. Dýchání se mírně zpomaluje, intoxikovaná osoba je pokrytá studeným potem, tělesná teplota klesá. Při předávkování dochází k bradykardii, poklesu krevního tlaku, cyanóze, nastupuje kóma a smrt útlumem respiračního centra CNS (1).

### **1.3 Pervitin**

Psychická závislost a tolerance na látkách typu amfetaminu se vyvíjí rychle a přetrvává díky silné touze dosáhnout maximální euforie a vzrušení.

K dosažení požadovaného účinku musí být množství zneužívané látky zvyšováno. Následkem takového zneužívání mohou být akutní i chronické stavy. Při akutní otravě se objevují gastrointestinální poruchy, bušení srdce, arytmie, vzestup krevního tlaku, neklid, nespavost, myšlenkový trysk, dráždivost, poruchy koncentrace a někdy i kolaps, který vede k smrti (3).

Konec intoxikace je provázen rychlým poklesem psychické i somatické výkonnosti až fyzickým vyčerpáním. Nastupuje podrážděnost, deprese, těžké poruchy koncentrace, celkový útlum a ospalost, pocity paniky, agrese, nutkání k nenormálnímu chování. Osobnost konzumenta se rychle deformuje. Počáteční účinky drogy přechází do stavů úzkosti. Postupně dochází k prohlubování poruchy a příznaky se zvyrazňují. Toxikoman je ve stálém pocitu ohrožení, kdy východiskem z jeho hlediska bývá sebevražda (3).

## 2 Závislost

Diagnóza abúzu či drogové závislosti není obtížná, jestliže jsou zneužívané látky aplikovány injekčně. Při somatickém vyšetření zjistíme známky vpichů na nejrůznějších místech těla (oblast obou loketních žil a předloktí, hýždí, bérců, nártů, zápěstí, vzácněji krajina hlavy a kořene jazyka), často s jizevnatým zhojením abscesů po vpiších (17).

Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy.

Podle expertů Světové zdravotnické organizace lze drogovou závislost definovat jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky, a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.

Stav drogové závislosti je již řadu let řazen mezi chronická onemocnění CNS. Drogová závislost je tedy považována za onemocnění, které je možno diagnostikovat, je třeba léčit a kterým je možno předcházet (19).

### 2.1 Příčiny vzniku závislosti

Mezi příčinami vzniku závislosti na návykových látkách lze rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů – **droga**, **člověk** a **prostředí**. K závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání opakovaně ji užívat. Dochází k tomu zpravidla v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (party, diskotéky apod.). Současně s rozvojem stavu závislosti na droze je na různých úrovních lidského i zvířecího organismu pozorována řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci drog (19).

Droga je základní důležitý činitel při vzniku toxikomanie. Schopnost vyvolat u citlivého jedince dychtění po droze je založena na schopnostech drogy:

- a) vyvolat silný psychický účinek
- b) vyvolat následné nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace.

Prostředí – Důležitým faktorem je dostupnost drogy v okolí jedince ( distribuce a cena). Legální drogy jsou snadno dostupné, bývají častěji užívány a celkový počet závislých je proto relativně vysoký. Snadná dostupnost rozpouštědel bývá hlavním důvodem volby u finančně slabých a zejména velmi mladých toxikomanů.

Organismus – mezi lidmi závislými na drogách se často objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, kteří rádi experimentují, nebojí se riskovat. Často může člověk závislý na droze zaměnit drogu za intenzivní činnost uměleckou nebo jinou vysoce kreativní práci. Velmi často se mezi závislými osobami vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem a impulzivně (19).

Z některých studií vyplývá, že existují rozdílné dispozice k různým typům závislosti u mužů a žen. Ženy jsou mnohem citlivější na drogy než muži, jejich citlivost kolísá v průběhu menstruačního cyklu a závislost se u nich většinou vyvíjí rychleji. Ženy často též rychleji reagují na léčbu. Toxicita některých drog je naopak vyšší u mužů než u žen. Ženy léčené pro závislost se častěji než muži vracejí k užití kokainu po negativních emočních zážitcích, zatímco muži spíše po pozitivních emocích spojených se společenským úspěchem (19).

## **2.2 Typy závislosti**

Nejčastější typy závislosti řadíme do dvou skupin, mezi kterými existují plynulé přechody :

1. typ sekundární = droga je, zvláště na počátku, užívána jako lék,
2. typ primární = lék, nebo jiná látka je od počátku vědomě zneužívána jako droga.

### **Sekundární typ závislosti**

Podle Jaroslava Skály se jedná o jedince, kteří látku, jež se pro ně později stane návykovou drogu, začnou nejprve užívat jako lék. Jsou přesvědčeni, že je užitečný, potřebný a časem nezbytný pro jejich zdravotní stav, narušený nějakými potížemi nebo onemocněním.

K této skupině také připouje ještě podskupinu jedinců, kteří mají blíže k typu primárnímu. Jsou si vědomi toho, že lék neberou pro odstranění nebo kompenzování nějakých chorobných potíží, nýbrž že v něm hledají doping, kterým chtějí docílit

u svého organismu nějaký výkon, nebo schopnosti navíc.

U pacientů sekundárního typu ve stadiu rozvinuté drogové závislosti přetrvává přesvědčení, že se léčí nebo nanejvýše že jen náhodně dopují. Vytvářejí si racionalizační systém, kterým se snaží sami sebe i své okolí přesvědčit, že lék je pro jejich organismus a zdravotní stav potřebný a nezbytný. Jde o pacienty, kteří mají nebo měli poměrně slušný sociální status, dosáhli přiměřeného stupně vzdělání nebo odborné kvalifikace, žijí nebo žili v manželství, mají děti. Sekundární toxikomané se jeví obvykle jako jedinci od počátku své drogové kariéry stále více izolováni.

#### Primární typ závislosti

U tohoto typu postižený jedinec od počátku zneužívá látku s toxikomanickým účinkem výhradně jen pro její účinek, který cílevědomě a programovaně vyhledává. Proto také, zvláště na počátku, zneužívá cokoliv, co členové toxikomanické party označí jako drogu. Postižení jedinci primárního typu jsou většinou mladí, zatímco u závislosti sekundárního typu se obvykle setkáváme s pacienty středního nebo vyššího věku. Primární mladí abuzéři a toxikomané vytvářejí skoro vždy party, někdy i s vyšším stupněm vnitřní organizovanosti (17).

### **2.3 Léčba závislosti**

Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou abstinenci na dobu, kdy bude pacient schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným, než nitrožilním způsobem, a to v množství, které efektivně potlačuje pacientovy abstinenci příznaky a umožňuje zlepšit kvalitu jeho života. Tato léčba je prováděna ve specializovaných zařízeních akreditovaných pro substituční programy (19).

### 2.3.1 Metadon

Jedná se o syntetický opiát, při jehož podávání nedochází ke zvyšování tolerance a je možno jej kontrolovatelně podávat v téměř nezměněných dávkách i po několik let. Zabráňuje vzniku abstinčních příznaků, nenavozuje euforii, blokuje touhu po droze.

Indikace pro léčbu metadonem:

- těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opioidového typu,
- opakované neúspěšné pokusy o léčbu orientovanou k abstinenci.

Zařazení do programu podporuje:

- pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze,
- závislost opioidového typu u HIV pozitivních nebo u těch, kdo se dopouštějí trestné činnosti v souvislosti s návykovými látkami, jestliže není možná léčba orientovaná k abstinenci,
- závislost opioidového typu u těhotných, jestliže není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci.

Dlouhodobě stabilizovaný klient se často zařazuje do pracovního procesu, dokončuje vzdělání a je schopen se zcela zařadit do normální společnosti. Při užívání metadonu je vnímání reality nezměněno.

Kontraindikace metadonové léčby:

- pokud je možná a vhodná léčba orientovaná k abstinenci,
- převažující závislost jiného než opioidového typu,
- nepřítomnost somatické závislosti,
- věk nižší 16 let,
- abúzus alkoholu,
- hrozící blízký nástup výkonu trestu.

### **2.3.2 Metadon v graviditě**

Pro gravidní narkomanku je důležité dosáhnout stabilní hladiny drogy a snížit tak možnost vzniku fetálních abstinčních příznaků. Výhodou je, že si musí denně pro metadon docházet, existuje tedy možnost sledovat těhotenství a alespoň částečně je kontrolovat. Literatura uvádí, že matky zařazené do metadonového programu mají lepší prenatální péči a vedou méně rizikový způsob života ve srovnání se závislými na heroinu. Novorozenci mají vyšší porodní hmotnost a nižší incidenci IUGR (intrauterinní růstové retardace). Asi za 1 hodinu po podání metadonu můžeme zaznamenat snížení frekvence pohybů plodu a tachykardii plodu. Někteří autoři doporučují podávání metadonu v graviditě ve 2 dávkách po 12 hodinách.

Je to doporučováno proto, že při tomto dávkování není ovlivněno chování plodu. U nás je rozšířeno podávání metadonu po 24 hodinách (19).

Dle odborníků je ukončení léčby nejbezpečnější v průběhu II. trimestru. Do 14. týdne gravidity hrozí spontánní abort, přerušení léčby ve III. trimestru může vyvolat předčasný porod.

Metadon se kumuluje v játrech, slezině a plicích plodu. Po přerušení pupečníku se postupně uvolňuje ze zásob v organismu novorozence. Čím je vyšší substituční dávka u matky, tím výraznější jsou abstinční příznaky novorozence. Ty se mohou objevit až za 2-4 týdny po narození. Uvádí se častější výskyt křečí, horší průběh a delší trvání neonatálního abstinčního syndromu. Vavřínková ve své knize uvádí, že křeče se objevují kolem 7.-10. dne po narození a incidence je vyšší než u matek závislých na heroinu. Příznaky přetrvávají a vyžadují léčbu od 5 dnů do 4 měsíců. Jsou popsány poruchy spánkového cyklu, neklidný spánek a abnormální spánkový REM záznam. Podle dlouholetých studií a sledování přetrvává vysoká incidence hyperaktivity, problémy s učením a chováním, špatná sociální přizpůsobivost. Podle některých autorů jsou následky u novorozenců po metadonu závažnější než po heroinu (19).

### **2.3.3 Subutex (Buprenorfin)**

Buprenorfin byl původně využíván pro jeho analgetické účinky. Později, po objevení možnosti použití buprenorfinu k detoxikační a odvykací léčbě, byl vyvinut preparát Subutex. Buprenorfin je opioid, který navozuje vysoký protibolestivý účinek. Vyvolává také euforii, čehož se využívá při odvykací léčbě. Účinek buprenorfinu nastupuje ve srovnání s heroinem pomaleji, a účinky přetrvávají i více než 24 hodin.



Indikace pro léčbu buprenorfinem:

- závislost na látkách opioidního typu a kde není možná léčba orientovaná k abstinenci,
- závislost opiátového typu v kombinaci se zneužíváním jiné látky (kokain).

Kontraindikace buprenorfinové léčby:

- převažující závislost jiného než opioidového typu,
- věk nižší 15 let,
- akutní intoxikace alkoholem,
- závažná jaterní onemocnění,
- závažná respirační insuficience (19).

#### **2.3.4 Subutex v graviditě**

V literatuře se uvádí, že Buprenorfin není prokazatelně embryotický ani teratogenní. Do mateřského mléka přechází jen v malých koncentracích a jeho obsah v mateřském mléce nevede k odmítání mléka. Novorozenecký abstinenci syndrom je popisován jako mírný a rychle odeznívající. Nastupuje druhý den života.

Pro tento lék neposkytuje žádná z pojišťoven ČR ani částečnou úhradu a pacient si jej tedy hradí sám (19).

#### **2.3.5 Nefarmakologická substituční terapie**

- poradenství
- psychoterapie nejrůznějších forem
- psychosociální poradenství
- fyzioterapie, arteterapie, pracovní terapie apod.

V r. 2003 byly realizovány čtyři programy pro ženy, matky s dětmi a těhotné ženy, zaměřené zejména na stabilizaci sociálního a psychického stavu klientů a na roli matky ve vztahu k dětem, rodině a péči o domácnost. Dva programy nabízejí vedle ambulantní léčby také chráněné bydlení, všechny tři chráněné pracovní dílny. Jeden program je realizován v rámci terapeutické komunity. Mezi základní poskytované služby patří individuální poradenství a psychoterapie, prevence relapsu, rodinná a partnerská terapie,

rodičovské skupiny, skupiny pro matky, poradenství, sociální práce. Příkladem spolupráce se ženami, jejichž život byl ovlivněn návykovými látkami, je Centrum pro rodinu, které je určeno závislým těhotným ženám, dále ženám, které mají ve své péči dítě nebo jim bylo dítě odebráno a jsou připraveny o ně pečovat. Jedná se o další z programů střediska Drop in o.p.s. (19).

### **3 Nežádoucí účinky drog na plod**

Dle Čecha vede požívání alkoholických nápojů a drog k vážným poruchám plodu ve smyslu embryopatie, fetopatie nebo dystrofie plodu podle dávky, pravidelnosti příjmu a době gravidity ve které je plod toxické látky vystaven. Zaznamenán byl i výskyt preeklamsií a předčasných porodů. Z těchto důvodů každou těhotnou před užitím alkoholu a drog musíme varovat. Předpoklad, že těhotná toho doporučení v graviditě nerespektuje, je důvodem k odeslání ženy do poradny pro riziková těhotenství, která zajistí zvýšené monitorování růstu plodu a průběhu gravidity (4).

#### **3.1 Negativní dopad heroínu na plod a novorozence**

Plod se v průběhu těhotenství stane závislým stejně jako je závislá jeho matka. Rovnoměrný přísun drogy jej paradoxně ohrožuje méně než náhlé vysazení nebo přísun nepravidelný. Riziko pro plod narůstá s gestačním stářím. Přeruší se-li přísun drogy, plod in utero prodělává abstinční syndrom. To, jak reaguje plod na příznaky abstinčního syndromu vede k placentárním změnám, které mohou být příčinou IUGR. Novorozenec má nižší porodní hmotnost a nižší Apgar skóre v důsledku chronického nedostatku kyslíku během těhotenství. Vyskytují se i časté vrozené vývojové vady. Děti, které se narodily matkám závislým na heroínu, mají mezi 3.-6. rokem nižší tělesnou hmotnost, výšku a také nižší IQ (2).

#### **3.2 Negativní dopad pervitinu**

Těhotenství je ohroženo předčasným odlučováním placenty. U plodu můžeme očekávat IUGR, způsobenou chronickou placentární insuficiencí. Předávkování pak může způsobit náhlou intrauterinní smrt plodu nebo vyvolat předčasný porod. Porod je vysoce rizikový z důvodů ohrožení plodu intrapartální hypoxií a musí být kontinuálně monitorován. Novorozenec, pokud se narodí intoxikovaný, je ohrožen hypertenzí. Abstinční syndrom u novorozence je kratší a méně intenzivní ve srovnání s heroínem. Novorozenci a kojenci jsou ve větší míře ohroženi syndromem náhlého úmrtí (2, 19).

#### **4 Důsledky užívání drog v těhotenství**

Odborníci uvádějí, že fyziologické změny tělesné vody z plazmatického objemu v průběhu těhotenství mohou ovlivnit peak, poločas a distribuční objem drog. Citlivost k drogám a jejich metabolismus se v průběhu těhotenství mění. Vzdělává se citlivost ke kokainu, naopak je nutné zvyšovat dávky megafonu (19).

Dopad užívání drog závisí především na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost. Občasné uživatelky, které si uvědomují škodlivé důsledky užívání drog, obvykle v těhotenství abstinují. Uživatelé drog a drogově závislí vynakládají velké množství energie na získání drogy a na uspokojování svých osobních potřeb. Jejich životní styl je chaotický a prostředky na jídlo utrácejí za drogy. Často odkládají prenatální péči. Výjimkou není provozování prostituce k získání peněz na drogy.

#### **Placentární funkce**

Užívání drog ovlivňuje placentární metabolismus, uteroplacentární průtok a transport kyslíku a živin placentou. Přenos živin a drog placentou je dán charakteristikami buněčných membrán, pH, rozpustností v tucích, vazbou na proteiny a molekulární hmotností. V důsledku změn na buněčných membránách působením kokainu, alkoholu a tabáku dochází k narušení transportu živin v placentě. Průtok krve placentou je dán srdečním výdejem matky a plodu, děložním tonem a vaskulární rezistencí. Zklidňující drogy, jako např. barbituráty, mohou snižovat srdeční výdej, a tak narušit příjem živin a kyslíku. Alkohol nemá přímý vliv na placentární průtok. Abúzus kokainu, pervitinu, tabáku a odbourávání narkotik nebo alkoholu vede ke zvýšené aktivitě sympatiku, což stejně jako hyperkapnie a hypoxie po užití narkotik vyvolává vazokonstrikci v cévním řečišti placenty a dělohy. Vazokonstrikce může zvyšovat incidenci abrupce placenty po aplikaci heroinu, kokainu, amfetaminu a nikotinu (19).

## **5 Novorozenecký abstinenční syndrom**

Plod má velmi omezené možnosti metabolizovat a vylučovat chemické sloučeniny. Farmakokinetika drog je tedy u plodu výrazně odlišná než u matky. U novorozence můžeme prokázat klinicky významné hladiny drogy v séru ještě několik hodiny až dnů po porodu a k úplnému očištění organismu dochází dlouho po propuštění dítěte z porodnice.

Rozmanité drogy, zejména ty, které mají tlumivé účinky na CNS, jsou známé vznikem fyzické závislosti novorozence. Ta se projevuje tzv. abstinenčním syndromem novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS). Příznaky NAS se objevují nejčastěji po expozici opiátům 24-48 hodin po narození. Po mefagonu se mohou objevit až po 2-4 týdnech po narození, neboť droga se uvolňuje postupně z depozit v organismu plodu. NAS se objevuje u 60-90 % novorozenců. Příznaky mohou přetrvávat 3-4 měsíce po porodu. Až 70 % novorozenců s NAS má příznaky iritability CNS, která může progredovat do křečí, 50 % má tachypnoe, apnoické pauzy, problémy s příjmem potravy (19).

Úmrtnost novorozenců s abstinenčním syndromem matek závislých na drogách je nižší než 5 %. Jejich další prognózu ovlivňují rizikové faktory během gravidity, porodu a přímého působení jednotlivých návykových látek na vývoj plodu (18).

### **5.1 Příznaky NAS**

Diagnóza abstinenčního syndromu zahrnuje zjištění specifických známek chování a funkce vegetativního nervového systému, které se mohou manifestovat jako poruchy funkce gastrointestinálního traktu (GIT), respiračního traktu (RT) nebo centrálního nervového systému (CNS).

#### **CNS**

Centrální nervový systém reaguje pestrou škálou příznaků. Hlavním znakem je výrazná dráždivost novorozence, která se může vystupňovat až do generalizovaných křečí. Dalšími znaky jsou zvýšený svalový tonus, zívání, kýčání, neklid, třes, nekoordinované pohyby úst a očí, vysoký centrální křik. Období spánku jsou jen velmi krátká, což není pro novorozenecké období fyziologické.

## **GIT**

Gastrointestinální trakt reaguje poruchami koordinace sání a polykání, zvracením, průjmy. Zvracení a zejména průjmy mohou způsobit poruchy metabolismu vody a elektrolytů a vážně ohrozit život novorozence.

## **Respirační trakt**

Ze strany respiračního traktu se jedná o sekreci z nosu, ucpaný nos, zrychlené dýchání, dyspnoe, intermitentní cyanózu, zatahování, aspirační pneumonie a apnoické pauzy.

## **Vegetativní nervový systém**

Vegetativní nervový systém se projevuje vysokou teplotou, tachykardií, výrazným pocením a poruchami prokrvení kůže (19).

### **5.2 Léčba NAS**

Terapie NAS je podpůrná a farmakologická. Novorozenec s anamnestickým údajem o abúzu matky by měl být zvýšeně sledován a v případě potřeby přeložen na jednotku intenzivní péče. Je třeba vytvořit termoneutrální prostředí, zabránit nadměrnému hluku a osvětlení, minimálně s dítětem manipulovat. Vhodné je časté odsávání nosu, poloha na břiše nebo na pravém boku jako prevence aspirace, krmení podle klinického stavu.

#### **Opiové preparáty**

Farmakologická léčba NAS po narkotikách začíná opiovými nebo morfiiovými preparáty. U novorozenců lze použít tyto preparáty:

- novorozenecký morfiiový roztok (roztok morfinsulfátu v koncentraci 0,4 mg/ml),
- novorozenecký opiový roztok (opiová tinktura v koncentraci 0,4mg/ml morfinu),
- opiová tinktura (roztok alkaloidů opia v alkoholu),
- laudanum (10% roztok morfinu rozředěný 25krát).

Všechny preparáty jsou nakonec rozředěny na stejnou koncentraci morfinu, a to 0,4 mg/ml. Při klesajícím bodovém ohodnocení dávku snižujeme, při stejném nebo zvyšujícím se skóre dávku zvyšujeme. Čím později se začíná s léčbou, tím vyšší je riziko morbidity novorozence (19).

Na užití megafonu v léčbě novorozeneckého abstinenčního syndromu neexistuje jednotný názor. Někteří autoři uvádějí četná schémata k jeho podávání, jiní jej naprosto odmítají a udávají přísnou kontraindikaci podání megafonu v novorozeneckém období. U nás se metadon novorozencům k léčbě NAS nepodává.

## 6 Skóre dle Finneganové

Finneganová vytvořila v polovině 70. let hodnotící systém abstinčního novorozeneckého syndromu u dětí vystavených prenatálně heroinu nebo megafonu. Tento skórování systém lze úspěšně aplikovat k objektivizaci abnormálního chování novorozence. Jedná se o nejpropracovanější a nejužívanější způsob hodnocení NAS. Hodnotí příznaky ze strany CNS, gastrointestinálního traktu, respirační a vazomotorické. Sleduje 21 příznaků NAS a hodnotí je bodově od 1 do 5 bodů. Některé příznaky hodnotí i podle intenzity nebo délky trvání příznaku. Toto skóre je využíváno k posouzení odbourávání zejména opiátů, ale i ostatních drog. Pokud máme podezření na abstinční příznaky, hodnotíme novorozence každé 4 hodiny. Výsledkem je součet bodového ohodnocení stavu plodu během tohoto časového úseku. Pokud dosáhlo dítě 8 bodů a více, provádíme další hodnocení každé 2 hodiny. Diagnózu abstinčního syndromu stanovíme, pokud je skóre 8 a více bodů ve třech po sobě následujících hodnoceních.

Křik	Vysoko laděný	2
	Kontinuální	3
Doba spánku po jídle	1 hodina	3
	2 hodiny	2
	3 hodiny	1
Kokrův reflex	Hyperaktivní	2
	Značný	3
Třes při stimulaci	Mírný	2
	Značný	3
Třes v klidu	Mírný	3
	Značný	4
Zvýšený svalový tonus	Mírně	3
	Značně	6
Křeče		8



Krmení	Usilovné sání ručiček	1
	Špatně pije	1
	Regurgitace	1
	Projektivové zvracení	1
Stolice	Řídká	2
	Vodnatá	3
Horečka		2
Dechová frekvence	Více než 60/min	1
	S dyspnoí	2
Exkoriace	Nosu	1
	Kolen	1
	Prstů	1
Časté zívání		1
Kýchání		1
Ucpaný nos		1
Pocení		1

## **7 Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče.

Má 4 fáze : zhodnocení pacienta, plánování, realizace a zhodnocení péče případně přehodnocení stavu pacienta. Slovo „proces“ znamená sled činností – v tomto případě série kroků, které provádí sestry v rámci ošetřovatelství.

Sestra spolu s pacientem a jeho rodinou stanoví potřeby a hodnotí dosažené výsledky. Aktivita nemocných v tomto procesu jim může pomoci dosáhnout většího stupně soběstačnosti a je důležitým kritériem pro hodnocení poskytnuté péče (7).

Střednědobý program SZO pro rozvoj ošetřovatelství v Evropě charakterizuje ošetřovatelský proces takto:

Ošetřovatelský proces je soubor specifických ošetřovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin, nebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta/klienta/rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejučinněji uspokojené péčí sester. Patří sem plánování způsobů uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetřovatelského týmu i s jednotlivci či skupinami, o něž je pečované, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Potom poskytuje ošetřovatelskou péči buď přímo nebo zprostředkovaně. Následně vyhodnotí účinnost poskytnuté péče. Tato zpětná vazba by měla podněcovat žádoucí změny v dalších intervencích v podobných ošetřovatelských situacích. Tímto způsobem se ošetřovatelství stane dynamickým procesem vedoucím k úpravám a zlepšením (7,8).

## 7.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces má 4 hlavní fáze:

- Zhodnocení potřeb pacienta a prostředků ošetrovatelské péče
- Plánování činností vedoucích k uspokojení vyznačených potřeb
- Realizace ošetrovatelského plánu
- Vyhodnocení efektu péče a zpětná vazba

Písemná forma těchto čtyř fází je známá jako ošetrovatelský plán.

Fáze 1. Zhodnocení pacienta

- Získávání informací
- Interpretace získaných informací
- Určení aktuálních i potencionálních problémů pacienta a jeho potřeb
- Vymezení priorit ošetřování
- Projednání stanovených potřeb a priorit s pacientem, pokud je to možné

Fáze 2. plánování

- Stanovení cílů ošetrovatelské péče společně s pacientem
- Rozhodování o tom, které ošetrovatelské výkony pacient potřebuje
- Projednání plánu s pacientem
- Seznámení ostatních pracovníků s ošetrovatelským plánem

Fáze 3. realizace plánu

- Koordinace a vykonávání ošetrovatelské péče podle schváleného plánu
- Úprava péče tak, aby byla brána v potaz jako neplánovaná, ale poskytnutá péče, tak péče plánovaná, která poskytnutá nebyla

#### Fáze 4. hodnocení péče

- Porovnání pokroku a dosažených výsledků s plánovanými cíli
- Změření efektu plánovaných ošetrovatelských činností
- Nové zhodnocení pacienta a úprava plánu v případě, že nebyl dosažený kýžený efekt
- Kritická analýza jednotlivých fází ošetrovatelského procesu a provedení nezbytných úprav (7).

#### Přínos ošetrovatelského procesu

Sestry, které používají ošetrovatelský proces, vyzdvihují některé jeho přednosti:

- Způsob, jak zajistit, aby péče kterou poskytujeme, byla specificky zaměřená na uspokojování potřeb jednotlivce
- Zlepšuje se návaznost péče
- Ošetrovatelský plán poskytuje potřebné informace všem členům ošetrovatelského týmu a dalším zdravotnickým pracovníkům
- Pacienti preferují, aby se o ně pečovalo jako o osoby a ne jako o těla na lůžku anebo lékařské diagnózy
- Ošetrovatelský proces povzbuzuje pacienty k aktivní účasti na vlastní péči
- Sestry zažívají silnější pocit uspokojení ze své role
- Investice do individuálně plánované péče vede k celkovým úsporám pracovního času sester, protože zamezuje provádění nepotřebných a časově zatěžujících rutinních výkonů, které pro určité pacienty nemají klinický význam
- Je příležitostí k neustálému vzdělávání a může sestřám pomoci zlepšit jimi poskytovanou péči
- Pomáhá sestřám zdůvodnit ošetrovatelské činnosti
- Umožňuje výrazněji si uvědomit účinnost různých ošetrovatelských aktivit (7,8).

## 7.2 Kazuistika

### Identifikační údaje novorozence:

Jméno a příjmení : R. K .

Datum narození : 2.9.2009

Hodina narození : 13:31 hod.

Pojišťovna : VZP 111

Identifikační číslo : 3455

Porod : spont, záhl.

KS+Rh : A +

Poloha plodu : PPHL

BWR : neg.

Plodová voda : zkalená

HBsAg : neg.

Porodní hmotnost : 2500 g

Dovršený gestační věk : 35+2

Porodná délka : 43 cm

### RODINNÁ ANAMNÉZA

MATKA : R. A.

Věk :34

Stav :svobodná

KS+Rh : A

HIV : neg.

Vzdělání: střední odborné učiliště - nevyučená

Zaměstnání: nezaměstnaná

HbsAg : neg.

Gravidita / parita : IV / III

BWR : neg.

Váhový přírůstek + 9 kg

Protilátky: neg.

Onemocnění akutní : neudává

Onemocnění chronická : neudává

Léčba : neléčena

Hospitalizace v průběhu těhotenství : nehospitalizována

Farmakologická anamnéza : neudává

Průběh těhotenství : nesledovaná gravidita, závislost na heroinu a pervitinu, užívala v těhotenství

Prenatální péče : bez prenatální péče

Psychoprofylaxe v těhotenství : neměla

Gravidita / parita : IV/ III

2002 – porod spont., 40. týden gravidity, žena 2890 g, 52 cm, zdravá. Nekožila. Dítě žije v dětském domově.

2005 – porod spont., 37. týden gravidity, žena 3010 g, 50 cm, zdravá. Nekožila. Dítě žije v dětském domově.

Aborty : 1 x samovolný

UPT : 0

Otec : nezjištěn

Věk: nezjištěn

Stav: nezjištěn

KS+Rh: neznámá

Vzdělání: nezjištěno

Zaměstnání: nezjištěno

Byl při porodu : ne

### **Průběh porodu**

Spontánní porod záhlavím v týdnu gravidity 35+2

### **Průběh porodu před přijetím**

Rodička přivezena RZ – nesledovaná gravidita, bez prenatalní péče a těhotenské průkazky. Udává kontrakce po 2 minutách, které trvají hodinu.

### **Vaginální vyšetření**

Pochva volná, hrdlo spotřebované, lem, hlava vstoupá velkým oddílem, š.š. v II. šikmém průměru, teče malé množství difusně zkalené VP, nekrvácí, pánev prostorná, OP + 128/ min., pravidelné.

### **Zevní vyšetření**

PPHL, postavení II. , FX/ 5, DDS plný

I.DP      Začátek pravidelných stahů dne 2.9.2009 v 01:00

            Odtok plodové vody dne 2.9. 2009 ve 12:30

Léky : bez medikace

Amniotomie : ne  
O<sub>2</sub> : ne  
EPA : ne  
CTG : suspektní – OP 115', zúžené undulatórní pásmo, časné decelerace

II.DP Branka rozevřena dne 2.9. 2009 ve 12:35  
Porod plodu dne 2.9. 2009 ve 13: 31, žena, 2500g / 43 cm  
Mechanismus : spont. záhlavím, hypotrofický novorozenec  
Pupečník omotaný kolem krku 1 krát  
Episiotomie : ne  
O<sub>2</sub> : ano  
OP : fyziologické

III.DP Placenta porozena dne 2.9.2009 ve 13:35, aktivní vedení III. doby porodní.  
Mechanismus porodu dle Gessnera, bez komplikací, placenta celá , 400 g.  
Krevní ztráta 250 ml  
Revize hrdla : sine vulnere  
Léky : 1 amp. Methylergometrin i.v.  
Kontakt s rodičkou je velmi obtížný, nespolupracuje

EUROCORD odběr : ne

Apgar skóre	1 min.	5.min.	10 min.
Frekvence pulzu	2	2	2
Dýchání	2	1	2
Svalový tonus	2	2	2
Reflexy	1	2	2
Barva kůže	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

Odsávání : ne  
Kříšení : ne

Přerušný pupečník : ihned  
Ošetření pupečníku – svorka, Cutasept : na PS  
ABR z pupečníku : odebraná  
Položení na břicho matky : ne  
TT 36,3 °C  
Kontrola anu : ano  
První přiložení : nepřiložena  
Adaptace po porodu : v inkubátoru na JIRS  
Rooming-in : neumístěna  
Porodní poranění : ne

Kredeizace Ophthalmo-Septonex gtt.  
K vit. podaný ano, 0,1ml i.m., na novorozeneckém oddělení

Odchod smolky dne 2.9. 2009, na PS  
První močení dnes 2.9. 2009, na PS

Koupele po 2 hod. adaptace ne  
Pupečník krvácí ne

Obvod hlavičky 30 cm  
hrudníku 30 cm  
délka 43 cm

Screeningové vyšetření  
PKU dne 6.9. 2009  
Hypothyreóza dne 6.9.2009

USG kostí, mozku, obličeje dne 6.9.2009



## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

Podmínky bydlení : špatné

Vztahy v rodině : špatné

Ekonomické zabezpečení : špatné

Matka opustila svévolně 2.9.2009 , 1. den po spont. porodu areál porodnice. Hlášeno PČR, nenalezena.

## **POPIS SOUČASNÉHO STAVU NOVOROZENCE**

**Ze dne : 2.9. 2009, 14: 00 hod. , 1. den života**

Vzhledem k abusu matky bylo dítě přijato na oddělení intermediální péče.

### **HLAVA A KRK**

Hlava a krk bez patologických nálezů a VVV.

### **HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM**

Bez deformit hrudníku. Bradavky vyvinuty. Neprokázaná fraktura claviculy. Dechová frekvence – tachypnoe, více jak 68 dechů/ min., pravidelné.

Bez syndromu dechové tísně.

### **SRDCE, CÉVNÍ SYSTÉM**

Akce srdeční pravidelná – 132 tepů / min. Normokaride. Šelesty nezaznamenány. Mírně cyanotická. Nekrvácí, bez VVV.

### **BŘICHO A GIT**

Bříško prohmatné. Střevní peristaltika funguje. Bez defektů břišní stěny a VVV. Smolí na sále. Pupeční pahýl ošetřen desinfekčním roztokem, překryt sterilním mulovým čtvercem.

### **MOČOVÝ , POHLAVNÍ SYSTÉM**

Genitál ženského typu. Mírné známky hypotrofie – velké stydké pysky nepřekrývají malé. Bez zjevných VVV. Výtok nezaznamenán.

Močí spontánně na sále. Moč fyziologické barvy, bez patologické příměsi.

Močový systém je dle USG bez patologií.

### **KOSTRA, SVALY**

Mírný hypotonus. Při rozbalení asymetrické pohyby HK + DK. Hlavičku tahá mírně za tělíčkem. Bez VVV.

## **NERVY , SMYSLY**

Reflexy přítomné.

Taktilní stimulace nepřítomna.

Reflexy :	sací	přítomný
	hledací	přítomný
	moorův	přítomný
	úchopový	přítomný
	kráčecí	přítomný
	babinského	přítomný

**Termoregulace** porušena – 36,0 °C .

Projevy hypoxie : ne

Fetální alkoholový syndrom nepřítomen.

Projevující se abstinenční syndrom.

Příznaky celkové stigmatizace nejsou přítomny.

Chromozomální aberace není přítomna.

## **IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM**

Bez projevů alergie.

Nejsou ani jiná prokazatelná onemocnění.

## **ENDOKRINNÍ SYSTÉM**

Neprokázala se žádná onemocnění endokrinního systému. Glykémie v mezích normy, hormony štítné žlázy v pořádku.

## **KŮŽE A JEJÍ ADNEXA**

Barva po porodu mírně cyanotická. Na zádech viditelné lanugo. Kůže bez šupinek, není viditelná exkoriace. Nejsou zaznamenány žádné ranky ani hemangiomy.

## AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

### STRAVA

Od prvního dne krmena ženským mateřským mlékem, dávky pěkně pije. Dnes je stále hladová. Její denní dávka je 8 x 5-8 ml OMM. Její potřebu ale tato dávka neuspokojuje. Dítě je nespokojené, projevující se usilovným sáním ručiček.

### VYLUČOVÁNÍ

Do každé plínky, spontánní, moč – čirá

Stolice, barva : hráškově zelená

konzistence : řídká

Toxikologické vyšetření moči a smolky s nálezem opiátů.

### SPÁNEK / BDĚNÍ

Novorozenec spí zhruba 12 hodin denně. Budí se každé 2 hodiny. Její spánek je neklidný.

Po dobu bdění je velmi neklidná, pláče, křičí. Zklidní se kolíbáním v náruči. Dítě je stále v křeči.

### HYGIENA

Plně závislá.

Provádí pouze sestra.

Reakce po koupeli → neklidná, pláče.

Při hygieně se nepoužívají speciální pomůcky, ani přípravky na kůži.

### MEDIKACE

Dnes podán Kanavit 0,1 ml i.m.

### POPIS PSYCHICKÉHO STAVU:

Poporodní adaptace probíhá s problémy. Reflexy jsou vybaveny, ale v zápětí po porodu se projevuje abstinenčním syndromem. Je velmi neklidná, až apatická.

Dítě není umístěno na roaming – in z důvodu nezájmu matky.

## POPIS SOCIÁLNÍHO STAVU

Třetí dítě, děvče, neplánované, neočekávané. Rodiče nejsou připraveni a nejsou smířeni s rolí rodiče. Dítě bude po propuštění přijato do náhradní péče kojeneckého ústavu.

Je nutné kontaktovat sociální sestru.

## SITUAČNÍ ANALÝZA

Ze dne 3.9 2009, 2. den života

### TERMOREGULACE

TT je 36,0<sup>0</sup> C, zůstává v inkubátoru, který je nastavený na teplotu 35<sup>0</sup> C . Potí se.

### STRAVA

Dítě je stále hladové, denní dávka ženského mléka se zvýšila na 10-15 ml OMM. Při sání je holčička stále nespokojená a neklidná. Po jídle zvrací, stravu netoleruje.

Porodní hmotnost : 2500 g

Dnešní hmotnost: 2400 g

Neprospívá

### VYLUČOVÁNÍ

Do každé plínky (8x denně). Stolice je hráškově zelená a velmi řídká. Nevidím žádnou patologickou příměs. Bříško má měkké a prohmatné. Moč je čirá, bez patologických příměsí.

### SPÁNEK / BDĚNÍ

Ve spánku stále neklidná. Škubě sebou. Budí se za necelé 2 hodiny po jídle. Usilovně si saje ručičky. Během bdění je velmi neklidná, nespokojená a vříská.

### HYGIENA

Dnes koupel ve 14:30. Celou koupel provádím sama, cítím neustálý svalový tonus. K mytí používám mýdlo, které je vhodné pro citlivou pokožku novorozence. Důležitá je hygiena kožních záhybů. Po koupeli jsem řádně vysušila a promastila kůži dětským olejíčkem. Kůže je čistá. Při promašťování masíruji tělíčko a pozoruji zklidnění dítěte.

Pupeční pahýl jsem překryla sterilním mulovým čtvercem.

## MEDIKACE

Dnes bez medikace.

## ABSTINENČNÍ SYNDROM

K začínajícím projevům abstinčního syndromu měříme skóre dle Finneganové každé 4 hodiny.

Hodnoty, které vyšly potvrzují rozvinutý abstinční syndrom. Nejvyšší hodnota naměřena v odpoledních hodinách. Z mého pozorování si myslím, že je to dáno větší manipulací dítěte během koupání a po koupání.

<b>Datum:</b> 3.9.2009	<b>Čas:</b>		<b>9</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>21</b>		
Křik	Vysoko laděný	2	2	2	2	2		
	Kontinuální	3						
Doba spánku po jídle	1 hodina	3	3					
	2 hodiny	2		2	2			
	3 hodiny	1				1		
Moorův reflex	Hyperaktivní	2						
	Značný	3						
Třes při stimulaci	Mírný	2	2	2	2			
	Značný	3						
Třes v klidu	Mírný	3						
	Značný	4						
Zvýšený svalový tonus	Mírně	3				3		
	Značně	6						
Křeče		8						
Krmení	Usilovné sání ručiček	1	1	1	1	1		
	Špatně pije	1						
	Regurgitace	1						
	Projektivové zvracení	1						
Stolice	Řídká	2			2			
	Vodnatá	3						
Horečka		2						
Dechová frekvence	Více než 60/min	1						
	S dyspnoí	2						
Exkoriace	Nosu	1	1					
	Kolen	1						
	Prstů	1						
Časté zívání		1						
Kýchání		1			1			
Ucpaný nos		1						
Pocení		1	1	1	1	1		
CELKEM			<b>10</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>8</b>		

## SITUAČNÍ ANALÝZA

**Ze dne 4.9. 2009, 3. den života**

### TERMOREGULACE

TT je 36,7<sup>0</sup> C . Vyhřívané lůžko vypnuto. Holčička si teplotu již dokáže udržet, přesto se měří TT v axile každé tři hodiny. V 9 hod. 36,7<sup>0</sup> C, ve 12 hod. 36,8<sup>0</sup> C, v 15 hod. 36,7<sup>0</sup> C, v 18 hod 36,7<sup>0</sup> C.

### STRAVA

Potřeby od zvýšení včerejší dávky miminku zatím nestačí. I dnes je zvýšená dávka na 15 – 20 ml OMM. Saje rychle a krásně. Při jídle je již klidnější. Stravu toleruje, nezvrací.

Včerejší hmotnost : 2400 g

Dnešní hmotnost : 2300 g

Prospívá

### VYLUČOVÁNÍ

Do každé plínky. Stolice je hráškově zelená a velmi řídká. Nevidím žádnou patologickou příměs. Bříško má měkké a prohmatné. Moč je čirá, bez patologických příměsí.

### SPÁNEK / BDĚNÍ

Ve spánku stále neklidná. Škube sebou. Budí se za necelé 2 hodiny po jídle. Usilovně si saje ručičky. Během bdění je stále neklidná, ale reaguje na hudbu, nebo chrastítko. Pozoruje okolí . Usilovně si saje ručičky a vríská.

### HYGIENA

Dnes koupu hodinu po jídle, v 16 hod. Stále cítím neustálý svalový tonus. Je velmi neklidná a proto jí omývám pouze pod tekoucí vodou. Kolem zadečku se jí začínají dělat mírné opruzeniny. Tento problém řeším mazáním Bepanthenovou mastí.

### MEDIKACE

U dítěte se v prvních 48 hodin života rozvíjí známky AS : neklid, dráždivost, hypertonie svalová, klidový třes, zvýšený laděný pláč, usilovné sání ručiček.



Toxikologické vyšetření moči a smolky s nálezem opiátů, v 52. hodině života zahájena terapie Tinkturou Opii.

Dávkování : po 4 hodinách, v 9 – 13 – 17- 21 – 01- 05 hodin.

TCT OPII 6x 0,23 ml p.o.

## ABSTINENČNÍ SYNDROM

Hodnocení i projevy vykazují známky abstinenčního syndromu.

Dnes lékaři začali s léčbou abstinenčních příznaků.

<b>Datum:</b> 4.9.2009	<b>Čas:</b>		<b>01</b>	<b>05</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
Křik	Vysoko laděný	2	2		2			2
	Kontinuální	3					3	
Doba spánku po jídle	1 hodina	3	3			3		
	2 hodiny	2		2				2
	3 hodiny	1			1		1	
Moorův reflex	Hyperaktivní	2						
	Značný	3						
Třes při stimulaci	Mírný	2			2	2		
	Značný	3						
Třes v klidu	Mírný	3	3					
	Značný	4						
Zvýšený svalový tonus	Mírně	3				3	3	
	Značně	6						
Křeče		8					8	
Krmení	Usilovné sání ručiček	1	1	1	1	1	1	1
	Špatně pije	1						
	Regurgitace	1						
	Projektivové zvracení	1						
Stolice	Řídká	2	2	2	2	2	2	2
	Vodnatá	3						
Horečka		2						
Dechová frekvence	Více než 60/min	1		1				
	S dyspnoí	2						
Exkoriace	Nosu	1						
	Kolen	1						
	Prstů	1						
Časté zívání		1						
Kýchání		1						
Ucpaný nos		1						
Pocení		1	1	1				1
<b>CELKEM</b>			<b>12</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>8</b>

## SITUAČNÍ ANALÝZA

**Ze dne : 5.9. 2009, 4. den života**

### TERMOREGULACE

TT je 36,6<sup>0</sup> C. Přemístěna z vyhřívaného lůžka do postýlky. Holčička si teplotu dokáže udržet, přesto pokračuji v měření TT v axile po třech hodinách. Potí se. V 9 hod. 36,6<sup>0</sup>C, ve 12 hod. 36,7<sup>0</sup> C, v 15 hod. 36,6<sup>0</sup> C, v 18 hod 36,6<sup>0</sup> C.

### STRAVA

Denní dávka je navýšena na 25 ml OMM. Saje rychle a krásně. Při jídle je již klidnější. Stravu toleruje, nezvrací.

Včerejší hmotnost : 2300 g

Dnešní hmotnost : 2220 g

Prospívá

### VYLUČOVÁNÍ

Do každé plínky. Stolice je hráškově zelená a velmi řídká. Nevidím žádnou patologickou příměs. Bříško má měkké a prohmatné. Moč je čirá, bez patologických příměsí.

### SPÁNEK / BDĚNÍ

Ve spánku stále neklidná. Škubě sebou. Přes den spí zhruba 15 hodin. Budí se půl hodiny po jídle. Usilovně si saje ručičky. Během bdění je stále neklidná, ale reaguje na hudbu, nebo chrastítko. Pozoruje okolí . Usilovně si saje ručičky .

### HYGIENA

Dnes koupu ve 14 hodin ve vaničce. Používám dětský sprchový gel, který je přizpůsoben dětské citlivé pokožce. Holčička je neklidná, křičí. Svalový tonus stále cítím, ale při masírování olejíčkem se klidnější. Opruzenina kolem zadečku se lepší, ale pokračuji v mazání Bepanthenem.

### MEDIKACE

TCT OPII 6x 0,23 ml p.o. v 01, 05, 9, 13, 17, 21 hod.

## ABSTINENČNÍ SYNDROM

Pokračujeme v měření FS po 4 hodinách.

Z mého pozorování se příznaky AS zhoršují. Dítě už tolik nevříská, ale během bdění je velmi neklidná. Při dotyku cítím velký svalový třes.

Dnes opět naměřena nejvyšší hodnota v odpoledních hodinách, tedy po koupeli. Dítě je během koupele klidnější, než po koupeli, kdy začne opět usilovně vřískat.

Datum: 5.9.2009	Čas:		01	05	9	13	17	21
Křik	Vysoko laděný	2		2	2	2		
	Kontinuální	3	3					
Doba spánku po jídle	1 hodina	3				3	3	
	2 hodiny	2			2			
	3 hodiny	1	1	1		2	1	1
Moorův reflex	Hyperaktivní	2						
	Značný	3						
Třes při stimulaci	Mírný	2	2			2	2	
	Značný	3						
Třes v klidu	Mírný	3						
	Značný	4						
Zvýšený svalový tonus	Mírně	3	3		3		3	3
	Značně	6						
Křeče		8						
Krmení	Usilovné sání ručiček	1	1	1	1	1	1	1
	Špatně pije	1						
	Regurgitace	1						
	Projektivové zvracení	1						
Stolice	Řídká	2			2		2	2
	Vodnatá	3						
Horečka		2						
Dechová frekvence	Více než 60/min	1						
	S dyspnoí	2						
Exkoriace	Nosu	1						
	Kolen	1						
	Prstů	1						
Časté zívání		1						
Kýchání		1						
Ucpaný nos		1						
Pocení		1	1	1	1	1	1	1
CELKEM			11	5	11	11	13	8

## SITUAČNÍ ANALÝZA

**Ze dne 6.9.2009, 5. den života**

### TERMOREGULACE

TT je 36,7<sup>0</sup> C . Teplotu si drží sama, zůstává stále v postýlce. Potí se.

### STRAVA

Denní dávka je 8x 20-30 ml OMM. Saje rychle a krásně. Při jídle je již klidnější. Stravu toleruje, nezvrací.

Včerejší hmotnost : 2220 g

Dnešní hmotnost : 2240 g

Prospívá

### VYLUČOVÁNÍ

Do každé plínky. Stolice je hráškově zelená a velmi řídká. Nevidím žádnou patologickou příměs. Bříško má měkké a prohmatné. Moč je čirá, bez patologických příměsí.

### SPÁNEK / BDĚNÍ

Kvalita spánku se po podávání Tincturi opii zlepšila. Ve spánku je klidnější. Přes den spí klidně. Budí se půl hodiny po jídle. Usilovně si saje ručičky. Během bdění je stále neklidná, ale reaguje na hudbu, nebo chrastítko. Pozoruje okolí. Usilovně si saje ručičky, ale už tolik nepláče.

### HYGIENA

Dnes koupel v odpoledních hodinách. Je neklidná, křičí. Svalový tonus je stále přítomen, ale jen když je rozbalená z látkové plínky. Pozoruji veliké zklidnění při masáži dětským olejčkem. Opruzenina kolem zadečku se lepší, přesto pokračuji v mazání Bepanthenovou mastí.

### MEDIKACE

TCT OPII 6x 0,23 ml p.o. v 01, 05, 9, 13, 17, 21 hod.

## ABSTINENČNÍ SYNDROM

Díky dávkám Opia se příznaky postupně zlepšují.

Dítě je během dnešního dne klidnější. Je přeložena na samostatný box, protože její ustavičný pláč a neklid ruší ostatní novorozence. Na izolaci je klidnější. Potřebuje naprostý klid, sebemenší ruch ji není příjemný. Snažím se vytvořit pro ni podmínky, které ji budou vyhovovat. Stahuji rolety, aby měla větší přitmě. Postýlku jsem situovala co nejbližší k oknu a co nejdál od dveří, aby ji nerušily zvuky na chodbě.

<b>Datum:</b> 6.9.2009	<b>Čas:</b>		<b>01</b>	<b>05</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
Křik	Vysoko laděný	2		2			2	
	Kontinuální	3						
Doba spánku po jídle	1 hodina	3						
	2 hodiny	2						2
	3 hodiny	1	1	1		1	1	
Moorův reflex	Hyperaktivní	2						
	Značný	3						
Třes při stimulaci	Mírný	2	2				2	
	Značný	3						
Třes v klidu	Mírný	3						
	Značný	4						
Zvýšený svalový tonus	Mírně	3			3		3	
	Značně	6						
Křeče		8						
Krmení	Usilovné sání ručiček	1			1	1	1	1
	Špatně pije	1						
	Regurgitace	1						
	Projektivní zvracení	1						
Stolice	Řídká	2			2	2	2	
	Vodnatá	3						
Horečka		2						
Dechová frekvence	Více než 60/min	1						
	S dyspnoí	2						
Exkoriace	Nosu	1						
	Kolen	1						
	Prstů	1						
Časté zívání		1						
Kýchání		1						
Ucpaný nos		1						
Pocení		1	1	1			1	
<b>CELKEM</b>			<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>3</b>

## SITUAČNÍ ANALÝZA

**Ze dne 7.9.2009, 6.den života**

### TERMOREGULACE

TT je 36, 5<sup>0</sup> C . Teplotu si drží sama, proto zůstává stále v postýlce. Potí se.

### STRAVA

Denní dávka je 8x 30- 40 ml OMM. Saje rychle a krásně. Při jídle je již klidnější. Stravu toleruje, nezvrací.

Včerejší hmotnost : 2240 g

Dnešní hmotnost : 2245 g

Prospívá

### VYLUČOVÁNÍ

Do každé plínky. Stolice je hráškově zelená a velmi řídká. Nevidím žádnou patologickou příměs. Bříško má měkké a prohmatné. Moč je čirá, bez patologických příměsí.

### SPÁNEK / BDĚNÍ

Oproti včerejšku zaznamenávám značnou změnu k lepšímu v kvalitě spánku. Ve spánku je klidná, přesto se často budí. Přes den spí klidně. Vydrží spát i 2 hodiny po jídle. Usilovně si saje ručičky. Během bdění je stále neklidná, ale stále reaguje na hudbu, nebo chrastítka. Pozoruje okolí . Usilovně si saje ručičky, ale už tolik nepláče.

### HYGIENA

Dnes koupu před 15. hodinou. Je neklidná, ale už tolik nekřičí. Svalový tonus polevil. V náručí je klidná a pozoruje okolí, reaguje na zvuky a hlasy. Opruzenina kolem zadečku zmizela. Mumifikovaný pupeční pahýl dnes odstraněn sterilním skalpelem. Pupeční jizva překryta sterilním čtvercem.

### MEDIKACE

TCT OPII 6x 0,23 ml p.o. v 01, 05, 9, 13, 17, 21 hod.

## ABSTINENČNÍ SYNDROM

Stále měříme hodnotu abstinenčních příznaků dle Finneganové každé 4 hodiny.

Dnes pozoruji veliké zlepšení stavu novorozence. Je znát, že je klidnější, na vnější podněty nereaguje negativně, ale spíše pozitivně. Zajímá jí okolí, zaujme jí hudba. Na dotyky reaguje většinou pozitivně.

Zlepšení stavu dítěte je znát i na výsledcích FS, kde vidíme, že hodnoty klesají. Nejvíce bodů má dobu spánku po jídle v ranních hodinách. Myslím si, že je to dáno častějším vyměňováním plen a zvýšenou manipulací.

<b>Datum:</b> 7.9.2009	<b>Čas:</b>		<b>01</b>	<b>05</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
Křik	Vysoko laděný	2						
	Kontinuální	3						
Doba spánku po jídle	1 hodina	3						
	2 hodiny	2				2		
	3 hodiny	1	1	1	1		1	
Moorův reflex	Hyperaktivní	2						
	Značný	3						
Třes při stimulaci	Mírný	2	1		1			
	Značný	3						
Třes v klidu	Mírný	3						
	Značný	4						
Zvýšený svalový tonus	Mírně	3						
	Značně	6						
Křeče		8						
Krmení	Usilovné sání ručiček	1	1	1				1
	Špatně pije	1						
	Regurgitace	1						
	Projektivové zvracení	1						
Stolice	Řídká	2		1		1	1	
	Vodnatá	3						
Horečka		2						
Dechová frekvence	Více než 60/min	1						
	S dyspnoí	2						
Exkoriace	Nosu	1						
	Kolen	1						
	Prstů	1						
Časté zívání		1						
Kýchání		1						
Ucpaný nos		1						
Pocení		1	1	1		1	1	1
<b>CELKEM</b>			<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

## SITUAČNÍ ANALÝZA

ze dne : 24.9.2009, 23. den života

**Při překladu :** Růžová, dobře prokrvená, hydratace přiměřená, kůže čistá, AS pravidelná, bez šelestu, eupnoe, DF 62/ min, břicho měkké, prohmatné, bez rezistence, stolice pravidelná, hyperexcitabilita, hypertonie

**Rozměry při propuštění :** váha 2720g

délka 49 cm

obvod hlavičky 34 cm

obvod hrudníku 32 cm

**Strava:** Beba 1 HA, dle chuti, 7x 70 ml, savičkou

### Překladová zpráva

Vzledem k abusu bylo dítě přijato na intermediální péči. U dítěte se v prvních 48 hodinách rozvíjí známky AS : neklid, dráždivost, hypertonie svalová, klidový třes, vysoký laděný pláč, suilovné sání ručiček. Toxikologické vyšetření moči a smolky s nálezem opiátů, v 52. hodině života zahájena terapie Tincturou Opii.

Dávky se snižovaly pozvolna během dalších 2 týdnů. 22.9. ( 21.den života) byla TCT opii vysazena pro hyperexcitabilitu. Nasazen Phenaemalleten v dávce 3mg / kg/ den. Plánovaná dávka podání: 14 dní. Po celou dobu pobytu bylo dítě kardiopulmonálně kompenzované, funkce stabilní.

Od 1.dne krmena ženským mlékem, dávky pěkně pije. Ve 2. týdnu převedena na formuli Beba 1 HA, kterou pije s chutí. Stále hladová.



### **Ošetrovatelské diagnózy**

O holčičku jsem pečovala první týden jejího života, kdy jsem pozorovala změny v chování, hmotnosti a celkového stavu. Dle mých poznatků jsem sestavila ošetrovatelské diagnózy.

1. 000107 Neefektivní krmení kojence

Porucha příjmu potravy z důvodu netolerance stravy projevující se zvracením.

2. 00095 Porušený spánek

Porucha spánku v důsledku abstinčního syndromu projevující se neklidným spánkem a pláčem.

3. 00116 Narušené chování dítěte

Porucha chování dítěte z důvodu mírné nezralosti, abstinčního syndromu a celkové slabosti organismu projevující se neklidem a pláčem.

4. 00008 Neefektivní termoregulace

Neefektivní termoregulace z důvodu nezralosti termoregulačního centra, projevující se sníženou tělesnou teplotou.

5. 00046 Porucha integrity kůže

Porucha integrity kůže v oblasti konečníku z důvodu nešetrného ošetření, projevující se začervenaním.

6. 00004 Riziko infekce

Riziko vzniku infekce z důvodu opruzeniny.

## 1. 000107 Neefektivní krmení kojence

**Porucha příjmu potravy z důvodu netolerance stravy projevující se zvracením.**

Cíl:

- zajistit energetický přívod
- dobrá tolerance stravy
- dlouhodobé váhové přírůstky

Výsledná kritéria:

- dítě neodmítá stravu
- dítě stravu toleruje

Ošetřovatelské intervence:

- sleduj bilanci tekutin
- ulož dítě do zvýšené polohy
- věnuj pozornost příjmu potravy, zvracení, ublinkávání.
- zvolna zatěžuj zažívací trakt

Realizace:

- dítě je uloženo do zvýšené polohy
- sledovala jsem četnost, charakter zvracení
- sledovala jsem bilanci tekutin

Hodnocení:

- cíl je splněn
- dítě stravu toleruje a přibývá na váze

## **2. 00095 Porušený spánek**

**Porucha spánku v důsledku abstinčního syndromu projevující se neklidným spánkem a pláčem.**

Cíl:

- zajistit klidný a dostatečný spánek

Výsledná kritéria:

- dítě spí klidně
- dítě spí minimálně 12 hodin denně

Ošetřovatelské intervence:

- zajisti dítěti klidný spánek ztišením monitorů
- ztlum světlo
- šetrně manipuluj s dítětem
- sleduj pečlivě projevy dítěte a jeho změny
- sleduj polohu dítěte, svalový tonus, patologické záškuby, křeče

Realizace:

- dítě je dáno na samostatný pokoj
- v místnosti je ticho a šero
- minimální manipulace s dítětem

Hodnocení:

- cíl je splněn
- dítěti se zlepšila kvalita spánku
- dítě spí více hodin

### **3. 00116 Narušené chování dítěte**

**Porucha chování dítěte z důvodu mírné nezralosti, abstinčního syndromu a celkové slabosti organismu projevující se neklidem a pláčem.**

Cíl:

- zajistit dítěti klid

Výsledná kritéria:

- zmírnění projevů neklidů
- dítě je klidné a spokojené

Ošetřovatelské intervence:

- sleduj pečlivě projevy dítěte, jeho změny. Všiměj si zejména nastupující apatie.
- věnuj dítěti více času, mluv na něj, dotýkej se ho.
- zaznamenávej a okamžitě informuj lékaře o jakékoli změně v chování dítěte, stavu a vědomí.

Realizace:

- dítěti je věnováno více pozornosti
- dítě má hračky přiměřené jeho věku
- dítěti je pouštěna hudba na zklidnění

Hodnocení:

- cíl je splněn
- dítě je mnohem klidnější
- pozitivně reaguje na hudbu a hlasy okolí

#### **4. 00008 Neefektivní termoregulace**

**Porucha termoregulace z důvodu nezralosti termoregulačního centra projevující se sníženou tělesnou teplotou.**

Cíl:

- zvýšit dítěti tělesnou teplotu

Výsledná kritéria:

- tělesná teplota bude ve fyziologickém rozmezí
- tělo dítěte bude schopno udržet si fyziologickou teplotu

Ošetřovatelské intervence:

- věnuj zvýšenou pozornost zajištění termoneutrálního prostředí
- nastav teplotu vyhřívaného lůžka podle hmotnosti, gestačního věku, stáří a aktuální teploty dítěte
- všímej si barvy a prokrvení kůže a sliznic
- obleč dítě, bačkorky, čepička, plenky, deka

Realizace:

- nastavila jsem teplotu vyhřívaného lůžka
- dítě je oblečeno do více vrstev

Hodnocení:

- cíl je splněn
- dítěti se zvýšila teplota
- dítě si udržuje tělesnou teplotu ve fyziologickém rozmezí

## **5. 00046 Porucha integrity kůže**

**Porucha integrity kůže v oblasti konečníku z důvodu nešetrného ošetření, projevující se začervenaním.**

Cíl:

- zabránit zhoršení stavu pokožky
- zabránit vzniku infekce

Výsledná kritéria:

- kůže bez opruzenin a jiných komplikací

Ošetřovatelské intervence:

- zajisti dobrou očistu pokožky
- častěji vyměňuj plínky
- používej vhodné masti

Realizace:

- dbám na zvýšenou hygienu problémových míst
- na opruzeninu používám antibakteriální masti
- častěji vyměňuji plíny

Hodnocení:

- cíl je splněn
- známky poškození integrity kůže vymizely

## **6. 00004 Riziko infekce**

### **Riziko vzniku infekce z důvodu opruzeniny.**

#### **Cíl:**

- zamezit vstupu infekce
- snížit riziko sepse

#### **Výsledná kritéria:**

- nedojde k infekci

#### **Ošetřovatelské intervence:**

- věnuj zvýšenou pozornost hygienickému režimu
- desinfikuj všechny pomůcky vkládané do postýlky

#### **Realizace:**

- zvýšená péče o kožní defekt, aplikuji masti na opruzeniny
- desinfekce všech pomůcek i hraček do postýlky
- dítě v čistém prostředí

#### **Hodnocení:**

- cíl splněn
- dítě bez známek infekce

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo přiblížit problematiku drogové závislosti v těhotenství a dopad negativních účinků pro plod a novorozence zejména studentům zdravotnických oborů. Naleznou zde seriózní a prověřené informace. Vzhledem ke stručnému a věcnému obsahu mohou poměrně snadno a rychle získat základní informace o daném tématu.

Matka o dítě po celou dobu hospitalizace nejevila žádný zájem, nebyla na návštěvě, nevolala. Odborem péče o dítě pro Prahu 4 bylo zahájeno sociální řízení a na základě předběžného opatření bylo dítě umístěno do Dětského centra v na Praze 4. I nadále jsem se zajímala jak pokračoval život malé holčičky dále. Sestry z kojeneckého ústavu mi sdělily, že dítě je již zcela vyléčeno. Abstinenční příznaky se u ní neprojevovaly a díky nezájmu matky byla zařazena do programu adopce. V současné době má holčička novou milující rodinu u které našla zázemí, lásku a pocit bezpečí. Jsem ráda, že i já jsem se mohla podílet na péči novorozence a zlepšit její zdravotní stav.



## SEZNAM LITERATURY

1. BEČKOVÁ, I.; VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. První vydání. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.
2. BOČÁNKOVÁ, R. *Drogy a alkohol v těhotenství* (on line). (cit 2.11.2009).  
<http://.babyweb.cz/Clanky/a1091-Drogy-a-alkohol-v-tehotenstvi.aspx>
3. BORNÍK, M. *Drogy, co bychom o nich měli vědět*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-85821-98-2.
4. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel. *Porodnictví 2*. Druhé přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
6. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii*. První vydání. Brno IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-322-8.
7. FRÝDECKÁ, Helena; JEDLIČKOVÁ, Otilie; MELLANOVÁ, Alena. *Lemon I*. První vydání. Brno: Mikada, 1996. ISBN 80-7013-234-5.
8. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo, 1*. Osveta Martin, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
9. KUDLOVÁ, E.; MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
10. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

11. MIHÁL, V. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie I. díl.* Olomouc: UP Olomouc, 1998. ISBN 80-7067-849-6.
12. NEČASOVÁ, A. a kol. *Vybrané kapitoly z dětského lékařství a ošetrovatelská péče I. díl.* Brno: IDVPZ Brno, 1994. ISBN 80-7013-175-6.
13. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací.* Plzeň, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
14. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost.* Třetí aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
15. NOVOMENSKÝ, F. *Drogy: História – Medicína – Právo.* První vydání. Martin, 1996. ISBN 80-88719-49-6.
16. SEDLÁČKOVÁ, P. A kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* První vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
17. SKÁLA, J. A kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* První vydání. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-077-87.
18. TRÁVNÍČKOVÁ, R. *Problémy drogové závislosti v těhotenství* (on line). (cit 4.12.2009).  
[http://zachrannykruh.cz/rizikove\\_chovani/problemy\\_drogove\\_zavislosti\\_v\\_tehotenstvi.html](http://zachrannykruh.cz/rizikove_chovani/problemy_drogove_zavislosti_v_tehotenstvi.html)
19. VAVŘINKOVÁ, B.; BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství.* První vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.