

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE
ZÁVISLOSTÍ NA HEROINU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Slabochová

Praha 2012

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE ZÁVISLOSTÍ
NA HEROINU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Slabočová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Praha 2012

Naskenované schválení práce

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na heroinu“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Michaela Slabochová

.....

PODĚKOVANÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Anně Mazalánové, PhD. za trpělivý přístup, praktické znalosti, podnětné rady a připomínky při sepisování této bakalářské práce. A ráda bych poděkovala mému příteli, celé své rodině a přátelům, kteří mě při psaní této práce podporovali. Také děkuji pacientovi, který se mnou vypracoval ošetrovatelský proces.

ABSTRAKT

SLABOCHOVÁ, Michaela. *Ošetrovatelský u pacienta se závislostí na heroinu*.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr.
Anna Mazalánová, PhD. Praha 2012. 50 stran 50.

Hlavním tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na heroinu.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána charakteristika drogové závislosti, rozdělení legálních a nelegálních drog obsahuje nejpodstatnější informace o heroinu. Dále se zabývá léčbou drogové závislosti a nedílnou součástí je psychoterapeutický přístup. Praktická část obsahuje detailní zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta v závislosti na heroinu.

Klíčová slova: Heroin, Závislost, Psychoterapie, Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

SLABOCHOVÁ, Michaela. Nursing Process for Addicted Patients to Heroin. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague 2012.

Pages 50.

The main topic of my bachelor thesis is the nursing process for addicted patient to heroin.

Thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part describes characteristics of addiction to drug abuse, division of legal and illegal drugs, and contains the most underlying information about heroin. Furthermore, the thesis deals with treatment of addiction to drugs and the major part of the thesis is a psychotherapeutic access. The practical part contains the comprehensive nursing process for a particular patient.

Key words: Heroin. Addiction. Psychotherapy. Nursing Process.

Obsah

Úvod	9
1 Charakteristika drogové závislosti	10
1.1 Droga	10
1.2 Drogová závislost	10
1.3 Vliv drog na duševní stav a osobnost	11
1.4 Toxická psychóza	11
2 Legální a nelegální drogy	12
2.1 legální drogy	12
2.2 Nelegální drogy	13
3 Léčba drogové závislosti	15
3.1 Mírnění škod („harm reduction“)	15
3.2 Ambulantní léčba zaměřená na abstinenci	15
3.3 Detox	15
3.4 Ústavní léčba	16
3.5 Zařízení k dlouhodobému pobytu („komunity“)	16
4 Heroin	17
4.1 Historie opiátů	17
4.2 Původ heroinu	17
4.3 Jak heroin vypadá	18
4.4 Mezinárodní statistiky	18
4.5 Účinky heroinu	19
5 Ošetrovatelská péče u pacienta se závislostí na heroinu	21
5.1 Význam ošetrovatelské péče u nemocného se závislostí na heroinu	21
6 Psychoterapeutický přístup	22
6.1 Pohyb a jeho význam	22
6.2 Životospráva v oblasti stravování	22
6.3 První krok	23
6.4 Duševní hygiena	23
6.5 Dobrý skutek	24
6.6 Péče o zevnějšek	24
6.7 Mezilidské vztahy	24
6.8 Buddhistická meditace	25
6.9 Spánek	27
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	28
7.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	28
7.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	28
Nynější onemocnění:	28
7.3 ANAMNÉZA	28
Léková anamnéza	29
Pracovní anamnéza	30
Spirituální anamnéza	31
7.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne: 15. 11 2011	31
7.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:	37
Ordinovaná vyšetření:	37
7.6 SITUAČNÍ ANALÝZA:	38
7.7 Ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry	39
7.8 Celkové hodnocení:	48
7.9 Doporučení pro praxi	48
8 Závěr	50

Seznam použitých zkratk:

AT	alkoholicko – toxikologická
ESDAP	European Society for Dermatology and Psychiatry
KO	krevní obraz
CRP	C-reaktivní protein
INR poměr	international normalized ratio, mezinárodní normalizovaný
JT	jaterní testy
CPS	kapsle
PDK	pravá dolní končetina
TBL	tablety
MG	miligram

Úvod

Sociální a medicínské následky škodlivého užívání opiátů významně přesahují obor adiktologie, s fenoménem závislosti se lze setkat každodenně v běžném životě, se zdravotními následky užívání drog jsou frekvenčně řešeny v podstatě ve všech lékařských i nelékařských oborech. S lidmi závislími na opiátech se běžně setkáváme na různých odděleních, ambulancích, nebo u praktického lékaře. Proto by každý člen nejen lékařského, ale i ošetrovatelského týmu měl o nealkoholové závislosti mít alespoň základní údaje.

Při zpracovávání této práce nás vedla zkušenost a spolupráce s pacientem, kterého závislost na heroinu a její komplikace provádí více než polovinu života. V praktické části jsme se díky pacientovi dozvěděli o této nemoci mnoho zajímavých informací. Tím bylo zjištěno, že kvůli nedostatečné informovanosti o onemocnění zpočátku pacienti ani nenapadne, že by závislostí trpěli oni sami. Spolupráci na ošetrovatelském procesu předcházela snaha o zjištění co nejvíce informací o onemocnění za pomoci literatury. Cílem práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče u pacienta se závislostí na heroinu.

1 Charakteristika drogové závislosti

Člověk může být závislý na nějaké látce, nutkavém jednání nebo vztahu. Nikdo nechce být ničím ovládán, a přesto se to neustále stává. Čím více je člověk něčím ovládán, tím méně je svobodný. Může se stát, že to něco člověka zcela zotročí, vládne mu. Člověk ztratil kontrolu nad svým životem, nedělá, co by opravdu chtěl. Je nemocný.

1.1 Droga

Drogu lze chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje tyto požadavky: 1. má takzvaný psychotropní účinek, to znamená, že nějakým způsobem ovlivňuje naše prožívání okolní reality, mění se naše „vnitřní“ naladění, prostě působí na psychiku. 2. může vyvolat závislost

Látky ovlivňující psychiku schopné vyvolat závislost jsou všude kolem nás. Legální drogy, především alkohol a to v celé jeho šíři od piva přes víno až k destilátům. Přísně vzato by drogovou definici splňovala i káva a také zdánlivě nevinný čaj. O drogových účincích tabákových výrobků není třeba pochybovat.

Spolu s vývojem naší civilizace se objevují stále drogy nové. Hovoří se o návykovém sledování televize a stále častěji o tzv. gamblingu (o návykovém hráčství na výherních automatech). Toto vše patří k životu, který nás obklopuje na každém kroku. Úplná a naprostá abstinence psychotropní látky, to je zásadní odmítání čaje, kávy, tabákových výrobků či alkoholu v jakékoli podobě a při jakékoli příležitosti, je v naší společnosti spíše výjimkou. Konzumace legálních drog je běžná věc a nikdo se nad ní nepozastavuje. Drogy výše zmíněného typu jsou nejen povoleny zákonem, ale nabízeny ke konzumaci na každém kroku (16).

1.2 Drogová závislost

V pojetí WHO je centrálním příznakem závislosti velmi silná touha užívat psychoaktivní látku (craving, bažení dychtění). Tento příznak má subjektivní (psychickou) a fyzickou (patofyziologickou: součást odvykacího stavu) složku. Dalšími ústředními příznaky jsou odvykací stav (většinou současně znamená i komplikaci) a zvýšená tolerance k látce.

Psychická závislost

Znamená syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem , k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům (což jsou poruchy motivačního a behaviorálního charakteru). Pro psychickou závislost jsou učebnicovými vzory amfetaminy, tetrahydrokanabiol, nebo nikotin.

Fyzická závislost

Je definována růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický (patofyziologický) craving. Pro fyzickou závislost jsou učebnicovými vzory opioidy nebo benzodiazepiny(10).

1.3 Vliv drog na duševní stav a osobnost

Při zneužívání návykových látek se mohou v průběhu akutní i chronické intoxikace vyskytnout následné duševní změny a poruchy. Jsou to deprese, úzkosti, poruchy vůle a zájmu, poruchy pozornosti a soustředění, citová labilita – psychózy a vývoj defektních stavů a změn osobnosti-psychopatizace, hrozí poruchy intelektu, které mohou vyústit až do stavů předčasného oslabení intelektových schopností(17).

1.4 Toxická psychóza

Dlouhodobé užívání stimulancií (kokain, pervitin, amfetamin) může vést k toxické psychóze. Avšak může být vyvolána i jednorázovou vysokou dávkou. Stav se většinou projevuje paranoidním či paranoidně-halucinatorním syndromem „stíha“). Při dlouhodobém užívání se vývoj podobá funkčním paranoidním syndromům. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahovačností. Hlavními rysy rozvinuté toxické psychózy u uživatelů jsou:

- zřetelné paranoidní domněnky, že mu chce někdo ublížit
- zřetelné postižení nálady
- zrakové, sluchové a taktilní halucinace(8).

2 Legální a nelegální drogy

Drogy se dají dělit na legální a nelegální. Legální jsou ty, které jsou schválené zákonem a nelegální, jejichž držení a prodej je trestný.

2.1 legální drogy

Tabák

Tabák je v jakékoliv formě i způsobu užívání nebezpečný. Je to jedna z nejnávykovějších a nejčastěji užívaných drog na naší planetě. Neexistuje tabákový výrobek, o kterém bychom mohli říci, že je méně nebezpečný. Neexistuje bezpečná cigareta!

Je prokázáno, že kouření má vliv na náš zdravotní stav a zvyšuje riziko úmrtnosti. Kouření patří podle WHO mezi návykové látky vyvolávající závislost. Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku. 31. květen je světový den nekouření.

Kofein

Je pravděpodobně nejrozšířenější stimulant na světě, obsažený v kávě, čaji, nealkoholických nápojích a čokoládě. Je znám svými povzbuzujícími účinky na mozkovou činnost, ale má i řadu jiných účinků. Zvyšuje krevní tlak, zrychluje puls, zlepšuje využití tukových zásob. Pravidelné večerní popíjení kávy může vyústit v nespavost, ztrátu energie a únavu.

Alkohol

Je nejrozšířenější droga, kterou lidé konzumují od nepaměti.

Čokoláda

Svůj název získala z aztéckého slova, které označovalo „potravu bohů“. Do Evropy byla přivezena v sedmnáctém století a vzápětí se proslavila jako afrodisiakum(16, 4).

2.2 Nelegální drogy

Psychedelika (Halucinogeny)

Jsou přírodní a syntetické látky působící halucinace (LSD, lysohlávky, extáze). U halucinogenů není popsána fyzická závislost. Jejich hlavní nebezpečí spočívá v možnosti vzniku toxické psychózy a rozvoji latentních psychických onemocnění. V důsledku halucinací se může člověk dostat do situací, kdy je nebezpečný sám sobě i svému okolí (např. létání z okna, pocit ohrožení jinou osobou). Tyto látky bývají většinou jedovaté a rychle devastují vnitřní orgány. Jsou schopny měnit normální lidské vnímání prostoru, času, forem, barev i zvuků(4).

Opiáty

Uklidňující látky (heroin, kodein, metadon, morfin, opium). Mají vysoké riziko rychlého vzniku fyzické závislosti se silným abstinenčním syndromem při vysazení, vysoké riziko předávkování díky velkým pohybům v toleranci (často dochází i ke smrtelným předávkováním stejnou dávkou i po krátkodobé abstinenci). Díky silné závislosti dochází k rychlé a hluboké desocializaci narkomana. Morfin je získávaný z opia. Návyk na tuto drogu je velký. Z morfinu vzniká heroin. Euforie po aplikaci této drogy trvá déle než u morfinu, ale i návyk na heroinu je oproti morfinu ještě větší. Často stačí jedna nebo dvě injekce, aby vyvolaly trvalou touhu po droze(4).

Stimulancia

Jsou povzbudivé látky (pervitin, kokain). Riziko smrtelného předávkování při pravidelné konzumaci vzniká toxická psychóza, stihomam a z toho plynoucí nebezpečnost sobě i svému okolí. Kokain se vyrábí z listů koky, keře rostoucího v Andách. Účinek šňupání kokainového prášku je velmi silný, ale krátkodobý po něm následují deprese. Jeho opakované používání vede k těžkým duševním poruchám a často ke smrti. Patří mezi nejnebezpečnější drogy.

Amfetamin je povzbuzující látka, jedna z nejužívanějších jako pervitin, slangově perník, peří nebo péčko. Je to krystalický prášek, barva se může lišit (od narůžovělé, přes bílou, až po hnědou). Při předávkování se objevuje silná bolest v hrudníku a následuje několikahodinové bezvědomí. Byla používána ve velkém množství v období druhé světové války. Je levnější a působí déle než kokain(4, 21).

Cannabioidy

Konopné drogy jsou užívány především kouřením, v menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu. Určité omezení z hlediska úpravy představuje. Rozpustnost účinných látek především v oleji a tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě. U dlouhodobých uživatelů je množství aktuálně užitých drog ovlivněno stále přítomným určitým množstvím v těle. Velmi obecně tak můžeme říci, že se množství požitých drog u marihuany pohybuje od desetin gramu až po několik gramů sušiny.

Hašiš je jedna z ilegálních drog. Konopné produkty se na trhu objevují nejčastěji ve formě spleené pryskyřice ze severoafrických rostlin, která přichází v kostkách, špalcích, lepkavých koulích nebo práškových vločkách a je nazývána hašiš. Většinou se kouří(4, 9).

TĚKAVÉ LÁTKY

Ze strany škodlivých účinků na organismus se jedná o jednu z nejtvrdějších drog vůbec (ředidla, toulén, syntetická lepidla. Rozpouštědla ničí tukové tkáně (hlavně v mozku) a také leptají sliznice. Je zde velmi vysoké nebezpečí předávkování díky aplikaci čichání, která neumožňuje přesné a kontrolované dávkování. U dlouhodobých „čičačů“ vzniká demence, problémy s koordinací pohybu, může docházet i k ochrnutí končetin. (4)

3 Léčba drogové závislosti

3.1 Mírnění škod („harm reduction“)

Jejich základní myšlenkou je toto: Některým pacientům není dočasně nebo i dlouhodobě možné nabízet léčení zaměřené k abstinenci. Je správné alespoň mírnit škody, které s sebou nese pokračující užívání drog. Výhodou může být i to, že se někdy podaří navázat dobrý vztah a člověk je později ochoten přijmout nějakou formu intenzivnější léčby. Mírnění škod („harm reduction“) zahrnuje mimo jiné následující postupy:

-výměna jehel a stříkaček, poskytování dezinfekce a prezervativů, aby se snížilo riziko přenosu žloutenky a AIDS.

-poskytování jídla a vitamínů

-možnost péče o osobní hygienu

-zprostředkování lékařské pomoci pro různé tělesné nemoci.

-pomoc při sociálních problémech.

-poradenství.

-substituční léčba nejčastěji metadonem nebo buprenorfinem(14).

3.2 Ambulantní léčba zaměřená na abstinenci

Probíhá v nejrůznějších zařízeních, některá slouží i závislým na alkoholu, jiná jsou specializovaná na nealkoholové drogy. Výhodou ambulantní léčby je to, že nevyžaduje pracovní neschopnost a že člověk může chodit dál do školy nebo do práce. Velká část poraden má ordinační hodiny přizpůsobeny tak, aby je lidé mohli navštěvovat i po pracovní době. Některé poradny poskytují i anonymní poradenství, člověk tedy nemusí uvádět jméno. Ambulantní léčba je velmi praktická, má ale určitá omezení. Jestliže se drogy někomu vymkly z rukou takovým způsobem, že i přes upřímnou snahu léčit se ambulantně se stav nelepší, měl by uvažovat o ústavní léčbě. Ústavní léčba bývá potřebná i u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací po drogách. (14)

3.3 Detox

„Detox“ je zkrácený výraz pro detoxifikaci.

Cílem detoxifikace je hlavně:

- zbavit tělo jedovatých látek

- pomoci překonat odvykací stav („absták“).
- zjistit, zda člověk netrpí navíc nějakou tělesnou nebo duševní nemocí, která vyžaduje léčení
- navrhnout další léčení, jestliže je potřebné a pacient o něj stojí.

Detoxifikace se může provádět i ambulantně, v lůžkovém zařízení je to ale bezpečnější. Detoxifikačních lůžek je nedostatek. Jestliže někdo potřebujete detox a sežene někde místo, neměl by váhat. (14)

3.4 Ústavní léčba

Psychiatrické, interní nebo infekční oddělení může pomoci s léčbou důsledků braní drog. Pro překonání samotného problému s drogou bývá ale vhodná specializovaná odvykací léčba. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří konkrétní režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci pacientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řešit všemožné 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 se účastní aktivit pro volný čas, mohou využít poradenství v sociálně právních problémech(14, 21).

„ Martin s Richardem na stupínku, ostatní na židlích kolem, primárka přechází po dělící čáře mezi publikem a aktéry této parodie na soud. „Tak už konečně přiznejte, kdo se podílel na propašování látky do léčebny(7)!“

3.5 Zařízení k dlouhodobému pobytu („komunity“)

Pobyt v takových zařízeních může trvat rok i déle, většinou jsou organizovaná na principech terapeutické komunity. Zařízení tohoto typu je u nás málo a počet lůžek v nich nepostačuje zájmu. Jsou orientovaná k abstinenci a mají nesporné výhody. Jedinou nevýhodou je snad to, že taková léčba není přijatelná a dostupná pro každého(14).

4 Heroin

Heroin patří mezi opiáty a je vysoce návykovou nelegální drogou. Užívají ho miliony závislých po celém světě, kteří nedokáží překonat nutkání každodenně užívat tuto drogu. Heroin je vyroben z pryskyřice rostlin máku. Je většinou aplikován injekčně, což uživatele vystavuje vážným rizikům. A to například hrozbě nákazy AIDS nebo jinou infekční nemocí, která je dalším problémem k způsobované bolesti samotnou závislostí (22).

4.1 Historie opiátů

První podklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6000 let a pocházejí z říše Sumerů, kteří mák nazývali „rostlinou radosti“. Odtud se dostal do Egypta, kde patrně opium používali kněží ke kultovním obřadům rámci dávných mysterií, podobně jako hašiš. Ve starém Řecku lékaři používali omamných účinků drogy k léčení.

Řekové dali makové šťávě také název opium a získávaný elixír se tak stal postupně proslulým. Makovice se stala symbolem boha spánku Morpheea a boha smrti Tkhanata. Homérští hrdinové znali kouzelný nápoj podávající odvahu a nazývali jej Nepenthes. Poté se nápoj dostal více na Západ. V 6 a 7 století donesli Arabové opium až do Persie, Indie, a Číny. Tato droga nebyla Mohamedem zapovězena (na rozdíl od alkoholu). Významný středověký lékař Paracelsus používal k léčení tinktury, které obsahovali opiáty a nazýval je Laudanum a Arkanum.

V Číně kde se opium masově rozšířilo, bylo nejdříve konzumováno a později kouřeno. Význam mělo i svým účinkem potlačení hladu v dobách hladomoru a katastrof. Podobně jako v arabských zemích se i v Číně rozvinuly rituály kolem kouření a používání opia. Kvůli obchodu s opiem v letech 1839 – 1842 svedla Čína válku s Británií, kterou Britové vyhráli stejně tak i ve druhé opiové válce. V 19 století se opium rozšířilo do Evropy. Od roku 1909 se jsou postupně formulovány požadavky na kontrolu nad opiem (Hongkongská smlouva)(8).

4.2 Původ heroinu

Heroin byl vyroben poprvé v roce 1898 německou farmaceutickou společností Bayer a byl uveden na trh jako lék na tuberkulózu a současně prostředek na léčbu morfiové závislosti. Úmrtnost závislých na heroinu byla odhadována dvacetkrát větší než u zbytku populace.

V padesátých letech devatenáctého století byla závislost na opiu závažným problémem. „Řešením“ bylo nahradit opium u závislých, méně účinnou a údajně nenávykovou látkou morfiem. Závislost na morfiu se záhy stala větším problémem než závislost na opiu.

Podobně jako tomu bylo v případě opia, i morfiový problém byl vyřešen další „nenávykovou“ náhražkou a to heroinem, který je, jak se později ukázalo, ještě návykovější než morfiem. Spolu s heroinovým problémem se objevila další „nenávyková“ náhražka. Tato droga je nyní známá pod názvem metadon. Byl vyvinut v roce 1937 německými vědci, kteří hledali utišující lék pro chirurgii. V roce 1947 byl metadon exportován do USA pod obchodní značkou „Dolophine“ (22).

4.3 Jak heroin vypadá

Ve své nejčistší formě je heroin jemný bílý prášek. Mnohem častěji se však vyskytuje narůžovělý, našedlý, hnědý nebo dokonce černý heroin. Zbarvení je způsobeno příměsí, které byly použity k jeho naředění. Mezi ně patří cukr nebo kofein. Heroin, který se prodává na ulici je někdy „říznutý“ strychninem (jed na krysy) nebo dalšími jedy. Některé příměsí se zcela nerozpouští, a když jsou pak vpichovány do krevního řečiště, mohou upcat cévy vedoucí k ledvinám, plicím nebo mozku. Už jen to může vést k infekci nebo nevratnému zničení životně důležitých orgánů.

Uživatel, který si heroin kupuje na ulici, nikdy nezná skutečnou sílu drogy v konkrétním „psaníčku“. Tím se uživatelé neustále vystavují riziku předávkování.

Heroin může být aplikován injekčně, šňupán nebo kouřen. Po prvním užití droga vytváří omamný pocit. Člověk se může cítit velmi uvolněn, snadno komunikuje s ostatními a zažívá pocit zvýšeného sexuálního výkonu ne však nadlouho.

Heroin je vysoce návykový a odvykání je velmi bolestivé. Droga rozloží imunitní systém a přivodí své oběti nemoci, extrémní pohublost a nakonec smrt(22).

4.4 Mezinárodní statistiky

Odhadem 13,5 milionu lidí na celém světě užívá opioidy (látky podobné opiu), včetně 9,2 milionu lidí, kteří užívají heroin.

V roce 2007 pocházelo 93 % světové produkce opia z Afghánistánu (opium je surovinou, z které se vyrábí heroin.) Jeho vývozní hodnota byla zhruba 4 miliardy dolarů, z

nichž celé tři čtvrtiny získali překupníci. Zbývá miliarda putovala k samotným afghánským pěstitelům opia.

Životní zkušenost s opiáty nebo heroinem mělo v roce 2007 v České republice 2 % studentů ve věku 16 let podle průzkumu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2007.

Zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti z roku 2008 uvádí, že v Evropě opiáty, zejména heroin, hrály roli ve čtyř z pěti smrtí souvisejících s užíváním drog.

Podle průzkumu ESPAD mělo v roce 2003 zkušenost s užitím heroinu (opiátů) 10 % českých školáků ve věku do 13 let (22).

4.5 Účinky heroinu

Okamžité účinky

Počáteční účinky heroinu mohou zahrnovat velký nával pocitů tzv. omámení. Tento účinek je často provázen suchem v ústech a pocitem tepla na kůži. Počáteční reakce může zahrnovat zvracení nebo silné svědění. Potom, co tyto počáteční účinky vymizí, je uživatel po několik hodin omámen. Zpomalí se jeho tělesné funkce jako tepová frekvence nebo dýchání. Několik hodin poté, co účinky drogy začínají pomíjet, si tělo drogově závislého začne žádat o další dávku. Nedostane-li ji, začne „absták“. Tento stav může zahrnovat těžké fyzické a psychické potíže, dokud není tělu dodána další dávka heroinu. Abstinenčními příznaky mohou být neklid, bolesti v kostech, průjem, zvracení a těžká nevolnost.

Intenzivní omámení, které uživatel vyhledává, trvá jen několik minut. S dalším užíváním potřebuje zvyšovat dávky drogy, jen aby se cítil „normálně“(22).

Krátkodobé účinky:

- omámení
- zpomalení dechu
- zamlžení funkce myšlení
- nevolnost a zvracení
- malátnost, ospalost
- hypotermie (snížená tělesná teplota)
- kóma, smrt

Dlouhodobé účinky

Vliv přetrvávajícího užívání heroínu je na tělo velmi ničivý. Časté injekce jsou příčinou poškození cév a mohou vést k infekcím krevního řečiště a srdečních chlopní. Celkový špatný stav těla může vést k tuberkulóze. Dalším dlouhodobým důsledkem závislosti na heroínu je artritida. Uživatelé heroínu často sdílejí společnou jehlu, to vede k AIDS, hepatitidě a jiným nakažlivým chorobám. Dlouhodobé účinky se dělí:

- zapáchající dech
- zánět dásní
- zácpa
- snížená pohlavní schopnost a dlouhodobá impotence u mužů
- narušení menstruačního cyklu u žen
- neschopnost dosáhnout orgasmu (muži i ženy)
- ztráta paměti a inteligenčního potenciálu
- introverze (stažení se do sebe)
- deprese
- nespavost
- ztráta chuti k jídlu
- studený pot
- svědění
- oslabení imunitního systému
- bezvědomí
- nemoci spojené s dýcháním
- svalová slabost
- puchýře na obličeji(22).

5 Ošetrovatelská péče u pacienta se závislostí na heroinu

Nedílnou součástí léčby závislosti je ošetrovatelská péče. Je potřeba si uvědomit, že závislost s sebou přináší velké riziko nejrůznějších onemocnění jak somatických tak i psychických a nakonec i poruchou sociální oblasti. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou ne pouze jejími částmi. Proto je ošetrovatelská péče u závislého na heroinu zcela nezbytná.

5.1 Význam ošetrovatelské péče u nemocného se závislostí na heroinu

Sestra v ošetrovatelské péči vede pacienta k zodpovědnosti, schopnosti uznat a dodržovat daná pravidla. Sestra také nabízí pomoc v oblasti sociální, má kontakty na různá zařízení zabývající se touto problematikou a pomáhá pacientovi s vyřizováním aktuálních problémů, sociální dávky, bytové problémy, dluhy. Dále nabízí možnosti lékařské péče a je v kontaktu s ordinacemi, kde o pacienty pečují.

Většina ošetrovatelských problémů, které se v substituční terapii vyskytují, jsou z oblasti psychosociálních potřeb. Z toho vyplývají zásady přístupu sestry k pacientům se závislostí na heroinu. Velmi důležité je navázání kontaktu a navození pocitu bezpečí a důvěry, potřeba kontaktu je u pacientů zvýšená a zároveň se ho bojí, ohrožuje je. Dále je důležité porozumět tomu, co pacient cítí a o čem přemýšlí. Sestra představuje pro pacienta míru reality a nesmí v něm vyvolat pocit odmítnutí nebo pokoření. Proto zásadním je v ošetrovatelské péči pro sestru rozhovor. Při pozorování a rozhovorech získává zdravotní sestra mnoho informací a svým psychoterapeutickým přístupem může výrazně ovlivnit průběh substituční terapie.

Ošetrovatelské péče u závislého na heroinu je nepostradatelná. Často u závislého vymizí touha po uspokojení biologických potřeb. Hodnotí se úroveň sebepéče. Do této kategorie se zahrnují základní každodenní činnosti (stravování, oblékání, hygiena, vyprazdňování). Pacienti se závislostí na heroinu často zanedbávají hygienu. Jestliže berou heroin injekčně, už to samo o sobě je riziko vzniku infekce, jestliže k tomu přidáme zanedbání hygieny je riziko velmi vysoké. Hygiena je udržování osobní čistoty. Neupravený zevnějšek může signalizovat duševní nepohodu člověka, nízkou sebeúctu. Prostřednictvím osobní hygieny si lidé udržují zdraví a chrání se proti nemocem (19).

6 Psychoterapeutický přístup

Je nedílnou součástí při léčbě člověka závislého na heroinu. Zdravý způsob života je pro závislého velmi důležitý a to pro zlepšení nejen somatické stránky člověka, ale i psychické.

6.1 Pohyb a jeho význam

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Tím i lidí závislých na heroinu. Je známo, že fyzická aktivita má prospěšnost jak na stránku somatickou, ale i duševní.

Prospěšnost tělesné práce a cvičení

- To že člověk dělá něco užitečného, zvyšuje jeho soběstačnost a sebedůvěru.
- Člověk má lepší vztah k tomu, na čem se aktivně podílí.
- Tělesné cvičení a práce zmírňují úzkosti a deprese.
- Práci se dá odreagovat hněv a rozčilení.
- Pravidelným provozováním si člověk zvyšují kondici a zdravé sebevědomí.
- Tělesná aktivita pomáhá vytvářet zdravý životní styl.
- Usnadňuje relaxaci (uvolnění). Ta se někdy dostavuje automaticky po předchozí tělesné aktivitě.
- Může být vyvolán pocit libosti (euforie).
- Zdravá a přiměřená námaha nebo vhodné cvičení jsou součástí prevence nebo léčení mnoha nemocí (obezita, cukrovka, vysoký krevní tlak, některá onemocnění pohybového systému, duševní poruchy atd.).
- Člověka, který rozumně cvičí, nebolí tolik záda a jiné části těla.
- Přiměřené cvičení posiluje imunitní systém a zvyšuje celkovou odolnost.
- Při cvičení se rychleji odbourávají škodliviny, které se při stresu dostaly do krve(14).

6.2 Živospráva v oblasti stravování

Mnoho lidí závislých na drogách, je zjevně nebo skrytě podvyživených. To bylo způsobeno více okolnostmi.

- Poruchami trávení u heroinu a jiných opiátech bývá typická úporná zácpa.
- Nedostatkem prostředků na jídlo.

- Nedostatkem času na jídlo.
- Nedostatkem zájmu o jídlo.
- Nevhodnými stravovacími návyky.
- Často nedostatkem tekutin.
- Přidruženými nemocemi.

Vaření patří k ušlechtilým zálibám. Je lépe něco si doma uvařit, než chodit do hospod, kde se nakouřeno, kde se kšeftuje s drogami, kde se podávají alkoholické nápoje a kam chodí lidé, jímž by bylo lépe se vyhnout. Pro závislého je to bezpečnější a levnější. Až budete doma mít navařeno, můžete pozvat ke stolu rodinu nebo přátele. Ať mají z vaší kuchařské tvořivosti požitek i oni. Potom si můžete posedět při šálku bylinkového nebo jiného dobrého čaje (14, 15).

6.3 První krok

Mít možnost se někomu svěřit a popovídat si je velmi důležité. Ten kdo dokáže o svých pocitech mluvit je ve výhodě. Mladí lidé často rádi kreslí, i to je jeden ze způsobů, jak pocity projevit. Někdo se dokáže vyplakat, vykřičet své trápení. Zvláště cenné bývá promluvit si s lidmi, kteří podobnou obtížnou situaci překonali nebo překonávají(14).

S kým je dobré promluvit si.

- Lékař
- Linka důvěry
- Nízkoprahové zařízení (kontaktní centrum apod.)
- Ordinace AT
- Psycholog
- Rodiče

6.4 Duševní hygiena

Je dobré rozlišit mezi sebou a svým problémem s drogou

Řekne-li někdo jen to o závislém člověk jen to, že má problém s drogami, neřekli o něm skoro nic. Třeba kromě toho může být závislí šikovný, mít dobrý vztah k lidem, nebo smysl pro umění. To, že má problém s drogou, je pouze jedna z mnoha skutečností, které se závislého týkají. Každý člověk je jedinečný a neopakovatelný. Podle Alberta Einsteina má

každé místo ve vesmíru stejné právo nazývat se jeho středem. Platí to i pro člověka závislého na heroinu (14).

6.5 Dobrý skutek

Pomoci druhému člověku nebo poradit je jedna z nejúčinnějších věcí, kterou může závislý pro zlepšení svého sebevědomí udělat. Neměli by, ale „zachraňovat“ lidi, kteří jsou na drogách. To by mohlo být v počátečním období abstinence velmi nebezpečné a neprospěli by tak ani sobě ani druhým. Je dobré se zamyslet nad tím, kdo z okolí by mohl potřebovat pomoc. Možná je někdo z okolí osamělý a potěší ho, když dostane dopis nebo drobný dárek. Nebo je možná někdo se zdravotními potížemi, někdo v životní krizi. Je velmi příjemné pomoci, zvláště když je to prospěšné oběma stranám. Je samozřejmé, že se nemá pomáhat tam, kde to dotyčný odmítá. Je důležité nepřeceňovat také své síly(15).

6.6 Péče o zevnějšek

Slavný indický státník Néhrú píše ve svém životopise, že se v době věznění nikdy nezapomněl ráno pečlivě oholit. Podle něj to bylo důležité, aby si udržel svoji úroveň a sebevědomí. Přiměřená péče o zevnějšek včetně oblečení a účesu je důležitá pro to, jak nás druzí vnímají. Ještě důležitější to však může být pro nás samotné. Upravení, čistí a dobře oblečení se naprostá většina žen i mužů cítí sebevědoměji(14).

6.7 Mezilidské vztahy

Důvěrné vztahy

Vztahy lidí, kteří mají problémy s heroinem a i ostatními drogami, a jejich rodičů nebo příbuzných bývají často napjaté. Příčin je několik. Možná tyto vztahy nebyly v pořádku už před tím, než vznikly problémy s drogami. Dobrým vztahům škodí nesplněné sliby, vyslovené lži, tajnůstkářství, nepředvídatelné a z hlediska rodiny nesmyslné jednání. Je jasné, že ke zlepšení blízkých vztahů je důležité překonat problém s drogami. To může otevřít cestu k větší otevřenosti. A člověk je také schopen ve vztahu více dávat a vztahy se stávají vyváženější.

Možností jak rozšířit počet důvěrných vztahů je víc. Mohou se oživit některé vztahy, které byly důvěrné dříve, ale z nichž se důvěra vytratila. To se týká zejména rodinných vztahů. Může se také zkusit posunout některý z přátelských vztahů do důvěrné roviny.

Vytvořit intimní vztah se známým nebo s úplně cizím člověkem. Poslední možnost je ale nejnáročnější a nejriskantnější. Důvěrný vztah posiluje to, že si lidé vzájemně pomáhají, podporují se a působí si radost. A nic důvěrný vztahy neoslazuje více, než to, když člověk působí druhému zbytečné utrpení.

Vytvořit a udržet důvěrný vztah není vždy jednoduché. Vyžaduje to často určitou míru sebekázně a schopnost se do jisté míry přizpůsobit. Lidé závislí na heroinu si často myslí, že až se začnou zlepšovat vztahy, tak přestanou brát, ale je to přesně naopak. To znamená nejdříve přestat brát, pak se začnou zlepšovat teprve pak.

Přátelé

Přátelé jsou důležití nejen jako „rezerva“ pro důvěrnou oblast, ale sami o sobě. Přátelství napomáhají zejména společné zájmy a podobné názory, vzájemná úcta a zájem (14).

6.8 Buddhistická meditace

Smysl života

Každý člověk má poslání, cíl. Kdyby žádný cíl neexistoval, pak by všechno stvoření, celé bytí, veškerá filozofie a všechna náboženství byly úplně zbytečné a bezúčelné. Tím, že žijeme a vůbec nechápeme smysl života, popíráme filozofie a odporujeme náboženstvím. Proto bychom měli alespoň jednou denně uvažovat a ptát se: „Proč jsem sem přišel? Proč jsem? Jaký to má smysl? Jsem pouze toto, nebo jsem více, než čím se zdám? Jsem tělo? Jsem tento kus hmoty nebo je nějaká větší skutečnost uvnitř?“ (Svámí Satjánanda)

Tradiční buddhismus odmítá drogy, alkohol i hazardní hry. V jistém klášteře v Thajsku poskytují závislým na drogách léčbu založenou na tamní tradiční medicíně, buddhistických rituálech a meditaci. Neznámější buddhistická meditační technika se v mnohém podobá cvičení vnitřního ticha. Člověk pozoruje svůj přirozený dech v oblasti nosních dírek nebo v oblasti břicha a komentuje ho (např. klidný dech, rychlý dech, nádech, výdech, přestávka dechu apod.). Podobně komentuje i své tělesné nebo duševní pocity(14).

„Je zde, ale uvedena jiná technika, kterou tradice také připisuje samotnému Buddhovi. Následující meditační technika přináší při pravidelném cvičení podle Buddhistické tradice

následující účinky: Dobrý spánek, snadné probouzení, žádné noční můry, je drahý lidským bytostem, chrání ho dévové (andělé), oheň, jed a zbraň se ho nedotkne, jeho mysl dosahuje rychle soustředění, má jasné vzezření, umírá nezmaten(14).“

Mettá

- *Posaďte se pokud možno zpříma a uvolněně.*
- *Buddhistická meditace se tradičně začíná tím, že člověk vzdá úctu Buddhovi, jeho učení i následovníkům.*
 - *Pak požádejte o odpuštění všechny, kterým jste v životě ublížili, a odpusťte všem, kdo ublížili vám.*
 - *Vybavte si situaci, kdy jste prožili chvíle klidného štěstí. Tato chvíle by měla být klidná a abstinentská (třeba z doby, kdy jste ještě drogy nebrali). Při dalších meditacích se vraťte právě k tomuto okamžiku, ušetříte tak čas a vybavíte si ho snadno a zřetelně. Pak si řekněte: „Ať jsem šťastný, ať je mi dobře.“*
 - *Vybavte si situaci, kdy jste někomu pomohl a měl jste z toho radost. Opět by to měla být nějaká klidná situace (např. pomoc starému člověku apod.). Vybavte si i pocit přející laskavosti, který vaše konání provázel.*
 - *Řekněte si v duchu: „Ať jsou všechny bytosti přede mnou šťastné, ať je jim dobře!“ Posílejte laskavou dobrotu dopředu.*
 - *Řekněte si v duchu: „Ať jsou všechny bytosti za mnou šťastné, ať je jim dobře!“ Posílejte laskavou dobrotu dozadu.*
 - *Řekněte si v duchu: „Ať jsou všechny bytosti napravo ode mne šťastné, ať je jim dobře!“ Posílejte laskavou dobrotu napravo.*
 - *Řekněte si v duchu: „Ať jsou všechny bytosti nalevo ode mne šťastné, ať je jim dobře!“ Posílejte laskavou dobrotu nalevo.*
 - *Řekněte si v duchu: „Ať jsou všechny bytosti pode mnou šťastné, ať je jim dobře!“ Posílejte laskavou dobrotu dolů.*
 - *Řekněte si v duchu: „Ať jsou všechny bytosti nade mnou šťastné, ať je jim dobře!“ Posílejte laskavou dobrotu nahoru.*
 - *Pak vysílejte laskavou dobrotu všemi směry a opakujte v duchu: „Ať jsou všechny bytosti šťastné, ať je jim dobře!“*
 - *Nyní můžete poslat laskavou dobrotu nějakému konkrétnímu žijícímu člověku. To by ale nemělo být spojeno se zjištěným motivem ani s erotikou. Opakujte při tom:*

„Ať je šťastný, ať je mu dobře!“

- Cvičení zakončete přáním sobě samému: „Ať jsem šťastný, ať je mi dobře(14)!“

6.9 Spánek

Problémy s usínáním jsou velmi časté u lidí, kteří mají problémy s drogami. Nespavost může být jedním z projevů odvykacích obtíží, nebo mohou souviset s dřívějším nepravidelným a zmateným způsobem života či s napětím. Léky, které se při poruchách spánku používají, jsou většinou návykové. Drogy, alkohol a některé léky zhoršují kvalitu spánku.

Podle Nešpora je lepší nežli užívat léky na spaní, vyzkoušet tyto techniky.

- Dodržení „fialové hodiny“. Fialová hodina je hodina před tím, než se jde spát. V té době je dobré se věnovat pouze klidným a příjemným záležitostem. Vhodný je rozhovor (ne hádka), uklidňující kniha (ne horor), příjemná a klidná hudba.
- Naučte se nějakou relaxační (uvolnění navozující) techniku. Může to být jógová relaxace, autogenní trénink, Mettá apod. Stačí setrvat v uvolněném stavu. Ten sám o sobě tělu i psychice prospívá, ať už se spánek dostaví nebo ne.
- Před spaním se rozhodně nemá pít ani čaj ani káva. Má-li osoba poruchy spánku, zásadně nemá pít nápoje obsahující kofein po 17. hodině.
- Na klidný noční spánek má vliv příprava přes den. Přes den není vhodné spát, nebo jen velmi krátce. Je vhodné najít si přes den trochu času na jógu, cvičení, běh nebo procházku.
- Je vhodné zjistit, co komu pomáhá usnout. Někdo má rád naprostou tmou, jiný se cítí lépe s rozsvícenou lampičkou, někomu dělá dobře před spaním teplá koupel, jiný věří na bylinky (uklidňuje např. meduňka lékařská nebo mateřídouška).
- Přiměřená teplota místnosti, volný a příjemný noční úbor a vyhovující lůžko zdravému spánku prospívají. Spíte-li na boku, podložte hlavu tvrdším polštářkem nebo složenou dekou tak, aby hlava byla v prodloužení osy těla.
- Hodně problémů se spánkem vzniká tím, že se lidé do spánku nutí a jsou nervózní z toho, že se nedostavuje. Proto nemohou usnout a jejich problém se v bludném kruhu zesiluje. Když nemůžete spát, čas využijte. Napište třeba dopis. Dostaví se dobrý pocit a možná i spánek(14).

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

7.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: D.H	Pohlaví: muž
Datum narození: nepřeje si udávat bližší údaje	Věk: 35
Adresa bydliště a telefon: nepřeje si udávat bližší údaje	
Adresa příbuzných: nepřeje si udávat bližší údaje	
RC: nepřeje si udávat bližší údaje	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: základní škola	Zaměstnání: nezaměstnán
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 14.11 2011	Typ přijetí: plánované
Oddělení: interna	Ošetřující lékař: xxxxxxxx

Důvod přijetí udávaný pacientem: Neustále mě bolí nohy, dělají se mi na nich různé defekty.

Medicínská diagnóza hlavní: L049 Akutní lymfadenitida

Medicínské diagnózy vedlejší: L 97 Vřed dolní končetiny
F 11.2 Závislost na opioidech, úspěšná substituce
Metadonem

7.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 130/70	Výška: 173cm
P: 72´	Hmotnost: 92
D: 19´	BMI: 30.07
TT: 36,7°C	Pohyblivost: soběstačný
Stav vědomí: vědomí neporušené	Krevní skupina: nevyšetřována

Nynější onemocnění:

3 týdny se postupně zhoršuje bolest v oblasti Achillovy šlachy a paty na pravé dolní končetině, při zvýšené poloze bolest ustupuje, defekty dolních končetin.

Informační zdroje: Všeobecná sestra, lékař, pacient, z předchozí ošetřovatelské dokumentace, rodina a příbuzní.

7.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: 59 let z toho 12 let abúzus alkoholu

Otec: Pacient udává, že otec žije už 15 let v Kanadě.

Sourozenci: Má dva bratry oba abúzus heroinu.

Děti: Nemá

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění: Prodělané běžné dětské nemoci. Opakující se hluboké žilní trombózy.


Hospitalizace a operace: Pacient žádné operace ani hospitalizace neudává.

Úrazy: V dětství zlomená ruka a další informace neudává.

Transfúze: Žádné.

Očkování: Běžná povinná očkování - tetanovka, tuberkulóza.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
VESSEL DUE F	CPS	250 LSU	1 - 0 - 1	Antikoagulancia, antitrombotika
Ibuprofen	Sublingvální TBL	600 MG	při bolesti	antiflogistika, analgetika, antipyretika
Enelbin Retard	TBL	100 MG	1 - 0 - 1	Periferní vazodilatancia
Suboxone	TBL	8MG/2MG	1 - 0 - 0	Antidota, detoxikanty 

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné:

ABÚZY

Alkohol: nepije

Kouření: 30 cigaret

Káva: až 4x denně

Léky: neudává

Jiné drogy: heroin, marihuana

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché: Cyklus: Trvání: Intenzita , bolesti: PM: A: UPT: Antikoncepce: Menopauza: Potíže klimakteria: Samovyšetřování prsou: Poslední gynekologická prohlídka:	Překonané urologické onemocnění: Poslední návštěva u urologa: neudává Samovyšetřování varlat: neudává

Sociální anamnéza:

Stav: Ženatý, momentálně v rozvodovém řízení.

Bytové podmínky: Bydlí s matkou a dvěma bratry v rodinném domě.

Vztahy, role, a interakce v rodině: Vztahy v rodině bývají často napjaté. Často se s matkou i bratry hádají. S otcem není v kontaktu.

mimo rodiny: Má několik přátel, kterým plně důvěřuje a rád s nimi tráví čas, vztahy na pracovišti jsou dobré.

Záliby: čtení, film, hudba.

Volnočasové aktivity: procházky se psem, sledování televize.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: Základní škola, vyučení zedník – nedokončeno

Pracovní zařazení: Pacient pracuje jako dělník na stavbách. Jako zedník, truhlář. Vždy pracuje na černo. Je dlouhodobě nezaměstnan. Práci na stavbě mu stěžuje bolest dolních končetin.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Po propuštění z nemocnice s praktickou lékařkou sepíše žádost o invalidní důchod.

Vztahy na pracovišti: Jsou dobré, pacient se všemi vychází.

Ekonomické podmínky: Pacient si vydělává peníze na stavbě. Nejvíce si vydělá zedničinou. Když má velké bolesti dolních končetin, tak nepracuje a je závislý na pomoci příbuzných.

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: V boha nevěří, ale když je mu nejhůř v duchu se modlí.

7.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne: 15. 11 2011.....

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Bolesti hlavy nemívám. Jsem krátkozraký, ale brýle nenosím. Často mě bolí zuby.	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Oči ve středním postavení, zornice jsou izokorické. Pacient je krátkozraký, pravé i levé oko 1.25 dioptrie. Dutina ústní vlhká, chrup vlastní, ale vlivem užívání heroinu zkažený. Jazyk plazí středem, bez povlaku. Uši bez výtoků. Nos bez výtoků. Pulzace na artéria carotis oboustranně hmatné. Štítná žláza nezvětšená.
Hrudník a dýchací systém	Přestože kouřím 30 cigaret denně, s dýcháním nemám problém. Dýchá se mi dobře.	Hrudník je bez deformit, souměrně klenutý, poklep plný a jasný. Dýchání, čisté bez vedlejších slyšitelných fenoménů s frekvencí 19/ min. Dýchací pohyby v plném rozsahu, pacient nekašle.
Srdcovo-cévní systém	Není jediná žíla v těle, do které bych si nepíchl, někdy mě bolí, mám pocit jako by hořely. Mám s	Opakující se hluboké žilní trombózy, Má zjizvené cévní řečiště po opakované injekční aplikaci opiátů, především

	tím teď velké problémy, mám horší průchodnost žil, proto se mi dělají bércáky.	v tříselné oblasti. Cévy jsou ztvrdlé, mají snížený průsvit, krev se ani po napaření odebrat nepodařilo. Pacient verbalizuje nesnesitelnou bolest při každém pokusu o odběr krve. Lékař uvažuje o zavedení centrálního žilního katetru.
Břicho a GIT	Teď je to dobré, ale po heráku jsem míval často zácpu.	Prohmatání bez těžkostí Palpačně nebolestivé Poklep – bubínkový Peristaltika auskultačně přítomná, ascites nepřítomný. Játra a slezina nezvětšeny. - Poslední stolice – před 2 dny. - Plyny – odcházejí pravidelně.
Močovo-pohlavní systém	S tímhle problém nemám. Ani mě to nepálí, ani neřeže. Moč udržím. Ani v noci nemám potřebu jít na záchod.	Ledviny na poklep nebolestivé. - moč: tmavožluté barvy, bez příměsů, bez patologického zápachu. Genitálie mužské, ochlupení přiměřené věku.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo-svalový systém	Chodím o holi, protože mě bolí nohy. Kdybych to tehdy věděl, že z toho střelení budu mít tyhle boláky, možná bych s tím ani nezačal.	Pacient verbalizuje bolest obou dolních končetin. Chodí o holi.
Nervovo-smyslový systém	Někdy cítím bolest celého těla. Mám nosit brýle, ale nemám je.	Vědomí plné, jasné. Orientace v čase, prostoru a osobách dobrá. Komunikační schopnost dobrá, bez dysfagických a dysartrických těžkostí. Zrak 1.25 dioptrie na blízko, kompenzační pomůcku nemá. Pacient udává bolesti celého těla
Endokrinní Systém	Se štítnou žlázou problémy nemám.	Štítná žláza speciálně nevyšetřovaná, struma nepřítomná. Lymfatické uzliny nezvětšené. Hodnota glykémie – 5,7 mmol/l.

Imunologický systém	Nejsem si vědom žádné alergie. Na AIDS mi dělali testy asi v roce 2005 a byly negativní. Nyní se nikomu nepodařilo odebrat mi krev z toho, jak mám ztvrdlý žíly. Tak nevím, ale dlouho jsem si nestřelil, už herák neberu.	Momentálně bez projevů alergie. FW – nepodařilo se odebrat krev TT – 36,4 °C Zvýšené riziko pozitivního HIV z důvodu i.v. aplikace heroinu.
Kůže a její adnexa	Kůži mám na dolních končetinách slabou. Nohy mě často bolí, mám bércevé vředy.	Hyperpigmentace obou bérce. Na obou dolních končetinách jsou defekty. Pravé stehno objemnější, nebolestivé se zhojenými defekty po vpiších. V obou tříslech stopy po starých vpiších. Stopy po vpiších jsou skoro všude. Pacient uvádí, že byl schopný, když už to jinam nešlo píchnout si třeba do jazyka či do penisu.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacient má defekty obou dolních končetin. Po celém těle má zhojené jizvy po vpiších.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Od doby co neberu herák a ani metadon, jím jako prokopnutý. Neustále mám na něco chuť, dost jsem přibral.	Matka pacienta říká. Sní všechno, na co narazí.
	V nemocnici	Sním vše co mi přinesou, vaří tady celkem dobře.	Pacient jí pětkrát denně, sní většinu jídla, co mu nemocnice poskytne. Dieta číslo 3 – základní.
Příjem tekutin	Doma	Skoro nic přes den nevypiju, jen kafe asi tři za den.	Matka pacienta tvrdí, že jediné co ho vidí pít je káva.
	V nemocnici	Nemám žízeň, ale sestřičky mi doporučily více pít. Tak se snažím.	Pacient velmi málo pije, vypije za den 1 litr. Sledujeme příjem tekutin, pacienta motivujeme, aby se sněžil vypít 2 litry denně.

Vylučování moče	Doma	S tím nemám problém.	Informace nezjištěna.
	V nemocnici	Ani tady nemám v této oblasti potíže.	Pálení, bolest nepřítomné. Klient močí sám na WC, mikce mu nečiní žádné obtíže. Moč je čirá a bez příměsí Nykturie nepřítomná.
Vylučování stolice	Doma	Teď chodím na velkou celkem pravidelně, dříve jsem s tím měl celkem problém.	Informace od bratra: Máme jen jeden záchod, tak vím, že chodí pravidelně.
	V nemocnici	Tady taky chodím pravidelně.	Pacient s vyprazdňováním stolice problém nemá. Projímadla nepoužívá.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	Nemůžu spát, honí se mi hlavou všelijaké myšlenky.	Informace od matky: v noci skoro nespí, pořád slyším, jak do noci kouká na televizi.
	V nemocnici	Nemůžu usnout, pořád na něco myslím. A ani nemůžu koukat na televizi, budil bych ostatní pacienty.	Pacient se večer špatně usíná. Léky na spaní odmítá, bojí se závislosti.
Aktivita a odpočinek	Doma	Když mě nebolí noha, chodím se psem na procházky, když mě bolí, odpočívám s nohama nahoře.	Matka nám sdělila, že pacient při bolesti dolní končetiny stráví celý den v posteli a kouká na televizi. Jakmile bolest ustoupí, jde pacient do práce.
	V nemocnici	Skoro celý den proležím, myslím, že si tu pěkně odpočinu.	Pacient vstává z postele, jen pokud je to nezbytné. Čte si, poslouchá rádio.

Hygiena	Doma	Do vany jdu každý den. Když se pořádně napařím, noha mě tolik nebolí.	Informace nezjištěna.
	V nemocnici	I tady se každý den sprchuju, mám to rád.	Pacient dodržuje zásady správné hygieny.
Samostatnost	Doma	Musím si vše udělat sám, nemám nikoho, kdo by mi pomohl, máma je pořád opilá a bráchové sjetí. Se ženou se rozvádíme.	Informace nezjištěna.
	V nemocnici	Sestřičky jsou mi při ruce, když něco potřebuji, ale zároveň mě učí samostatnosti.	Pacient je zcela soběstačný. Velmi se snaží.

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	Vnímám Vás. Víím, o čem hovoříme.	Pacient je zcela při vědomí.	
Orientace	Jsem v nemocnici, dnes je 15 listopadu.	Pacient je plně orientován v čase i místě.	
Nálada	Necítím se moc dobře. Trápí mě mnoho věcí.	Pacient je úzkostný, často se mu mění nálada.	
Paměť	Staropaměť	Pamatuji si vše i své dětství.	Staropaměť je zachovalá.
	Novopaměť	Některé věci potřebuji zopakovat.	Složité věci je nutné vícekrát opakovat.
Myšlení	Myslím si, že jsem v pořádku	Pacient je schopen na jakoukoliv otázku ihned reagovat.	
Temperament		Introvert, bylo důležité získat si pacientovu důvěru.	

Sebehodnocení	No co na to říct? Kdybych věděl, jak to se mnou dopadne, choval bych se jinak.	Pacient lituje svého chování v minulosti.
Vnímání zdraví	Zdraví je to nejcennější co lidé mají. Teď už vím, že si ho musím vážit.	Pro pacienta je zdraví velmi důležité.
Vnímání zdravotního stavu	Mrzí mě, že mám bolesti nohou, ale jsem velmi rád, že neberu heroin. Nebylo lehké s tím seknout.	Přiměřené onemocnění.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	Jsem se svým zdravotním stavem smířený.	Pacient tvrdí, že je smířený se svým onemocněním, ale není. Je úzkostný. Má výčitky.
Reakce na hospitalizaci	Jsem rád, že se budu léčit.	Reakce je přiměřená.
Adaptace na onemocnění	Je to tady fajn, odpočinu si tady.	Pacient se plně adaptoval do nemocničního prostředí.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Mám strach, že přijdu o nohy.	Pacientova nálada je kolísavá, někdy vypadá bezstarostně a jindy má strach a trpí úzkostí.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	Mám pozitivní i negativní zkušenosti. Například tady se mnou zacházejí moc pěkně. Někdy mi zas připadá, že na mě koukají jako na zrůdu. Třeba jsem volal jedné zubařce, jestli by mě vzala, do telefonu tvrdila, že ano. Když jsem došel k ní do ordinace, najednou tvrdila, že nemá místo.	Z vyprávění pacienta je zjevné, že moc dobré zkušenosti s hospitalizací nemá. Bylo tedy náročné získat si jeho důvěru, ale nakonec se nám to podařilo.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Nevím s někým se rád bavím a s někým ne.	Při prvním kontaktu byl pacient nejistý, ale podařilo se nám získat si jeho důvěru.
	Neverbální	Nemám s tím problém.	U pacienta je neverbální komunikace jasná. Mimika obličeje je velmi zřetelná. U pacienta je zjevná bolest, která lze přechít v jeho tváři. A také je neklidný a neustále vyhledává úlevovou polohu.
Informovanost	O onemocnění	Vím toho dost, vždy se mnou jednají narovinu.	Pacient je plně informován o onemocnění.

	O diagnost. metodách	Vím o všech vyšetřeních, i jak se provádějí.	Pacient zná podrobnosti o vyšetřeních, které ho čekají.
	O léčbě a dietě	Měl bych více pít a také trochu shodit.	Pacient je informován o průběhu své léčby. Dále také o pitném režimu a dietě.
	O délce hospitalizace	Nevím, jak dlouho tu ještě budu ležet.	Délka hospitalizace zatím není známa.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	Muž.	
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	manžel	
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Čtení	

7.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

Dopplerovský ultrazvuk žil, odběry KO + diff, CRP, INR, JT, stěr z defektů

Výsledky:

Konzervativní léčba: /

Dieta: 3 základní

Pohybový režim: Klid na lůžku


RHB: kontaktován

fyzioterapeut, pro nácvik správné chůze o holi.

Výživa: BMI:30.07 obezita I stupně, pacient byl informován o zdravém způsobu života a o správném stravování.

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
VESSEL DUE F	CPS	250 LSU	1 - 0 - 1	Antikoagulancia, antitrombotika
Ibuprofen	TBL	600 MG	při bolesti	antiflogistika, analgetika, antipyretika
Enelbin Retard	TBL	100 MG	1 - 0 - 1	Periferní vazodilatancia
Suboxone	Sublingvální TBL	8MG/2MG	1 - 0 - 0	Antidota, detoxikanty 

- **Intra venózní:**

Nemá ordinovanou i.v. léčbu.

- **Per rectum:**

Nemá ordinovanou léčbu per rektum.

- **Jiná: /**

Chirurgická léčba: /

7.6 SITUAČNÍ ANALÝZA:

Lékař doporučuje přijetí pacienta do programu Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů. Pacient je 35letý muž, který byl v roce 2009 po neúspěšných pokusech o abstinenci zařazen do metadonového programu Drop In pro hlubokou závislost na opiátech. V současné době pacient úspěšně přešel z metadonové léčby na Subuxone z cílem úplné abstinence. Pacient je bez duální diagnózy, ale hrozí riziko deprese. Stav po hluboké žilní trombóze, na

doporučení lékaře Dopplerovský ultrazvuk žil. Pacientovi na svém zdravotním stavu velmi záleží, velmi se snaží. Je velmi důležité získat si pacientovu důvěru, jeho předchozí zkušenosti se zdravotnickým personálem jsou negativní. Pacient se velmi snaží, záleží mu na jeho zdravotním stavu.

7.7 Ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry

Při sestavení ošetřovatelských diagnóz jsem použila jako pomůcku Kapesního průvodce zdravotní sestry. Diagnózy jsou sestaveny podle priorit pacienta.

Ze dne 15. - 20. 11. 2011

Aktuální diagnózy:

Bolest chronická související s defekty dolních končetin projevující se porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech, vyhledáváním úlevové polohy, mimikou, a verbalizací.

Spánek porušený v souvislosti s vtíravými myšlenkami před spaním projevující se verbalizací nedostatku spánku, pospáváním přes den.

Výživa porušená nadměrná v souvislosti nepravidelným příjmem potravy, projevující se zvýšeným BMI 30.07 obezita I stupně.

Úzkost (středně závažná) v souvislosti se změnou zdravotního stavu projevující se napětím v obličeji, vtíravými myšlenkami, zrychleným pulzem, zvýšeným krevním tlakem.

Neznalost, potřeba poučení související s nedostatkem informací o převazech dolních končetin projevující se slovním vyjádřením problému.

Strach ze smrti související se zhoršením zdravotního stavu projevující se ustaraností, zvýšeným napětím a verbalizací.

Malý přísun a nevhodná forma tekutin v souvislosti s neschopností udržet pravidelný denní režim projevující se suchostí v ústech.

Potencionální diagnózy:

Deprese riziko vzniku v souvislosti se stresující životní situací.

Relaps v souvislosti se společenskou izolací.

Infekce, riziko vzniku související s porušením kožní integrity.

Ošetřovatelská diagnóza:

Bolest chronická související s defekty dolních končetin projevující se porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech, vyhledáváním úlevové polohy, mimikou, a verbalizací.

Cíl:**Dlouhodobí:**

- Pacient má zmírněnou bolest na nejnižší možnou hranici do 5 měsíců.

Krátkodobí:

- Pacient zná metody jak zmírnit bolest do 2 dnů.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacient je seznámen s příčinami vzniku bolesti do 3 hodin.
- Pacient ovládá metody ke zmírnění bolesti do 48 hodin.
- Pacient udává zvýšení kontroly bolesti a zlepšení pohody do 5 dnů.
- Pacient ví o relaxačních technikách do 24 hodin.
- Pacient dodržuje předepsaný farmakologický režim, každý den.

Plán intervencí:

- Vytvoř mezi sebou a pacientem vzájemný vztah důvěry do 2 hodin (všeobecná sestra).(1)
- Pohovoř s pacientem o jeho bolesti a následně bolest podrobně popiš, včetně lokalizace, intenzity, kvality, dráždivých faktorů, míry snesitelnosti do 12 hodin (všeobecná sestra). (2)
- Informuj pacienta o možnosti úlevových poloh do 2hodin (všeobecná sestra, zdravotnický asistent).(3)
- Informuj pacienta před možnými bolestmi při převazech, vždy před převazem (všeobecná sestra). (4)
- Spolupracuj s pacientem na zaznamenávání, do 10 hodin (všeobecná sestra). (5)

- Zdůrazni nepostradatelnost odpočinku, do 12 hodin (všeobecná sestra, fyzioterapeut). (6)
- Respektuj veškeré projevy bolestí pacienta, poskytnij podporu a verbalizuj pochopení, denně (všeobecná sestra).(7)
- Edukuj pacienta o relaxačních technikách, např. meditace, masáž, poslech hudby do 5 hodin (fyzioterapeut, ergoterapeut). (8)
- Informuj pacienta o důležitosti zvýšení dolních končetin (všeobecná sestra, fyzioterapeut).(9)

Realizace ze dne 14. 11. 2011

- Co nejpodrobněji jsme s pacientem jeho bolest popsali. Zjistila jsem, kdy se bolest nejčastěji objevuje (při chůzi, při fyzické námaze), pacient mi přesně popsal lokalizaci a intenzitu bolesti (bolest byla lokalizována na dolních končetinách v oblasti bérců, intenzita bolesti byla dle numerické škály bolesti na stupnici od 1 – 10 na stupni číslo 7) četnost a charakter (každý den, bolest je ostrá, bodavá). Bolest jsem popsala a vyznačila v ošetrovatelské dokumentaci
- Požádala jsem pacienta o spolupráci, aby každý den zapsal údaje o své bolesti.
- Požádala jsem fyzioterapeuta, aby prováděl s pacientem nácvik chůze o holi.
- Informovala jsem pacienta důležitosti zvýšení dolních končetin.

Realizace 15. - 18 . 11. 2011

- Požádala jsem pacienta, aby stále zaznamenával svou bolest.
- Odstranila jsem všechny rušivé elementy, které by mohly bolest zhoršit.
- Zdůraznila jsem nutnost pravidelného odpočinku.
- Po dobu co jsem s pacientem strávila, jsem jeho projevy bolesti respektovala.

Hodnocení ze dne 18. 11. 2011 po pěti dnech.

Cíl byl splněn částečně, dále pokračují intervence (2, 4, 7). V průběhu ošetrovatelské péče pacient ochotně mluvil o své bolesti, osvojil si techniky, jak bolest zvládat. Numerická škála bolesti se posunula ze 7 stupně na stupeň 6. Pacient často odpočívá. Pacient je ochotný nadále iv intervencích pokračovat.Pacient každý den popisuje svou bolest.

Ošetrovatelská diagnóza:

Spánek porušený v souvislosti s vtíravými myšlenkami před spaním projevující se verbalizací nedostatku spánku, pospáváním přes den.

Cíl:**Dlouhodobí:**

- Pacient dosáhne plnohodnotného spánku přinášejícího oddych do 1 týdne.

Krátkodobí:

- Pacient slovně vyjádří pochopení poruchy spánku do 1 dne.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacient usíná do 30 minut po uložení do postele do 3 dní.

- Pacient spí nejméně 6 hodin bez probuzení do 2 dní.

- Pacient se probouzí odpočinitý do 4 dnů.

- Pacient zná relaxační techniky do 1dne.

Plán intervencí:

- Okamžitě zjisti příčinu nespavosti pacienta, zabezpeč pokojné prostředí a omez rušivé vlivy(všeobecná sestra).(1)

- Vyvětrej pokoj vždy před uložení pacienta ke spánku(sanitář).(2)

- Doporuč pacientovi omezení příjmu kofeinu zejména před spaním(všeobecná sestra, zdravotnický asistent).(3)

- Zabezpeč pohodu a relaxaci – pohodlné noční oblečení, masáž šíje, vhodná poloha(všeobecná sestra, zdravotnický asistent).(4)

- Doporuč pacientovi, aby nespával přes den a zaměstnávej ho přes den aktivitami(všeobecná sestra, zdravotnický asistent).(5)

- Konzultuj stav pacienta s lékařem(všeobecná sestra).(6)

Realizace ze dne 16. 11. 2011

7,30 Rozhovor zaměřený na zjištění příčin nespavosti pacienta – pacient nemůže spát, protože se mu neustále vracejí vtíravé myšlenky.

9,00 Pacientovi jsme doporučily, aby nespával přes den, pacient požádal o knihu na čtení.

11,00 Pacient byl edukován o relaxačních technikách, které pomáhají navodit uvolnění a lepší spánek.

19,00 Večer před spaním jsem vyvětrala pokoj, donesla pacientovi sklenici teplého mléka, promluvila si s pacientem o tom, co ho trápí.

Realizace ze dne 17. 11. 2011

7,45 Rozhovor zaměřený na kontrolu kvality spánku – pacient verbalizuje zlepšení kvality spánku, usnul do 30 minut od ulehnutí do postele, probudil se 1krát za noc.

13,30 Aktivizace pacienta - pacient sledoval ve společenské místnosti televizní program.

18,30 Pacient se vysprchoval, já jsem mu udělala masáž zad.

19,30 Večer před spaním jsem pacientovi donesla sklenic mléka, promluvili jsme si o tom co ho trápí. Zopakovali jsme si možnosti relaxačních technik navozujících spánek.

Hodnocení ze dne 20. 11. 2011 po čtyřech dnech.

Cíl byl splněn.

Pacient s důvěrou hovoří o věcech, nad kterými přemýšlí před spaním.

Pacient zná důvod poruchy spánku.

Pacient přes den nepospává.

Pacient ovládá relaxační techniky, které mu pomáhají uvolnit se.

Pacient v pozdních odpoledních hodinách nepije kávu.

Usíná do 30 minut po ulehnutí do postele.

Pacient spí 6 hodin bez probuzení.

Ošetřovatelská diagnóza:

Výživa porušená nadměrná v souvislosti nepravidelným příjmem potravy, projevující se zvýšeným BMI 30.07 obezita I stupně.

Cíl:**Dlouhodobí:**

- Pacient si osvojí změnu stravovacích návyků do 1 měsíce.

Krátkodobí:

- Pacient zná zásady správného stravování do 1 dne.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacient zná faktory, které podporují adekvátní příjem živin do 3 hodin.
- Pacient ví jak stravu správně připravit do 4 hodin
- Pacient má informace o zdravé výživě do 2 hodin.
- Pacient jí teplá jídla, denně.
- Pacient ví, jaká jídla jsou vhodná při onemocnění a jsou bohatá na specifické látky do 5 hodin.
- Pacient jí pravidelně, využívá své poznatky o výživě do 1 týdne.

Plán intervencí:

- Zjistí tělesnou hmotnost, věk, poměr fyzické aktivity k odpočinku do 2 hodin(všeobecná sestra). (1)
- Zjistí stravovací návyky pacienta, kterým jídlům dává pacient přednost a která nesnáší do 5 hodin (všeobecná sestra, nutriční terapeut). (2)
- Sleduj celkový nutriční příjem, denně (všeobecná sestra). (3)
- Zajisti kontakt s dietní sestrou do 5 hodin (všeobecná sestra, nutriční terapeut). (5)
- Dodržuj zásady stolování, zabraň nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla, denně (všeobecná sestra). (6)
- Sleduj pravidelně hmotnost pacienta, každý den (všeobecná sestra). (7)
- Edukuj pacienta o energetických hodnotách jednotlivých potravin, vitaminů a minerálních látek do 6 hodin (nutriční terapeut). (8)

Realizace ze dne 14. 11. 2011

- Při příjmu jsem zvážila pacienta a jeho tělesnou hmotnost jsem zapsala do dokumentace (tělesná hmotnost pacienta byla 92 Kg).
- Během dopoledne jsem mluvila s pacientem o jeho návycích týkajících se jídla.
- Požádala jsem nutričního terapeuta, aby edukoval pacienta i jeho rodinu o důležitosti správné výživy.
- Nutriční terapeut edukoval pacienta o energetických hodnotách jednotlivých potravin.
- Nutriční terapeut poučil pacienta o sníženém příjmu vlákniny, která může

vzbuzovat předčasný pocit sytosti.

- Zajistila jsem příjemné podmínky při stravování, pacientovi jsem doporučila, aby jedl v kuchyňce, a tím jsem zabránila nepříjemným pachům v průběhu stolování.
- Během celé doby jsem sledovala příjem potravy a tělesných tekutin.

Realizace 14. - 17. 11.2011):

- Každé ráno před snídaní jsem zvažila pacienta a jeho váhu jsem zapsala do dokumentace (92 Kg), dále jsem pacientovi doporučila, aby se vážil 1x týdně, nejlépe vždy ráno.
- Během celého dne jsem sledovala příjem potravy.
- Zajistila jsem kontakt s nutričním terapeutem (pacienta problematika výživy zaujala).
- Zajistila jsem příjemné okolí a podmínky při jídle, doporučila jsem pacientovi, aby se stravoval v jídelně.
- Doporučila jsem pacientovi, aby si jídlo vychutnal a jedl pomalu.
- Připomněla jsem pacientovi důležitost pravidelného stravování a důležitost teplé stravy.

Hodnocení ze dne 18. 11. 2011 po čtyřech dnech.

Cíl byl splněn částečně, dále pokračují intervence(3, 6, 7). Pacient si uvědomil, že jeho výživa je nedostatečná, souhlasil se všemi uvedenými intervencemi. Po dobu sledování pacienta zhubl pacient o 0.5 Kg.

Během doby byly splněny krátkodobé cíle, dlouhodobý cíl stále přetrvává. Pacient verbalizoval spokojenost s péčí, se kterou jsme mu věnovali. Projevil zájem o dodržování správných stravovacích návyků. Rodina neprojevila zájem o informace týkající se stravování.

Ošetřovatelská diagnóza:

Infekce, riziko vzniku související s porušením kožní integrity.

Cíl:

Dlouhodobí:

- Infekce nevznikne, dosáhneme zhojení defektů do 2 měsíců.

Krátkodobí:

- pacient se naučí správné zásady péče defekty do 1 týdne.

Priorita: vysoká

Výsledné kritéria:

- U pacienta nedojde ke vzniku infekce, po celou dobu péče o ránu do 2 měsíců.
- U pacienta nedojde ke vzniku žádných dalších defektů, po celou dobu hospitalizace.
- Pacient je informováno metodách léčby a péče o ránu do 24 hodin.
- Defekt se u pacienta zhojí bez komplikací do 2 měsíců.
- Pacient ovládá techniky spojené s péčí o kůži do 42 hodin.
- Pacient dodržuje zásady správné hygieny do 1 dne.

Plán intervencí:

- Informuj pacienta o léčivých účincích sprchování ran do 12 hodin (všeobecná sestra). (1)
- Dodržuj aseptický přístup, denně (všeobecná sestra). (2)
- Dbej na sterilitu všech pomůcek, denně (všeobecná sestra). (3)
- Edukuj pacienta o postupu péče o ránu do 8 hodin
- Nauč pacienta techniky správné péče o defekty do 1 týdne.

Realizace 15. - 22. 11. 2011

- Pacientovi jsem vysvětlila a názorně předvedla správný postup péče o ránu.
- Dodržovala jsem aseptický postup při převazech.
- Pacient byl informován o důležitosti sprchování rány.

Hodnocení ze dne 23. 11. 2011

Cíl byl splněn částečně, ještě jsme nedosáhly úplného zhojení defektů, ale ani se nevytvořily další.

- Pacient se každý den sprchuje.
- Dbá na sterilitu pomůcek.
- Pacient ovládá techniky péče o ránu.

7.8 Celkové hodnocení:

Na základě údajů, které byly získány od pacienta, jeho rodiny a ze sesterské a lékařské dokumentace, byl zpracován podrobný ošetrovatelský proces „Ošetrovatelský proces u pacienta se závislostí na heroinu“. Poté byly stanoveny podle Kapesního průvodce zdravotní sestry aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, na jejich základě byla aplikována ošetrovatelská péče.

Bylo stanoveno 7 aktuální a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Z toho byly 3 aktuální a 1 potencionální diagnóza podrobně rozpracovány. Konkrétně to byly bolest chronická, spánek porušený, výživa porušená, nadměrná a z potencionálních byly rozpracována ošetrovatelská diagnóza infekce, riziko vzniku.

U diagnózy spánek porušený se podařilo splnit cíl úplně, následující ošetrovatelské diagnózy měly splněná cíl částečně bolest chronická, spánek porušený, výživa porušená nadměrná. U těchto diagnóz ošetrovatelské intervence dále pokračují.

7.9 Doporučení pro praxi

✓ Management zdravotnického zařízení (vrchní sestry, staniční sestry):

- Podporovat vzdělávání sester a dalšího nelékařského zdravotního personálu v oblasti specifik léčby a ošetrovatelské péče o pacienty se závislostí na heroinu. Iniciovat vznik speciálních edukačních materiálů pro pacienty a jejich nejbližší příbuzné.
- Pravidelně hodnotit kvalitu poskytované péče (například formou dotazníků).

✓ Všeobecné sestry a další nelékařský zdravotnický personál:

- Vzdělávat se v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty se závislostí na heroinu.
- Pozitivně motivovat pacienty do další léčby.
- Podporovat pacienty v dodržování léčby a všech nutných opatření.
- Věnujte pozornost neverbální komunikaci. Pacient k vám hovoří výrazem tváře, gesty, tónem hlasu a držením těla. Právě neverbální část komunikace bývá často nejdůležitější.
- Toho, kdo hovoří, je lépe nepřerušovat. Může být ale užitečné vyjádřit to, co druhý říká, vlastními slovy, a zeptat se, zda jste správně porozuměli. Dáváte

tak najevo, že to, co vám druhý sděluje, považujete za důležité a ujistíte se tak, že jste tomu správně porozuměli.

- Buďte si vědomi, toho, jak na sdělení druhého reagujete. Vaše verbální a zejména neverbální složka komunikace by měly dávat najevo zájem a porozumění. Důležitý je také tón hlasu, kterým na sdělované informace reagujete.

✓ **Pacienti:**

- Aktivně spolupracovat s lékaři, všeobecnými sestrami a jiným nelékařským zdravotnickým personálem.
- Dodržovat nastavený režim a všechna potřebná doporučení.
- Aktivně vyhledávat nejnovější informace o nemoci.
- Využívat možnosti duševní relaxace.
- Pravidelně docházet do ambulantního ošetření.
- Dbát na prevenci relapsu.

✓ **Rodinní příslušníci:**

- Neztrácet důvěru.
- Být synovi, manželovi, bratrovi, nebo dalším vašim blízkým oporou.
- Vyhledávat informace o možnostech léčby.
- Zúčastnit se sezení a terapie pro rodinné příslušníky.
- Naslouchat všemi smysly, často se nám závislí snaží říci o pomoc, jen na to neumí najít ta správná slova.
- Motivovat závislého k prvnímu kroku navštívit kontaktní centrum.

8 Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta se závislostí na heroinu.

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta se závislostí na heroinu za využití metodologie ošetrovatelského procesu s ohledem na holistickou péči. Dále bylo cílem poskytnout kvalitní informace o tomto onemocnění nejen samotným nemocným, jejich rodinám a studentům, ale každému kdo se s touto problematikou setkal. Důležité je informovat o možnostech léčby. Nedílnou součástí léčby je také nácvik relaxačních technik, nebo rekreačních aktivit, jako účinných prostředků ke zvládnání bažení po drogách, které může nemocného provázet po celý život. Cíl byl splněn, k dosažení tohoto cíle jsme využily následujících možností. V první řadě jsme zpracovaly co nejaktuálnější teoretický materiál, snažila jsem se využít i vlastní zkušenost právě s lidmi se závislostí na heroinu. V druhé řadě jsme se zaměřily na sestavení systematického zhodnocení ošetrovatelské péče za využití ošetrovatelského procesu. Stanovení a podrobný popis aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz nám pomohli aplikovat ošetrovatelskou péči do praxe.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

- 1)ARTERBURN, Stephen a Jim BURNS. *Drogy klepou na dveře: VÝCHOVA-PREVENCE-LÉČBA*. první. Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 8-86077-03-9.
- 2)BASTL, Pavel, ŠVEC, Vlastimil. *Zdravotník lektorem*. Brno : IDVPZ, 1997. 122 s. ISBN 8070132515
- 3)BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- 4)GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. 1.vydání. Praha: AMULET, s.r.o., 2001. ISBN 80-86299-70-8.
- 5)HLINOVSKÁ, J.; NĚMCOVÁ, J. 2011. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-904955-3-1.
- 6)CHRISTIANE, F. *My děti ze stanice ZOO, 5*. Ostrava: Oldag, 1998. ISBN 80-85954-59-1, s. 142
- 7)JOHN, R. *Memento*, 2. vydání, Československý spisovatel, Praha 1987
- 8)KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti1: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- 9)KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti2: Mezioborový přístup*. ddotisk 1. vydání. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- 10)KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha 7: Grada publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 11)KOZIEROVÁ, B. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. 1995. vyd. Osveta, Osvoboditel'ov 21, 036 54, 1995. s. 836, ISBN 80- 217-0528-0.
- 12)KYMROVÁ, E. 2011. *Holistické přístupy v psychologii*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-904955-0-0.
- 13)NOŽINA, Miroslav a Miloš VAŇĚČEK. *Manragora, morfin ,kokain: Drogový problém v českých zemích v dobách habsburské monarchie a v předválečném Československu*. Praha: KLP- Koniasch Latin Press, 2009. ISBN 80-86791-60-2.
- 14) NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Jak přestat brát drogy*. nám. Svatopluka Čecha 11, 100 00 Praha 10: FIT IN, 2006, 151 s.

15) NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8

16) PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozšířené vydání. Praha 4: MAXDORF, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

17) RIESEL, Petr. *LESK A BÍDA DROG*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.

18) SANANIM - kolektiv autorů. *Drogy - otázky a odpovědi*, Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-223-2.

19) TRACHTOVÁ, E. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6, 603 00 Brno, 2008. ISBN 80- 7013- 324- 4.

20) TYLER, Andrew., *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*, Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN: 80-237-3606-X

23) DOENGES, Marilyn E. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé. Praha 7: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8, 565s.

Internetové zdroje:

21) SANANIM. *Drogová poradna* [online]. 2001, 2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/opiaty.html>

22) ŘEKNI NE DROGÁM - ŘEKNI ANO ŽIVOTU. [online]. [cit. 2012-03-5]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/index.html>

Seznam příloh

Příloha číslo 1- defekty dolních končetin, autor pacientI

Příloha číslo 1 – defekty dolních končetin, autor pacient

